



Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en República Dominicana – DR-L1067/ 2973/OC-DR

Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Equipo de Proyecto Original: Iñez Tristao (SPH/CME), Jefa de Equipo; Viviana Taboada Arango (SPD/SDV); Willy Bendix (FMP/CDR); Andrés Consuegra (LEG/SGO); Marcella Distrutti (SCL/GDI); Úrsula Giedion (SPH/CCO); Martha Guerra (SCL/SPH); Awilda Castillo (CID/CDR); Haydeeliz Carrasco Nuñez (SPH/CDR); Sandro Parodi (SPH/CDR); Rudy Loo-Kung Agüero (CID/CID); Vinicio Rodríguez (FMP/CDR).

Equipo PCR: Carolina González (SCL/SPH), Jefe de Equipo (SCL/SPH); María Fernanda Merino (SPD/SDV); Alvaro Luis Sanmartín (LEG/SGO); Awilda Castillo (CID/CDR); Miguel Székely (SCL/SPH); y Martha Guerra (SCL/SPH).

Índice

Links Electrónicos	ii
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
A. Contexto del Proyecto.....	1
II. CRITERIOS CENTRALES	3
A. Relevancia	3
B. Efectividad	11
C. Eficiencia.....	20
D. Sostenibilidad.....	26
III. CRITERIOS NO CENTRALES	27
IV. Hallazgos y recomendaciones.....	28
Anexo 1. Figura 1. Lógica Vertical Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector en República Dominicana (DR-L1067).....	30
Anexo 2. Cambios en la matriz de resultados	32
Anexo 3. Matriz de Productos	32
Anexo 4. Análisis de Eficiencia	38

Links Electrónicos

1. [Resumen de la Matriz de Efectividad del Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión final del Informe de terminación del progreso \(PMR\)](#)
3. [Lista de Verificación \(PCR\)](#)
4. [Ayuda Memoria Taller de Cierre](#)
5. [Efectos del Modelo de Financiamiento Basado en resultados en República Dominicana](#)
6. [Cálculos Análisis de Eficiencia](#)

Acrónimos y abreviaturas

ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CCS	Sistema Centros Comunitarios de Salud
CEMI	Centros de Excelencia Materno-Infantil
DALYS	Años de vida perdidos por discapacidad
DDESS	Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud
EIS	Sistema Expediente Integrado de Salud
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENDESA	Encuesta Nacional de Salud
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
JCE	Junta Central Electoral
LAC	América Latina y del Caribe
MATP	Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto
MH	Ministerio de Hacienda
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo General
ONE	Oficina Nacional de Estadística
OVE	Oficina de Evaluación y Supervisión del BID
PBS	Plan Básico de Salud
PCR	Informe de Terminación del Proyecto
PFGRSS	Programa Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector en República Dominicana
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
POD	Propuesta de Préstamo
PSS	Prestadores de Servicios de Salud
RD	República Dominicana
RS	Régimen Subsidiado
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SGC	Sistema de Gestión Clínico-Administrativo
SIGHO	Sistema de Gestión Hospitalaria
SIRPAFF	Sistema de Ficha Familiar
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SNS	Servicio Nacional de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto
UNAPS	Unidades de Atención Primaria
VGC	Viceministerio de Garantía de la Calidad

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

^DR-L1067 Strengthening of the Management for Results of the Sector Health in Dominican Republic

Country Beneficiary Dominican Republic	Loan Instrument Investment Loan	Borrower DR-DR - REPUBLICA DOMINICANA	Loan(s) 2973/OC-DR	Sector Health	Sub-Sector Health System Strengthening
Date of Board Approval Sep 04, 2013	Date of Eligibility for First Disbursement Dec 26, 2013	Date of Closure (CO) Sep 24, 2021	Loan Amount - Original 146,000,000.00	Loan Amount - Current 143,324,248.06	Pari Passu
Total Project Cost 146,000,000.00	Months In Execution from Approval 96	Months In Execution from First Disbursement 93	Original Date of Final Disbursement Dec 25, 2017	Actual Date of Final Disbursement Dec 25, 2020	Cumulative Extension(Months)
Total Amount Disbursed 143,324,248.06	Total Percentage of Disbursement 98%				

^ Ratings of project Performance in PMRs



Has This Project Received Funds from another Project?

☐ Yes ☒ No

Has This Project Sent Funds to Another Project?

☐ Yes ☒ No

Development Effectiveness Classification

No	PMR Date	PMR Stage	Classification	Disbursement Percentage (As of Dec 31)
1	Jul 24, 2014	Second period Jan-Dec 2013	Satisfactory	27%
2	Apr 14, 2015	Second period Jan-Dec 2014	Satisfactory	49%
3	Apr 01, 2016	Second period Jan-Dec 2015	Satisfactory	69%
4	Apr 25, 2017	Second period Jan-Dec 2016	Satisfactory	79%
5	Mar 25, 2018	Second period Jan-Dec 2017	Satisfactory	89%
6	Apr 15, 2019	Second period Jan-Dec 2018	Satisfactory	94%
7	Apr 06, 2020	Second period Jan-Dec 2019	Satisfactory	97%
8	May 18, 2021	Second period Jan-Dec 2020	Satisfactory	98%

^ Bank Staff



Positions	At PCR Sep 24, 2021	At Approval Sep 04, 2013
Vice-President VPS	Lopez, Benigno	Levy,Santiago
Vice-President VPC	Martinez, Richard	Vellutini,Roberto
Country Manager	Quevedo,Fernando (CID/CID)	Montiel,Gina (CID/CID)
Sector Manager	Cabrol,Marcelo E. (SCL/SCL)	
Division Chief	Regalia,Ferdinando (SCL/SPH)	Regalia,Ferdinando (SCL/SPH)
Country Rep	Coronado,Miguel (CID/CDR)	Painter,Flora Montealegre (CID/CDR)
Project Team Leader	Gonzalez Acero,Carolina (SPH/CDR)	Tristao,Ignez M. (SPH/CME)
PCR Team Leader	González Acero, Carolina (SPH/CD)	

^ Staff Time and Cost



Stage Project Cycle	# of Staff Weeks	USD (including Travel and Consultant Costs)
Preparation	17.1	118,652.21
Supervision	168.0	686,945.60
Total	185.1	805,597.81

^ Time



I. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Este documento es el Informe de Finalización del Proyecto (PCR) del Programa Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en República Dominicana (PFGRSS) DR-L1067 (2973/OC-DR). El proyecto fue aprobado por el Directorio Ejecutivo el 4 de septiembre de 2013, con el objetivo general de incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinado a la población más vulnerable de República Dominicana (RD). Este PCR busca documentar el logro de los resultados del PFGRSS, su sostenibilidad y las lecciones aprendidas.

A. Contexto del Proyecto

- 1.2. Al inicio de la operación, el crecimiento económico¹ de RD no reflejaba suficientes avances en los resultados del sector salud. Si bien, el país logró reducir la mortalidad materna e infantil en más de 30% en el decenio anterior, las tasas de mortalidad materna e infantil, 125,9% y 27,8% respectivamente, seguían estando entre las más altas de América Latina y del Caribe (LAC). Adicionalmente, existía una alta prevalencia de enfermedades crónicas, responsables del 68% de las muertes en general, así como 40,8% y 37,4% de las muertes entre hombres y mujeres².
- 1.3. Uno de los factores que han limitado la mejora de los resultados en salud son los retrasos en la consolidación de la reforma del sector. Iniciada en 2001, la reforma tiene como objetivos alcanzar una cobertura universal en salud, promover la equidad, garantizar la integralidad de la asistencia y realizar las transformaciones necesarias para separar las funciones del Sistema Nacional de Salud –financiamiento, provisión y rectoría–y que estas sean asumidas por las diferentes instituciones que lo conforman. Además, busca sentar las bases para la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social.
- 1.4. La reforma creó el Seguro Familiar de Salud (SFS), cuyo financiamiento está basado en tres regímenes de contribución: (i) la población pobre, identificada por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) y adscrita a una Unidad de Atención Primaria (UNAP), está cubierta bajo el Régimen Subsidiado (RS), financiado en su totalidad con recursos fiscales; (ii) el régimen contributivo, para los trabajadores del sector formal (público y privado) es financiado por los empleadores y los empleados; y (iii) el régimen contributivo subsidiado para los trabajadores independientes y del sector informal debería ser financiado con contribuciones voluntarias y subsidios fiscales parciales, pero no ha iniciado su implementación. El SFS asegura un conjunto mínimo de servicios que deben ser garantizados a toda la población dominicana afiliada. Estos servicios están definidos en el Plan Básico de Salud (PBS). El aseguramiento se realiza a través de entidades públicas y privadas llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, provee el aseguramiento de la población afiliada al RS. En el 2015 se promulga la Ley No. 123-15 que separa las funciones de rectoría y provisión de servicios de salud, asignando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) la rectoría y creando el Servicio Nacional de Salud (SNS) encargado de la provisión de los servicios de salud, distribuidos en nueve (9) Servicios Regionales de Salud (SRS) que agrupan a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) públicos.
- 1.5. Los principales desafíos identificados en el sector al momento de la aprobación eran: (i) los SRS carecían de autonomía y capacidad de gestión; (ii) la mayor parte del

¹ RD estuvo una tasa de crecimiento económico anual de 7,5% entre 2005 y 2009. Banco Central, RD.

² De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENDASA) (2007).

financiamiento se mantenía en el MISPAS, vía presupuesto histórico y sin vinculación del gasto a resultados; (iii) no existía un buen planeamiento territorial para organizar la oferta de servicios de acuerdo a la demanda; (iv) la capacidad resolutoria de la atención primaria era baja y motivaba que la población demandara servicios de salud directamente a los niveles especializados; y (v) la referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención era débil. Para avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos de la reforma y lograr una mejora de la salud de la población, era fundamental que el sistema de salud dominicano alcanzara los objetivos instrumentales de un sistema de salud³: eficiencia en la asignación⁴ y en la utilización de los recursos (gasto público), calidad de los servicios⁵, capacidad institucional en la transparencia y rendición de cuentas.

- 1.6. En este contexto, el Gobierno de RD y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) suscribieron el Convenio de Préstamo No. 2973-OC-DR, proyecto de PFGRSS a ser ejecutado por el MISPAS, ahora Ministerio de Salud Pública (MSP), con el fin de extender a las Regiones o SRS I, II, III, IV y V el modelo de Financiamiento Basado en Resultados (FBR) que se había piloteado con financiamiento del Banco Mundial (BM) en las Regiones de Salud VI, VII y VIII (PARSS2)⁶, y además extender la estrategia de Centros de Excelencia Materno-Infantiles (CEMI) que había sido adoptada por el Gobierno de RD como el modelo de garantía de la calidad en los servicios de salud materna e infantil en el país. De igual forma se esperaba fortalecer la Función de Rectoría del Sector Salud, a través del fortalecimiento institucional del MSP.
- 1.7. El objetivo general (OG) del proyecto era incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinada a la población más vulnerable de RD. Los objetivos específicos definidos para el cumplimiento del OG fueron: (i) mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del FBR, con especial énfasis en el primer nivel de atención⁷; (ii) contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; y (iii) apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones.

³ Murray, C and Frenk, J. *A framework for assessing the performance of health systems*. World Health Organization [online]. 2000, vol.78, n.6, pp. 717-731 (citado el 21 de mayo de 2013).

⁴ El gasto público per cápita en salud de RD es bajo en comparación con la región, un 3.76% de los recursos había sido asignado a servicios de prevención y salud pública.

⁵ Además de las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, las cuales se encuentran dentro de las más altas de la región, se observan inequidades en salud con mayor incidencia en la población más pobre.

⁶ Banco Mundial (2017), [*Improving Health Coverage and Access for Mothers, Children and People with Chronic Conditions in the Dominican Republic*](#).

⁷ Los servicios incluidos en el primer nivel de atención bajo el FBR fueron: 1. Control Pre y Post Natal; 2. Esquema de vacunación completo para niños < 10 años de acuerdo a los lineamientos nacionales; 3. Monitoreo de crecimiento de niños < 5 años de edad; 4. Tratamiento de niños con Diarrea Aguda Infecciosa y Tratamiento de niños con Infección Respiratoria Aguda; 5. Planificación Familiar, 6. Prevención, Control del Cáncer Cervical; 7. Prevención, control y tratamiento de Diabetes Tipo I y II, 8. Prevención, control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, 9. Prevención, control y tratamiento de la hipertensión y 10. Tratamiento para la Tuberculosis (Fuente: Guía operativa para la gestión del FBR).

II. CRITERIOS CENTRALES

A. Relevancia

a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país

- 2.1. La operación contribuyó a las metas del gobierno definidas en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) de RD 2010-2030 y en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016. Es así como el objetivo específico (OE) (1) mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del FBR, con especial énfasis en el primer nivel de atención, estaba alineado con las siguientes metas del PNPSP: (i) la universalización del aseguramiento en salud; (ii) la priorización de la aplicación de una estrategia de prevención y atención primaria de la salud, con énfasis en la aplicación de un modelo de atención de salud familiar y comunitaria; (iii) la reducción de la mortalidad materna a 50 por 100.000 nacidos vivos (NV); y (iv) la reducción de la mortalidad infantil a 15 por 1.000 NV. En el caso del OE (2) contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel, se alineó con las metas del PNPSP relativas a la reducción de la mortalidad materna a 50 por 100.000 NV; y la reducción de la mortalidad infantil a 15 por 1.000 NV. Y por último el tercer OE asociado a (3) apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones contribuía a la meta transversal de lograr una administración más eficiente, transparente y orientada a resultados.
- 2.2. En el Plan Estratégico Institucional del MSP (2016) para el periodo 2017-2020, se reconocían como retos atender: la “Promoción de la salud como estrategia para alcanzar una mejoría en las coberturas de los programas de salud colectiva, con participación activa de la comunidad creando corresponsabilidad en la ciudadanía en lo relativo a su rol como ente social”, la “habilitación de la red pública e implementación de planes y programas para reducción de la mortalidad materna e infantil, con inversiones focalizadas en los principales hospitales del país” y la “reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil acorde a lo planteado en los ODS”. También se reconoce el reto de la incorporación de la población que actualmente carece de seguro de salud, particularmente en el RS, con la finalidad de que puedan disfrutar de una cobertura efectiva. A partir de agosto de 2020 se cuenta con un nuevo Plan de Gobierno 2020-2024, el cual en su temática 9, Acceso a una salud universal, se reconoce que el proceso de separación de funciones y ordenamiento del sistema de salud pública no se ha logrado cumplir, reflejado en el deterioro de servicios de salud pública y el aumento de la morbilidad y la mortalidad prevenibles seguían en aumento y el financiamiento público era reducido, con lo cual la operación DR-L1067 a su cierre seguía alineada con las necesidades detectadas del país⁸.

b. Alineación estratégica

- 2.3. El proyecto estuvo alineado con la actualización de la Estrategia Institucional (UIS, según sus siglas en inglés) 2010-2020 (AB-3008) al ser coherente con los desafíos de exclusión social y desigualdad a través de servicios de salud accesibles y de calidad para la población. También se alinea con las prioridades del Noveno Aumento General de Recursos del BID (IDB-9, AB-2764) específicamente con (a) apoyar el desarrollo de países pequeños y vulnerables; y (b) reducir la pobreza y mejorar la equidad.

⁸ Lineamientos Generales del Programa de Gobierno del Cambio del Partido Revolucionario Moderno 2020-2024.

- 2.4. Durante el período de aprobación y ejecución de la operación, el Banco desarrolló tres estrategias de país: (i) 2010-2013 (GN-2581), a la cual se alineó a través de mejorar los niveles de nutrición, salud y educación de niños de hogares pobres; (ii) 2013-2016 (GN-2748), con la cual fue coherente en cinco pilares (a) fortalecimiento de la atención primaria; (b) aumento de la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de asistencia; (c) mejora de la eficiencia del gasto en salud; (d) desarrollo de políticas para mejorar el desempeño de los recursos humanos; y (e) consolidación de aspectos claves de la reforma del sector salud; y (iii) 2017-2020 (GN-2908) a la cual apoyó en el área prioritaria de mejora de la calidad y cobertura de servicios básicos.
- 2.5. Además, la presente operación incorpora la recomendación 2 y particularmente la recomendación 7 de la Evaluación del Programa de País (2004-2008), realizada por la Oficina de Evaluación y Supervisión del BID (OVE)⁹. También se observa que la operación incorporó otra recomendación de la evaluación de programa de país realizada por OVE para el periodo 2013-2016, la cual sugería aumentar el énfasis de los componentes para la mejora de la eficiencia del gasto público y calidad en las operaciones de apoyo a la acumulación de capital humano y la provisión de servicios básicos, especialmente en el sector salud, aspectos abarcados a través los objetivos 1 y 2 del proyecto, principalmente.

c. Relevancia del diseño

- 2.6. Tal como se indicó en el contexto del proyecto, los resultados en salud aún eran bajos, alta prevalencia de muertes prematuras por enfermedades (60%) y gasto público per cápita bajo con baja cobertura en aseguramiento y acceso a atención primaria. Alrededor del 15% de los dominicanos prefiere acudir a proveedores privados para consultas y un 20% para hospitalización, elevando el gasto de bolsillo. Desde el 2009, el MISPAS había venido implementando el FBR en el primer nivel de atención en 3 SRS VI, VII y VIII con el apoyo del Banco Mundial, con el fin de mejorar la efectividad y eficiencia en el gasto al mismo tiempo que se aceleraba el cumplimiento de la gestión de los servicios. En esta etapa, previa a la presente operación, se alcanzaron resultados positivos como: (i) el porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de síntomas de riesgo antes de las 15 semanas de embarazo pasó de 0.43% a 13%; (ii) el porcentaje de niños menores de 15 meses con esquema completo de vacunación subió 25%; y (iii) el porcentaje de adultos diagnosticados con diabetes tipo II bajo tratamiento pasó de 0,8% a 10%. Sin embargo, la información y el mapeo de afiliados seguían siendo un reto.
- 2.7. La teoría de cambio detrás de este proyecto se basa en el diagnóstico de la situación del sector previo a la implementación de la operación y en las intervenciones con resultados positivos previos (i.e. proyecto de FBR del BM). Es así como surge el PFGRSS (DR-L1067). La lógica vertical del proyecto, representada en la Figura 1 (ver Anexo 1), permaneció constante a lo largo de la vida del Proyecto, sin cambios mayores que afectaran su racionalidad. Sólo se realizó un ajuste de metas a los indicadores de resultados (de 2014 a 2015), cuando las metas establecidas en el Matriz de Indicadores de la propuesta de préstamo (POD) del proyecto fueron disminuidas por los diversos

⁹ La recomendación 2 de la Estrategia de País 2009-2012, indica que el Banco debería enfocarse en los desafíos y vulnerabilidades de largo plazo del país, apoyando la planificación y ejecución de políticas económicas y sociales centradas en el fortalecimiento de una red de protección social para las poblaciones más vulnerables. La recomendación 7 establece que el Banco debería poner a disposición del país sus instrumentos financieros y no financieros para apoyar al gobierno en el fortalecimiento de su capacidad para la provisión de servicios públicos y la regulación de servicios privados para la economía y la sociedad, cuya calidad y enfoque se y asegure el suministro de servicios básicos a la población más vulnerable (BID, 2010).

inconvenientes que presentaban a finales del 2014 los SRS¹⁰, a la inclusión de 13 indicadores de productos adicionales y a la baja de cuatro indicadores de producto durante la fase de ejecución, sobre los cuales junto con el país se decidió no avanzar, por cambios de prioridades.

- 2.8. El OE (1) que buscaba mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del FBR, con especial énfasis en el primer nivel de atención, se asoció al logro de 16 indicadores¹¹ de resultados (listados en la Tabla 1) y a ocho productos. Se observa que en la fase de diseño de la operación los indicadores de resultados propuestos estaban orientados a capturar la expansión de la cobertura en servicios de salud preventivos del primer nivel de atención a partir del mecanismo de FBR. El enfoque FBR cobró relevancia en la región y en la organización y fortalecimiento del sector salud por su esquema de incentivos que brinda recompensas financieras y no financieras al lograr un conjunto de resultados verificados y obtener una mejor relación calidad-precio. En el caso de RD, la expansión del modelo FBR a los SRS I a V, fundamentada en los resultados positivos de la experiencia previa con el proyecto del BM (2009) pretendía contrarrestar el bajo nivel de aseguramiento en RD para aumentar la cobertura en servicios preventivos y de salud de primer nivel en los sectores poblacionales más pobres con bajo nivel de aseguramiento, y asegurar una mejor asignación del gasto en salud.
- 2.9. El OE (2) era contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel (estrategia CEMI), enfocada en mejorar la calidad de la salud materna y neonatal a través de intervenciones de bajo costo y mejoras en la gerencia de los hospitales para aumentar la calidad y la eficiencia, inició en el 2009 con 10 hospitales con servicios maternos infantiles del país. Luego de tres años de implementación del modelo, se observaron cambios significativos en aspectos vinculados a la gestión clínica, gestión de recursos y de procesos administrativos que coadyuvaron a la reducción en la mortalidad materna e infantil varios hospitales y en el país (mortalidad materna se redujo un 18% y mortalidad infantil bajó un 20%), (Nota técnica del POD DR-L1067 sobre CEMI, 2013; [Maher, 2020](#)). Este OE se asoció al cumplimiento de cuatro indicadores de resultados y a seis productos. Los resultados esperados mediante estaban vinculados a incrementar la calidad de los servicios de salud para contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil en el país. Los indicadores de resultados propuestos buscaban medir la oferta de servicios integrales de atención primaria que acompañaran el embarazo y diagnósticos tempranos de riesgo y contribuir a que los hospitales ofrecieran una atención obstétrica y al recién nacido de calidad con personal calificado.
- 2.10. Para el OE (3) de apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones, durante la fase de diseño no se definieron indicadores de resultados, pero se asociaron nueve indicadores de productos, de los cuales cuatro se dieron de baja y se adicionaron cinco indicadores nuevos, para un total de 10 indicadores de productos. Algunos de los productos apoyados con este componente tuvieron un

¹⁰ Los inconvenientes principales fueron: (i) La capacitación de los médicos en el uso del Sistema de Gestión Clínica (SGC) se inició en octubre del 2014 y se extendió al 2015 por lo que había una brecha para el registro en el SGC; (ii) Las UNAP presentaban problemas energéticos que impedían el uso sistemático del SGC; (iii) Problemas de la red y equipamiento; y (iv) Resistencia del personal de salud al uso del SGC, atribuyéndole que le quita tiempo.

¹¹ Debido al extenso número de indicadores de la operación, en el cuerpo del documento se hará referencia a los mismos mediante un código de vinculación con su objetivo específico (ej. O1.1) y se hace la referencia a la Tabla 1.

impacto importante en el sector, al cierre de la operación se incluyó el indicador de resultado Número de sectores conformados en las cinco regiones, que disponen de una Unidad de Atención Primaria, asociado a la sectorización del primer nivel de atención para facilitar el dimensionamiento y organización del sector. El resultado de este indicador fue de utilidad para responder a la actualización de la asignación de la población territorialmente a las unidades de atención primaria (sectorización). Además de contribuir con el OE1, fue clave para disponer de más información y datos para la toma de decisiones, y para hacer un monitoreo más frecuente sobre la situación del primer nivel de atención, parte de lo que se buscaba con el OE3. Esta sectorización fue importante para avanzar en la provisión de servicios de una manera más cercana a la realidad ya que permitió establecer las brechas en términos de atención, así un mayor acceso a la población más vulnerable en términos de acceso.

- 2.11. Aun con estos cambios, la lógica vertical del proyecto se describe adecuadamente y demuestra la relevancia de la operación desde su fase de diseño hasta el cierre. Con las precisiones realizadas a los indicadores de productos y la inclusión del indicador de resultados en el OE3, se observa un vínculo claro entre la cadena causal del proyecto, los objetivos específicos de desarrollo de la operación, y su alineación y respuesta a las necesidades y el contexto de desarrollo del país, tal como se observa en la [Figura 1 Anexo 1](#).

Tabla 1. Matriz de Resultados (DR-L1067)

Resultado/ Indicador	En aprobación			Plan de Arranque			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Logrado (A)	
Impacto esperado: Mejorar el acceso de la población pobre a los servicios de salud y disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil										
Población pobre I-II (SIUBEN) no cubierta por ningún régimen con acceso garantizado a los servicios de salud primer nivel a través del FBR, en las cinco regiones de salud del Proyecto	Personas	0 (2013)	288,100 (2017)	Personas	0 (2013)	288,100 (2017)	Personas	0 (2013)	403,304 (2020)	
Mortalidad materna disminuida en los seis hospitales en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia Materno Infantil (CEMI)	Porcentaje	155 (2013)	30% de reducción (108,5 al 2017)	Porcentaje	155 (2013)	30% de reducción (108,5 al 2017)	Porcentaje	155 (2013)	25% de reducción (116,25 al 2020)	
Mortalidad infantil disminuida en los hospitales en que se implementará el CEMI	Porcentaje	24 (2013)	30% de reducción (16,8 al 2017)	Porcentaje	24 (2013)	30% de reducción (16,8 al 2017)	Porcentaje	24 (2013)	43% de reducción (13,68 al 2020)	
Objetivo específico 1: Mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados, con especial énfasis en el primer nivel de atención										
O1.1 Porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo del embarazo realizada antes de la semana 15 de embarazo en las cinco regiones del Proyecto, aumentada	Porcentaje	2.98 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	2.98 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	2.98 (2013)	42.15 (2020)	
O1.2 Porcentaje de mujeres puérperas referidas del hospital a su unidad de atención primaria correspondiente con la documentación adecuada incluida en los archivos clínicos del centro de salud en las cinco regiones del Proyecto, aumentado.	Porcentaje	0.79 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	0.79 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	0.79 (2013)	40.52 (2020)	
O1.3 Porcentaje de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en las cinco	Porcentaje	6.79 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	6.79 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	6.79 (2013)	97.33 (2020)	

Resultado/ Indicador	En aprobación			Plan de Arranque			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Logrado (A)	
regiones del Proyecto, aumentado										
O1.4 Porcentaje de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en las cinco regiones del Proyecto, aumentado	Porcentaje	1.80 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	1.80 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	1.80 (2013)	73.60 (2020)	
O1.5 Porcentaje de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.54 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	0.54 (2013)	60 (2017)	Porcentaje	0.54 (2013)	25.98 (2020)	
O1.6 Porcentaje de individuos sintomáticos respiratorios captados con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.81 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.81 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.81 (2013)	32.98 (2020)	
O1.7 Hombres mayores de 18 años tamizados para hipertensión arterial según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	12.44 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	12.44 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	12.44 (2013)	37.62 (2020)	
O1.8 Hombres diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	2.51 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	2.51 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	2.51 (2013)	37.60 (2020)	
O1.9 Hombres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.20 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.20 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.20 (2013)	30 (2020)	

Resultado/ Indicador	En aprobación			Plan de Arranque			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Logrado (A)	
O1.10 Hombres diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	1.77 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	1.77 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	1.77 (2013)	37.97 (2020)	
O1.11 Porcentaje de población SIUBEN I y II con carnets de afiliación al RS en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0 (2013)	80 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	80 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	42.67 (2020)	
O1.12 Cantidad de dependientes afiliados al RS que poseen información de acta de nacimiento en la base de datos de afiliados del SENASA en las cinco regiones del proyecto, aumentado.	Dependientes	0 (2013)	120,000 (2017)	Dependientes	0 (2013)	120,000 (2017)	Dependientes	0 (2013)	323,610 (2020)	
O1.13 Mujeres mayores de 18 años tamizadas para hipertensión arterial según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	5.68 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	5.68 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	5.68 (2013)	79.68 (2020)	
O1.14 Mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	1.16 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	1.16 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	1.16 (2013)	20.19 (2020)	
O1.15 Mujeres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.06 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.06 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.06 (2013)	62.11 (2020)	
O1.16 Mujeres diagnosticadas con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.67 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.67 (2013)	50 (2017)	Porcentaje	0.67 (2013)	24.25 (2020)	

Resultado/ Indicador	En aprobación			Plan de Arranque			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	Logrado (A)	
Objetivo específico 2: Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel										
O2.1 Hospitales con SIGHO implementado y en funcionamiento en los hospitales en que se implementará el CEMI.	Sistema	0 (2013)	12 (2017)	Sistema	0 (2013)	12 (2017)	Sistema	0 (2013)	12 (2020)	
O2.2 Porcentaje de muertes maternas e incidentes auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI.	Porcentaje	0 (2013)	95 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	95 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	62 (2020)	
O2.3 Porcentaje de las muertes neonatales auditadas por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI.	Porcentaje	0 (2013)	95 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	95 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	15 (2020)	
O2.4 Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento activo de la tercera etapa del parto en los hospitales en que se implementará el CEMI, aumentado.	Porcentaje	0 (2013)	90 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	90 (2017)	Porcentaje	0 (2013)	88 (2020)	
Objetivo Especifico 3: Apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones										
O3.1 Número de sectores conformados en las cinco regiones, que disponen de una Unidad de Atención Primaria, asociado a la sectorización del primer nivel de atención para facilitar el dimensionamiento y organización del sector							Número de sectores	0 (2009)	976	Este indicador fue agregado al cierre pues el proyecto original no incluía indicadores asociados a este objetivo específico.

Fuentes de información: Matriz original (Anexo II-DLP), Matriz Final (PMR actualizado el 05/14/21 y validado por el representante de país el 05/18/21).

B. Efectividad

a. Declaración de objetivos de desarrollo del proyecto.

- 2.12. El OG del proyecto era el de incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinada a la población más vulnerable de RD. Los objetivos específicos fueron: (i) mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del FBR, con especial énfasis en el primer nivel de atención; (ii) contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; y (iii) apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones.

b. Logro de resultados

- 2.13. Se observa que, para el cumplimiento del OG, se formularon tres indicadores de impacto: (OG1.1) Población pobre I-II (SIUBEN) no cubierta por ningún régimen con acceso garantizado a los servicios de salud primer nivel a través del FBR, en las cinco regiones de salud del Proyecto (vinculado con el OE1), (OG1.2) Mortalidad materna disminuida en los seis hospitales en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia CIME Materno Infantil (CEMI) (vinculado con el OE2) y (OG1.3) Mortalidad infantil disminuida en los hospitales en que se implementará el CEMI (vinculado también con el OE2). Dos de los indicadores de impacto lograron su meta (OG1.1 y OG1.3), mientras que el OG1.2 tuvo un grado de avance elevado con respecto a su meta y línea base, 83,9%, sin embargo, por varios cambios de autoridades y prioridades del sector durante la ejecución no se logró cumplir en forma íntegra.
- 2.14. Para medir los tres objetivos específicos (OE), se propusieron 20 indicadores de resultados. La Tabla 2 muestra los logros de cada uno de los indicadores de impacto y de resultados. A continuación, se incluye la explicación de los logros y/o retos enfrentados para el cumplimiento de los indicadores de resultados del proyecto.
- 2.15. **OE 1:** Buscaba mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del FBR, con especial énfasis en el primer nivel de atención. Se propusieron 16 indicadores de resultados para su medición. De estos indicadores, cinco de ellos lograron su meta (O1.3, O1.4, O1.8, O1.12 y O1.16) y otros tuvieron porcentajes de logro elevados. El indicador O1.4, vinculado a completar los esquemas de vacunación, tenía una meta inicial también de 60% y alcanzó al cierre un porcentaje de 73,60%. La meta del indicador O1.3 fue ampliamente superada pasando del 6,71% al 97,7%, y aunque no podría argumentarse que se propuso una meta conservadora (ya que la meta era casi del 100%). De los 11 indicadores que no lograron su meta, 8 de ellos obtuvieron un porcentaje de logro alcanzado mayor al 50% (O1.1, O1.2, O1.6, O1.7, O1.9, O1.11, O1.13 y O1.15), destacando los indicadores (OE1.1) con porcentajes de logro muy elevados, de 83,3% y 75%, respectivamente.
- 2.16. Algunos de los factores que afectaron el no cumplimiento de algunos de los indicadores vinculados al OE 1 fueron: (i) la falta de capacidad de gestión de las SRS para utilizar los recursos; (ii) la fragmentación del sector de salud que dificultaba la articulación para la generación de información; y (iii) para el último año de ejecución del FBR, cuando este componente fue extendido, se presentaron problemas en los sistemas de información que impidieron el reporte completo de los datos, el traspaso de la información y la recolección total de los datos debido a la existencia de hasta tres sistemas diferentes operando

simultáneamente¹² en los cuales se tenía que capturar la información de las actividades de salud.

- 2.17. **El OE 2:** Buscaba contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel (modelo CEMI). El logro de este objetivo se vinculó con cuatro indicadores de resultados. En este caso, un indicador de resultados logró su meta O2.1¹³, con una meta inicial de 12 hospitales¹⁴, alcanzando al cierre el 100% de avance. En esta etapa de expansión del Modelo CEMI fueron seleccionados estratégicamente, seis hospitales que reportaron al sistema de salud mayor mortalidad materna y seis Hospitales de los 10 que fueron beneficiados con el proyecto CEMI con recursos del USAID y que obtuvieron mayores logros en la implementación del modelo.
- 2.18. De los tres indicadores restantes, se destaca que el indicador O2.4 tuvo un grado de avance significativo. Al cierre de la operación se reportó que 88% de mujeres recibieron Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATP)¹⁵, lo cual representó un porcentaje de logro muy alto, llegando a 97,8%¹⁶. El indicador O2.2, a pesar de no haber logrado su meta (95%), obtuvo un porcentaje de logro considerable (65,3%). Finalmente, el indicador con menor grado de avance O2.3, reportó al cierre de la operación la cifra 15% de muertes neonatales e incidentes auditados. Lo anterior representa porcentaje de logro de 15,8% con respecto a la meta y la línea base. Se reconoce que, a pesar de no haber logrado su meta, el número de muertes neonatales auditadas al inicio del acompañamiento era prácticamente nulo en relación con el número de muertes ocurridas. Esto se debe que la autoridad sanitaria en RD hace más énfasis en el análisis de la muerte materna, y el análisis de las muertes neonatales no está incluido como un proceso obligatorio. Sin embargo, producto de la insistencia durante los acompañamientos, algunos hospitales iniciaron el análisis de las muertes neonatales para mejorar la atención y corregir las acciones cuyos resultados incidieron en la muerte neonatal y de esa manera evitar otras muertes asociadas a esa causa¹⁷.
- 2.19. Varios factores incidieron en la falta de logro de los indicadores asociados al OE 2. La forma de ejecutar la estrategia de calidad era trabajar por equipo y así iniciaban el proceso de intervención en los 12 hospitales priorizados. En cuanto a los mismos hospitales, hubo sustitución entre ellos en más de una ocasión, incluso desde antes de iniciar la operación, reiniciando el ciclo de capacitación de personal desde cero, porque implicaba explicar nuevamente la estrategia, como funcionaba, incluyendo el Sistema de Gestión de Riesgo, y el nivel de compromiso que debía asumir el hospital para obtener algunos logros.
- 2.20. También se dieron cambios significativos en la estructura organizacional y de personal, empezando desde la estructura superior (Ministros, directores del SNS, y direcciones

¹² Sistema de Gestión Clínica (SGC) (fuente de información para la medición del cumplimiento de los indicadores de resultados), Sistema Centros Comunitarios de Salud (CCS) del SNS y Expediente Integral de Salud (EIS).

¹³ El CEMI se refiere a una unidad que gestiona efectivamente los recursos y presta servicios maternos infantiles integrales con oportunidad y calidad. Trabaja coordinadamente con la Red de Servicios y se constituye en un modelo demostrativo y de disseminación de lecciones aprendidas y mejores prácticas.

¹⁴ Para implementar el modelo CEMI, la propuesta metodológica consistió en la integración de sistemas y capacidad gerencial fortalecidos con mecanismos para el cumplimiento de las normas y protocolos; así como la promoción de buenas prácticas en condiciones óptimas y dignas a las madres, garantizando el ejercicio de sus derechos, incluidos su privacidad e involucramiento de la familia durante el embarazo, parto, postparto y puerperio.

¹⁵ El MATP incluye la realización de (masaje del fondo del útero, tracción contracción de la placenta y aplicación de 10 unidades de Oxitócina) esto contribuye a disminuir el sangrado en el post parto inmediato.

¹⁶ El hospital que alcanzó mejores resultados vinculados a este indicador fue el de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia que en 2015 inició con 57% de mujeres que recibían MATP y finalizó con 96% en 2019.

¹⁷ Guerrero, A. (2020). Informe Final Centros de Excelencia Materno Infantil-CEMI 2015-2019.

regionales). Durante el acompañamiento en los seis hospitales nuevos se produjo cambio de directores, algunos en una sola ocasión, mientras en otros durante el proceso de acompañamiento tuvieron dos y hasta seis directores, que implicaba iniciar el proceso del CEMI desde el inicio¹⁸.

- 2.21. **El OE 3:** Buscaba apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones. En ausencia de indicadores de resultado definidos en el diseño, dado que no se requería contar con un indicador por objetivo, se vincula al cierre de la operación con la propuesta de indicador “Número de sectores conformados en las cinco regiones, que disponen de una Unidad de Atención Primaria, asociado a la sectorización del primer nivel de atención para facilitar el dimensionamiento y organización del sector”. Como se mencionó anteriormente, el resultado de este indicador fue de utilidad para responder a la actualización de la asignación de la población de manera territorial a las unidades de atención primaria (sectorización), contribuyendo a la generación de información y datos para la toma de decisiones, uno de los elementos principales del OE3. El logro de este indicador fue clave para también avanzar en las actividades asociadas al OE1. La recolección del indicador se hizo solo hasta el 2017, ya que se avanzó en la georreferenciación de los centros de salud y de las UNAPS. El ejercicio de este indicador se hizo en conjunto con la Oficina Nacional de Estadística (ONE), el SNS y el MSP. La relevancia del logro de este indicador radica principalmente en que al inicio no se contaba con datos sectorizados. La sectorización¹⁹ es la división de la zona de salud en áreas geográficas poblacionales bien delimitadas llamadas sectores de salud, los cuales pueden estar conformados por barrios, sub-barrios, parajes, secciones y distritos municipales. A partir de 2015 se crea el SNS y se avanza con el tema de atención primaria vinculado a este ejercicio, el cual fue fundamental para identificar la brecha de Centros de Salud, así como para el ejercicio de FBR.
- 2.22. En cuanto a los indicadores de Productos vinculados a cada uno de los Componentes, a pesar de que no se lograron 8 indicadores de 24, hubo logros importantes, que a su vez contribuyeron al logro de los resultados obtenidos para el cumplimiento de los objetivos específicos. Estos logros se incluyen en el Anexo 3 junto con la Matriz de Productos (Ver Tabla A2).
- 2.23. Debido a lo anterior, aunque algunos indicadores de resultados no lograron su meta, se considera que la efectividad de la operación fue significativa, reflejando contribuciones importantes en los resultados logrados y al mostrar una efectividad promedio de 94,63% en su impacto, de 71.95% en el OE1, de 69.23% en el OE2 y de 61,5% en el OE3.

¹⁸ ídem.

¹⁹ Cada Sector es la delimitación del territorio de intervención mediante la sectorización de la población rural y urbana, asignando un tamaño definido de población para cada unidad de provisión donde la Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) han de ser los nodos primarios de la red. En un sector habitan de 500 a 700 familias a las cuales se les asigna una UNAP responsable de atender su salud en forma integral (Secretaría del Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2008).

Tabla 2. Matriz de Resultados logrados

Resultado/ Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación
Impacto esperado: Mejorar el acceso de la población pobre a los servicios de salud y disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil							
Cantidad de Población Pobre I- II (SIUBEN) No cubierta por ningún régimen a las que se les garantiza acceso a servicios de primer nivel a través el FBR, las cinco regiones de salud del proyecto	Personas	0	2013	P	288,100	100	Reportes de auditorías concurrentes.
				P(a)	288,100		
				A	403,304		
Mortalidad materna disminuida en los seis hospitales en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia CIME Materno Infantil (CEMI)	Porcentaje	155	2013	P	30.00% de reducción (108,5 al 2017)	83,9	Formulario EPI-2/Reportes SIGHO
				P(a)	30.00% de reducción (108.5 al 2017)		
				A	25.00\$ de reducción (116.25 al 2017)		
Mortalidad infantil disminuida en los hospitales en que se implementará el CEMI	Porcentaje	24	2013	P	30.00% de reducción	100	Formulario EPI-2/Reportes del SIGHO
				P(a)	30.00% de reducción (16,8 al 2017)		
				A	43.00% de reducción (13,68 al 2017)		
Objetivo específico 1: Mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados, con especial énfasis en el primer nivel de atención							
O1.1 Porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo del embarazo realizada antes de la semana 15 de embarazo en las cinco regiones del Proyecto, aumentada	Porcentaje	2.98	2013	P	50.00	83,3	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	42.15		
O1.2 Porcentaje de mujeres puérperas referidas del hospital a su unidad de atención primaria correspondiente con la documentación adecuada incluida en los archivos clínicos del centro de salud en las cinco regiones del Proyecto, aumentado.	Porcentaje	0.79	2013	P	60.00	67,1	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	40.52		
O1.3 Porcentaje de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en las cinco regiones del Proyecto, aumentado	Porcentaje	6.79	2013	P	60.00	100	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	97.33		

Resultado/ Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación
O1.4 Porcentaje de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en las cinco regiones del Proyecto, aumentado	Porcentaje	1.80	2013	P	60.00	100	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	73.60		
O1.5 Porcentaje de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.54	2013	P	60.00	42,8	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	25.98		
O1.6 Porcentaje de individuos sintomáticos respiratorios captados con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.81	2013	P	50.00	65,4	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	32.98		
O1.7 Hombres mayores de 18 años tamizados para hipertensión arterial según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	12.44	2013	P	50.00	53,7	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	37.62		
O1.8 Hombres diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	2.51	2013	P	50.00	63,4	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	37.60		
O1.9 Hombres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.20	2013	P	50.00-	59,8	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)			
				A	30		
O1.10 Hombres diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	1.77	2013	P	50.00	75,0	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	37.97		
O1.11 Porcentaje de población SIUBEN I y II con carnets de afiliación al RS en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0	2013	P	80.00	53,3	Informes de empresa encargada de elaboración y entrega de carnets / reportes de
				P(a)	-		
				A	42.67		

Resultado/ Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación
							auditorías concurrentes
O1.12 Cantidad de dependientes afiliados al RS que poseen información de acta de nacimiento en la base de datos de afiliados del SENASA en las cinco regiones del proyecto, aumentado.	Dependientes	0	2013	P	120,000	100	Reporte de Base de Datos del SENASA
				P(a)	120,000		
				A	323,610		
O1.13 Mujeres mayores de 18 años tamizadas para hipertensión arterial según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	5.68	2013	P	50.00	100	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	79.68		
O1.14 Mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	1.16	2013	P	50.00	39,0	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	80.00		
				A	20.19		
O1.15 Mujeres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.06	2013	P	50.00	100	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	62.11		
O1.16 Mujeres diagnosticadas con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto, aumentado	Porcentaje	0.67	2013	P	50.00	47,8	Reportes Sistema de Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)
				P(a)	-		
				A	24.25		
Objetivo específico 2: Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel							
O2.1 Hospitales con SIGHO implementado y en funcionamiento en los hospitales en que se implementará el CEMI.	Sistema	0	2013	P	12.00	100	Reportes anuales de evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MISPAS
				P(a)	12.00		
				A	12		
O2.2 Porcentaje de muertes maternas e incidentes auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI.	Porcentaje	0	2013	P	95.00	65,3	Actas de las sesiones del Comité
				P(a)	95.00		
				A	62.00		

Resultado/ Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación
O2.3 Porcentaje de las muertes neonatales auditadas por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI.	Porcentaje	0	2013	P	95.00	15,8	Actas de las sesiones del Comité
				P(a)	95.00		
				A	15.00		
O2.4 Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento activo de la tercera etapa del parto en los hospitales en que se implementará el CEMI, aumentado.	Porcentaje	0	2013	P	90.00	97,8	Reportes de Descripción de Parto obtenido en la primera etapa del registro físico de cada paciente, una vez implementado el SIGHO
				P(a)	90.00		
				A	88.00		
Objetivo Especifico 3: Apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación							
O3.1 Número de sectores conformados en las cinco regiones, que disponen de una Unidad de Atención Primaria, asociado a la sectorización del primer nivel de atención para facilitar el dimensionamiento y organización del sector.	Número	0	2009	P	1,588 ²⁰	61,5	ONE Reporte del Servicio Nacional de Salud.
				P(a)	1,588		
				A	976		

*El porcentaje de logro alcanzado fue calculado con respecto a la meta ajustada (P(a)). Donde: P = Planificado; P (a) = Objetivo anual revisado; A = real.

²⁰ Para el 2020 según la Oficina Nacional de Estadística se estimaba que al 2020 habían 10,448,499 habitantes. Como se indica en el POD (párrafo 1.7,) se estima que para el 2013 en las regiones 1 a 5 habitaban el 45,6% de la población, lo que al 2020 equivaldría a 4,764,515 personas. Según el Manual de Sectorización /Zonificación de las UNAP del MPS, se han definido sectores de salud para atender y dar seguimiento a una población y su medio ambiente, que oscila de forma orientativa entre 2.500 y 3.500 habitantes (500 a 700 familias). En este sentido y tomando un promedio de 3.000 habitantes por UNAP se estima que el número de sectores que disponen de una UNAP en las regiones 1 a 5 sería de 1.588.

c. Análisis Contrafactual

- 2.24. El cumplimiento del objetivo general estuvo asociado a tres indicadores de impacto (ver tabla 2), uno vinculado al OE1, (OG.1)²¹, y dos relacionados con el OE2, (OG.2)²², y (OG.3)²³. Los indicadores (OG.1) y (OG.3) lograron su meta, mientras que el (OG.2), reportó un grado de avance de 83,9% con respecto a su meta y línea base. Esta sección incluye un análisis de la atribución de los resultados logrados al proyecto, utilizando los hallazgos de una evaluación de impacto para el OE1 (OG.1) y un análisis de logros de tipo cualitativo y teórico para el OE2 (OG.2 y OG.3) para los cuales no se contó con evaluación de impacto.
- 2.25. Para el OG.1 y en general para los indicadores de resultados asociados al OE1, se identificó un escenario contrafactual por medio de la evaluación de impacto²⁴ de la expansión del modelo de FBR en las cinco regiones (I-V) para el periodo entre 2014 y 2018. Los impactos fueron estimados mediante análisis de series de tiempo interrumpidas (ITS) y modelos de efectos fijos (EF), vinculados a la vacunación en embarazadas y niños menores de 1 año y a insuficiencia respiratoria²⁵. Es decir, que los resultados positivos de los indicadores de resultados O1.3 y O1.6, se vinculan a la intervención, ya que, aunque no se observa evidencia estadísticamente significativa, el resultado de los coeficientes es positivo. Los resultados de la evaluación de efectividad (Celhay et al., 2019) documentan cambios significativos asociados al FBR sobre la cobertura de la vacuna contra difteria y tétanos en embarazadas. Específicamente, el FBR se asocia a un incremento en la cobertura de la vacuna de entre 13 y 14 puntos porcentuales, sobre una base de 44% de cobertura en el periodo previo a la intervención. Este cambio representa un incremento relativo del 30%, y podría estar asociado tanto a un incremento en la captación de embarazadas incentivado por el FBR como también a mejoras en la adherencia a las guías clínicas. También, se observan cambios positivos en el porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de la vacuna SRP+SR contra sarampión, rubeola y parotiditis. El estudio no encuentra evidencia de cambios estadísticamente significativos en el resto de los indicadores de vacunación para niños menores de 1 año, aunque cabe mencionar que los niveles de cobertura basales eran altos antes del inicio del programa, por lo que el potencial de incrementar la cobertura en niños era bastante reducido, en comparación con las embarazadas. No obstante, los cambios observados son positivos. No se encuentra evidencia estadísticamente significativa al estudiar los casos de insuficiencia respiratoria, pero el cambio observado es de una reducción en el número de casos de tosedor crónico. En cuanto a los indicadores de afiliación y adscripción, a partir del segundo año se lograban y rebasan,

²¹ La meta de este indicador se logró al 100%, incluso con la variación en las s planificadas.

²² Las muertes maternas durante los cinco años de ejecución de la operación observaron una reducción de 25%, representando un grado de avance de 8,9% con respecto a la meta y la línea base. De acuerdo con el informe final (Guerrero, 2020), se reporta que este indicador se vio afectado positivamente por los resultados de las capacitaciones en Cuidados Obstétricos de Emergencia realizadas a partir del 2016 hasta el 2018.

²³ Al cierre, se reporta una reducción de la mortalidad infantil de 43%, las razones de esta reducción están relacionadas con la implementación de la Estrategia de Ayudando los Bebés a Respirar, para lo cual se realizaron capacitaciones en todos los hospitales, con el interés de disminuir las muertes neonatales asociadas a distrés respiratorio. También se capacitaron en prevención de Sepsis Neonatal, siendo ambas las dos principales causas de muerte neonatal (Guerrero, 2020).

²⁴ Celhay, P., Distrutti, M. Martínez, S. Ramírez, I. y Tapia, K. (2019). Modelo de Financiamiento Basado en Resultados en RD: Efectos sobre los Indicadores de Salud. [Efectos del Modelo de Financiamiento Basado en resultados en República Dominicana](#)

²⁵ El alcance del análisis estuvo limitado por la disponibilidad de indicadores de resultado en series de tiempo y con la desagregación geográfica apropiada.

ya que la adscripción se realizó a lo largo del proyecto, y la afiliación a la seguridad social también se realizó de manera continua. El sistema de ficha familiar (SIRPAFF) implementado fue funcional y permitió la automatización de la ficha familiar de salud, proveyendo información sociodemográfica de las regiones, áreas, zonas y sectores de salud, la cual constituyó la base de la lista de población adscrita, que es la cápita contemplada para las transferencias financieras a los SRS participantes²⁶.

- 2.26. Para la justificación de las otras intervenciones incluidas en el modelo FBR, se observa que la diabetes es una enfermedad crónica con cifras alarmantes en LAC. El costo su atención de salud es entre dos y tres veces mayor que en las personas sin diabetes (entre el 0,4 y el 2,3% del PIB 2006). En el 2000, se calculó que el costo de la diabetes en la Región asciende a unos US\$65,200 millones.
- 2.27. En cuanto a la evidencia disponible de la efectividad del FBR, estudios llevados a cabo en Camboya, República Democrática del Congo, Burundi y Ruanda asocian modelos de FBR a incrementos en el uso de servicios de salud materno-infantil y a mejoras en aspectos financieros y gerenciales en las facilidades de salud²⁷. Asimismo, evaluaciones realizadas a programas FBR en LAC muestran resultados positivos. El Plan Nacer, llevado a cabo en Argentina con el objetivo de disminuir la morbilidad materno infantil, está asociado a incrementos en el uso y la calidad de los servicios de cuidado prenatal. Otro ejemplo es la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), la cual implementó una versión del FBR que recompensa a los países por el cumplimiento de objetivos de salud en los municipios más pobres de Mesoamérica. Se observó que, en las comunidades elegibles para ISM, el FBR funcionó mejor que la financiación tradicional y la disponibilidad y cobertura del servicio aumentaron considerablemente²⁸.
- 2.28. Adicionalmente, los resultados de la evaluación cualitativa²⁹ del modelo FBR, señalan que los problemas que más afectaron el cumplimiento de los indicadores de resultados son los que la ACE denominó como hallazgos materiales, incluyendo las carencias de equipos, la falta de conocimiento de los indicadores de resultados y sus metas y falta de supervisión, entre los más mencionados.
- 2.29. Para los OG2.1, OG2.2 y los indicadores de resultados vinculados con el OE2, no se identificó un escenario contrafactual mediante alguna evaluación de impacto. No obstante, la evidencia incluida en el informe final del componente, aunado a la información recabada mediante las entrevistas a actores relevantes, permite identificar los logros positivos de reducción de muertes maternas y número de casos de muertes neonatales obtenidos, como consecuencia de las intervenciones realizadas, principalmente la implementación y funcionamiento del SIGHO en los hospitales CEMI, las actividades de capacitación a profesionales de Cuidados Obstétricos de Emergencia y Prevención de Sepsis Neonatal, la Estrategia Cuidados Obstétricos de Emergencia al 100% y su inducción de los especialistas de nuevo ingreso a la Residencia de Ginecología y Obstetricia. También contribuyeron positivamente la mejora en registro y seguimiento de los indicadores de Mortalidad Materna, Mortalidad neonatal y Morbilidad Materna Extrema.

²⁶ Álvarez, A.L., Peralta, D.K., Moya, G. y Valerio, T. (2021). Evaluación Implementación del Modelo FBR PFGRSS.

²⁷ Das, A., Gopalan, S. S., & Chandramohan, D. (2016). *Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: a systematic review*. BMC Public Health, 16(321).

²⁸ Una investigación del IHME de la Universidad de Washington (IHME) concluye que la ISM, en las regiones implementadas, aumentó la disponibilidad de los servicios de salud y la cobertura de intervenciones clave para la salud materna y de las mujeres, de acuerdo con los protocolos del país (BID, 2018).

²⁹ Álvarez, A.L., Peralta, D.K., Moya, G. y Valerio, T. (2021). Evaluación Implementación del Modelo FBR PFGRSS.

- 2.30. De acuerdo con un reporte del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Mortalidad Materna (GRT), el acceso a cuidados maternos de calidad podría haber prevenido el 54% de las 7.300 muertes maternas registradas en 2015 en la región³⁰. En la última década, se han identificado cuáles son las intervenciones de eficacia comprobada para salvar la vida de las mujeres y sus recién nacidos entre las que destacan el acceso, uso y calidad de la atención prenatal, acceso, uso y calidad de la atención del parto por personal calificado acceso, uso y calidad de la atención durante la emergencia obstétrica, contempladas como parte de la operación. Se requiere profundizar el esfuerzo para ofrecer esas intervenciones en los servicios de salud, a lo largo del continuo de atención³¹.
- 2.31. Como se comentó anteriormente, los resultados vinculados al OE2 se vieron afectados por cambios en la estructura organizacional y de personal, empezando desde la estructura superior (ministros, directores del SNS, y direcciones regionales), cambios en los hospitales donde se realizarían las intervenciones del CEMI. Los resultados logrados pueden atribuirse al proyecto, ya que, durante la gestión de la operación, no hubo otras intervenciones con las mismas características debido a los factores externos que estaban concurriendo en el sector y que hacían aún más compleja la implementación, incluyendo los cambios de ministros, la aprobación de la ley de separación de funciones, dos procesos electorales concurrentes con la contingencia sanitaria del COVID-19.

C. Eficiencia

- 2.32. Para el análisis de eficiencia de la operación se realizó una comparación de Costo-Eficiencia (CEA) expost para determinar si los resultados fueron logrados a un costo razonable. El análisis se acota al Componente 1 de FBR, el cual representa el 91% de los costos de la intervención, y que buscaba expandir el modelo de FBR a cinco SRS del país (Regiones 1 a 5). Este componente financió principalmente: (i) el costo de las prestaciones capitadas del primer nivel de atención referente a la población no asegurada y a la población afiliada al SDSS; (ii) asistencia técnica a los SRS para implementar y gestionar el modelo de FBR; y (iii) los suministros requeridos para la adscripción de la población, entre otros. El objetivo de la estrategia es que toda la población objetivo³² reciba servicios de primer nivel de atención de acuerdo con las normas, guías y protocolos aprobados por el MSP. El paquete de servicios incluidos es el PBS para el primer nivel³³ y que es el que utiliza SENASA para el RS³⁴.
- 2.33. Con el modelo se definió un monto equivalente a la cápita del SENASA para la atención primaria de la población pobre sin aseguramiento, y se condicionó la transferencia de los recursos -del SNS a los SRS participantes- al cumplimiento de dos condiciones: (i) la adscripción de las personas sin aseguramiento a la UNAP correspondiente a su zona de residencia; y (ii) el cumplimiento de metas en 10 indicadores de cobertura y calidad de la asistencia de parte de los SRS. El objetivo (i) fue promover la búsqueda activa y la identificación nominal de la población más pobre por parte de las UNAP, quienes además estarían a cargo de fomentar el uso de los servicios del primer nivel de atención entre esta población. Este monto representa el Tramo Fijo del

³⁰ (GRT) (2017). Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>.

³¹ Idem.

³² Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia.

³³ Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia.

³⁴ DDESS-UCP (2020). Informe Anual 2020. Desempeño del Componente 1. Financiamiento de Prestaciones Basado en Resultados (FBR) en Salud Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en la Republica Dominicana 2014-2019.

costo. En el caso de (ii), los objetivos fueron aumentar la cobertura de servicios de salud costo-efectivos -como la vacunación- y mejorar la calidad de la asistencia. Con el establecimiento de metas se buscó promover el cumplimiento de los protocolos y guías de atención para enfermedades y condiciones de salud consideradas prioritarias. El monto correspondiente a (ii) representa el Tramo Variable del costo, asociado a la implementación del modelo FBR.

- 2.34. Para el CEA, se consideraron dos escenarios, la Alternativa 0 (sin FBR) donde se asume que el proyecto no se realizó y se mantuvieron constantes las condiciones previas a la implementación del proyecto, y la Alternativa 1, siendo el escenario de implementación del proyecto. La contabilización de los costos se hizo desde la perspectiva del sistema de salud³⁵. Los costos incluidos en Alternativa 1 son los asociados al Componente 1 reportados en el último PMR³⁶ que incluyen ambos tramos, el Fijo y el Variable³⁷. Para la Alternativa 0, sólo se tomó en cuenta el porcentaje asociado al tramo Fijo de dichos costos, más los gastos administrativos asociados a la atención³⁸.
- 2.35. En cuanto a la temporalidad proyecto y de acuerdo con las tres extensiones solicitadas, el periodo de implementación de la operación se extendió en 36 meses comprendiendo el periodo 2014-2019. Las medidas de efectividad utilizan los resultados de la evaluación de impacto, la cual midió los efectos de la operación de 2014-2018, para armonizar la comparación, se utiliza como periodo de análisis para el CEA 2014-2019, para incluir las transferencias realizadas posteriores al periodo de valuación de impacto pues forma parte del incentivo³⁹.
- 2.36. La estimación de los beneficios (efectividad), utilizó los resultados obtenidos en la evaluación de impacto de los indicadores: (i) Porcentaje de cobertura de la vacuna contra difteria y tétanos en embarazadas; (ii) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de vacuna BCG contra la tuberculosis; (iii) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido tres dosis de la vacuna DPT o Pentavalente; (iv) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de la vacuna SRP+SR; y (v) Porcentaje de población menor de un año que ha recibido tres dosis de la vacuna contra el polio (OPV). Se siguió la metodología descrita en Shepard, Zeng y Thi Hong Nguyen (2015)⁴⁰, utilizando la herramienta *The Lives Saved Tool (LiST)*⁴¹ para estimar el número de vidas salvadas por intervención⁴² y región, empleando los valores de cobertura para la Alternativa 0 y Alternativa 1 de la Evaluación de Impacto; y se utilizó la herramienta *Global Burden of Disease (GBD) Results Tool* (2019) para obtener la

³⁵ Shepard, D., Zeng, W. y Thi Hong Nguyen, H. (2015). *Cost-Effectiveness Analysis of Results-Based Financing Programs. A Toolkit*. Banco Mundial. Recuperado de: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22774>

³⁶ Última actualización 10/28/21.

³⁷ El monto del Componente 1 Fortalecimiento de prestaciones basadas en resultados reportado en el PMR asciende a US\$129,767,555.76. Dichos costos incluyen los tramos Fijo y Variable de las transferencias realizadas a las SRSS.

³⁸ Los porcentajes de tramo Fijo (64%) y variable (36%), se estimaron a partir del monto total de las transferencias capitadas a los SRSS, reportadas en el Informe Anual (2020). Para la alternativa 0, se considera el 64% de los costos del Componente 1 incluidos en el PMR (US\$82,653,866.29), más los costos administrativos estimados con un factor de costo administrativo sin RBF como porcentaje del costo de la cápita del 10% (Anexo Análisis Económico ex ante) (US\$61,41,477.31). En total, los costos de la Alternativa 0 ascienden a US\$88,795,343.60.

³⁹ En cuanto a los costos, el anticipo realizado en 2013 (US\$40,000,000) se incluyó en 2014, mientras que el desembolso realizado en 2020 (US\$499,545) se incluyó en 2019. En cuanto a las medidas de efectividad, se utilizó el valor obtenido de cada indicador con la especificación de Efectos Fijos Ponderados para el periodo 2014-2018, dividido entre cuatro (4) para obtener el incremento porcentual anual.

⁴⁰ Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia.

⁴¹ Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia.

⁴² Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia.

estimación de los años de vida ajustados por discapacidad (*DALYs*)⁴³ para cada causa vinculada a los indicadores.

- 2.37. Se realizaron tres escenarios con tasas de descuento de 0%, 3% y 12% de acuerdo con la literatura⁴⁴ y los lineamientos metodológicos del BID, tanto para los costos como para las mediciones de los beneficios en salud. Para el análisis de costos, se realizó una armonización de los mismos a dólares de 2014 (año base) deflactando los precios usando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de los Estados Unidos. También se ajustó por la Paridad del Poder de Compra (PPP) y se descontaron los costos, para proceder a calcular el Valor Actual Neto en 2014 usando las tasas de descuento mencionadas anteriormente.
- 2.38. Se asumió que la calidad de la atención es óptima⁴⁵, lo que significa que tienen un índice de calidad del 100%. De acuerdo con los resultados obtenidos (Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia), la relación costo-efectividad incremental (ICER, por sus siglas en inglés) comparada con el PIB per cápita⁴⁶ de RD para 2019 (\$19,191.60), señala que la operación no es rentable o no fue costo-efectiva⁴⁷ con la tasa de descuento de 12% (ICER: \$109,727.50). No obstante, se observa que con la tasa de descuento del 3%, el ICER se aproxima a un valor del umbral rentable (ICER entre una y tres veces el PIB per cápita), mientras que la tasa de descuento del 0% si alcanza el umbral de rentabilidad. Se observa que la intervención más potente es la vacuna DTP, particularmente para la Región 5.
- 2.39. Se reconoce que puede haber subestimación en los beneficios estimados de eficiencia, por dos motivos distintos. En primer lugar, los beneficios sólo consideran aquellas intervenciones que pudieron ser evaluadas (principalmente vacunación), excluyendo una serie de servicios que fueron fomentados por el FBR, tales como atención prenatal, enfermedades respiratorias, enfermedades crónicas, entre otras. Ante la dificultad de separar los costos variables de inversión en las distintas actividades, se tuvieron que incluir todos los costos del Componente 1. En segundo lugar, al modelar las proyecciones de vidas salvadas por intervención, se observa que para los indicadores de la evaluación de efectividad (i.e. intervenciones realizadas por el proyecto) de ii) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de vacuna BCG contra la tuberculosis, iv) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de la vacuna SRP+SR y v) Porcentaje de población menor de un año que ha recibido tres dosis de la vacuna contra el polio (OPV), el número de vidas proyectadas es de 0 en el periodo de análisis. Puede ser que para un periodo de proyección más extendido y utilizando grupos de edad adicionales, el número de vidas proyectadas se convierta en un valor mayor a 0. Asimismo, un estudio de Jit y Mibei (2015)⁴⁸, argumenta que descontar los costos futuros y los beneficios para la salud generalmente tiene un gran efecto (subestimación) en los resultados de las evaluaciones de costo-efectividad vinculadas con vacunación debido a las demoras entre el gasto inicial en el programa y los beneficios para la salud de evitar la enfermedad. Por lo anterior, ellos realizaron una propuesta para descontar la salud a una tasa diferente al consumo (descuento diferencial), descontar a

⁴³ Desagregados por sexo, grupo de edad y población de interés (i.e. niños y mujeres embarazadas) para RD.

⁴⁴ Se recomienda descontar tanto los costos como los efectos sobre la salud a una tasa común, constante y positiva hasta un punto común en el tiempo (Jit y Mibei, 2015). De esta referencia, se toma el valor del 3%.

⁴⁵ Ver Anexo 4 Análisis de Eficiencia.

⁴⁶ PPP (dólares internacionales corrientes), Banco Mundial (2021).





⁴⁷ Los valores umbral de los ICER recomendados por el proyecto CHOICE de la OMS se clasifican en tres categorías de rentabilidad: muy rentable (ICER inferior al PIB per cápita); rentable (ICER entre una y tres veces el PIB per cápita); y no rentable (ICER más de tres veces el PIB per cápita) (OMS, 2015).

⁴⁸ Jit, M. y Mibei, W. (2015). Discounting in the evaluation of the cost-effectiveness of a vaccination programme: A critical review, *Vaccine*, Volumen 33, Núm. 32, págs. 3788-3794, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.06.084>.

una tasa que cambia con el tiempo (descuento no constante), descontar los efectos intrageneracionales e intergeneracionales a una tasa diferente (descuento en dos etapas) y descontando los beneficios para la salud de una intervención a un año de descuento diferente del momento de la intervención (descuento diferido). Estas consideraciones son particularmente agudas para las vacunas, porque sus efectos pueden ocurrir en una generación diferente de la que las paga, y porque el momento de la vacunación, de la aversión a las infecciones y de la aversión a las enfermedades suelen diferir.

- 2.40. El periodo de ejecución contemplado en la fase de diseño (48 meses) se prolongó, ya que se solicitaron y aprobaron tres extensiones adicionales. El periodo de desembolso y ejecución se extendió de en total a 36 meses. La primera extensión se realizó por un periodo de 24 meses, hasta el 25 de diciembre del 2019, con el objetivo de avanzar con las actividades propuestas principalmente CEMI, que como consecuencia del cambio de autoridades tanto en el Ministerio como en el SNS (creado durante la implementación del proyecto) se había visto afectado en su avance y los hospitales a intervenir cambiaron en varias oportunidades, impactando las intervenciones. La segunda extensión de la operación por un periodo de nueve meses, hasta el 25 de agosto 2020, fundamentada principalmente en: (i) realizar el pago a las regionales 1 a 4 de los tramos variables correspondientes al 2019 que se habían visto afectados por las fallas en los sistemas de información entre el SNS y el MSP; (ii) el equipamiento de los hospitales CEMI cuyo proceso de licitación de prolongo; (iii) la certificación de los Hospitales como Centros de Excelencia Materno Infantiles; y (iv) la realización de capacitaciones para la red de sangre. La última extensión, en contexto de pandemia, por cuatro meses, fue otorgada hasta el 25 de diciembre 2020 y buscaba avanzar en la adquisición de suministros de protección personal para atender la emergencia por COVID-19 en el territorio nacional, pero como se indicó previamente el proceso de decisión se dilató y no fue posible avanzar con el proceso de compra del proyecto lo que llevo a la cancelación de aproximadamente US\$2,3 millones.
- 2.41. En el POD se establecieron los costos del proyecto por un monto de US\$146,000,000. Al cierre de la operación, el monto total de desembolso ascendió a US\$143,324,248.06. Las inversiones por componentes y costos a la conclusión de la operación se muestran a continuación:

Tabla 3. Costos del Proyecto

 Collapse Components  Show  Inactive Outputs  Milestones

Component Revised Cost

129,806,815.76

Outputs	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
1.1 Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscrita a un centro de atención primaria en las cinco regiones del proyecto aumentada	P 40,000,000	31,866,029	25,323,929.57	19,536,367.09	13,273,674.34	-	-	-	-	130,000,000
	P(a) 40,000,000	31,866,029	27,695,619.45	21,234,778.74	14,541,483	5,610,370.30	2,783,487	538,805	-	129,806,815.76
	A 40,000,000	31,215,904.95	26,008,232.19	14,597,562.46	9,976,454.93	5,822,308.23	1,647,548	499,545	37,302.86	129,804,858.62

Component Revised Cost

6,763,998.37

Outputs	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
2.1 Hospitales certificados como centros de excelencia materno-infantil (CEMI) aumentados	P -	47,300	194,700	30,000	-	-	-	-	-	272,000
	P(a) -	47,300	189,500	30,000	49,541.18	50,000	253,563	3,601	-	641,977.59
	A -	0	256,463.06	234,047.16	100,139.04	7,521.33	40,206	3,374	-	641,750.59
2.2 Hospitales con infraestructura mejorada para proveer servicios de salud materno-infantil	P -	-	-	1,500,000	1,678,100	-	-	-	-	3,178,100
	P(a) -	-	-	1,275,516.72	732,454.66	1,110,186.90	1,302,680	119,500	-	2,391,800.71
	A -	-	3,698.52	247	10,954.29	365,781.90	1,891,619	115,757	-	2,388,057.71
2.3 Hospitales con mobiliario y equipos mejorados para proveer servicios de salud materno-infantil	P -	-	650,000	480,000	-	-	-	-	-	1,130,000
	P(a) -	-	0	500,000	805,666	1,692,000	1,911,666.88	3,209,763	-	3,484,082.56
	A -	-	0	0	0	274,319.56	0	1,170,437	1,864,694.33	3,309,450.89
2.4 Personal de salud de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en programas Cuidados Obstétricos de Emergencia	P -	-	1,407,799.97	984,755.57	23,444.44	-	-	-	-	2,415,999.98
	P(a) -	-	1,407,799.97	70,000	59,914	39,000	0	0	-	217,695.53
	A -	0	0	0	174,342.69	13,041.59	30,311.25	0	-	217,695.53
2.5 Personal de salud del área de perinatología de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en sepsis neonatal	P -	-	18,000	448,683.33	72,316.67	-	-	-	-	539,000
	P(a) -	-	18,000	35,000	60,000	30,000	0	0	-	20,636.98
	A -	0	0	0	0	20,636.98	0	0	-	20,636.98
2.6 Embarazadas vinculadas a los hospitales en que se implementará el CEMI capacitadas en sesiones de preparación al parto	P -	-	530,000	74,777.77	517,222.23	-	-	-	-	1,122,000
	P(a) -	-	530,000	0	73,787	50,000	2,960	0	-	7,805
	A -	0	0	0	0	7,805	0	0	-	7,805

III. Función de rectoría del sector salud fortalecida

Component Revised Cost

5,451,650.43

Outputs	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
3.1 Plan decenal de salud 2016-2025 terminado	P -	-	149,500	10,500	-	-	-	-	-	160,000
	P(a) -	-	-	149,500	362,500	370,209.54	255,038	0	-	278,633.64
	A -	0	0	0	42,400.78	145,175.86	91,057	0	-	278,633.64
3.2 Función de análisis de monitoreo y evaluación del desempeño del MISPAS fortalecida	P -	-	150,000	-	-	-	-	-	-	150,000
	P(a) -	-	50,000	50,000	73,624	585,000.25	105,108	21,706	-	179,872.43
	A -	0	84,925.46	6,376.33	20,669.82	41,230.97	4,963.85	26,284.06	9,334.64	193,785.13
3.3 Fortalecimiento de la Dirección de Habitación	P -	-	30,000	-	-	-	-	-	-	30,000
	P(a) -	-	30,000	150,000	212,000	68,000	2,200	0	-	60,308.67
	A -	0	0	1,210.43	59,098.24	0	0	0	-	60,308.67
3.4 Normas nacionales para la regulación del sector salud elaboradas	P -	-	70,000	-	-	-	-	-	-	70,000
	P(a) -	-	35,000	0	0	64,100	89,688	9,646	-	64,210.80
	A -	0	0	0	22,799.44	13,983.51	17,781.85	11,754.90	-	66,319.70
3.5 Expediente Integrado de Salud implementado	P -	-	2,607,666.67	392,333.33	-	-	-	-	-	3,000,000
	P(a) -	-	1,195,555	656,970.26	1,000,000	442,400	1,700,000	281,669	-	2,451,610.63
	A -	0	0	28,688.94	35,678.38	150,735.831	954,836.48	281,721.78	-	2,451,663.41
3.6 Red Nacional de Sangre en funcionamiento	P -	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	P(a) -	-	-	-	-	600,000	400,000	694,621	-	895,988.26
	A -	-	-	-	0	0	201,367.26	363,184	289,079.26	853,630.52
3.7 Pruebas realizadas en el laboratorio nacional para fortalecer diagnóstico de Covid-19	P -	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	P(a) -	-	-	-	-	-	-	1,521,026	-	1,521,026
	A -	-	-	-	-	-	-	0	-	0

IV. Evaluación

Component Revised Cost

33,000

Outputs	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
4.1 Evaluación del Programa	P -	-	50,000	-	-	-	-	-	-	50,000
	P(a) -	-	-	0	0	50,000	50,000	0	-	33,000
	A -	0	0	0	0	33,000	0	0	-	33,000

Other Costs	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Contratación personal UCP	P -	233,956.71	908,943.30	579,200	803,602.02	-	-	-	-	2,525,702.03
	P(a) -	233,956.71	528,416	450,000	300,000	90,000	100,000	119,466	-	1,474,331.20
	A -	23,468.73	230,220	23,454,367	394,200	182,121,553	351,057,381	21,843.26	5,938.05	1,482,646.51
Gerentes de Campo FBR (Componente I)	P -	33,600	137,800	115,200	113,700	-	-	-	-	400,300
	P(a) -	33,600	30,000	70,000	200,000	0	0	0	-	313,608.53
	A -	71,487.33	127,359.92	108,910.03	3,613.17	2,238.08	0	0	-	313,608.53
Gerentes de Campo CEMI (Componente II)	P -	-	163,800	93,600	93,600	-	-	-	-	351,000
	P(a) -	-	155,000	180,000	343,201.14	175,000	231,551	56,157	-	765,693.36
	A -	0	71,388.73	132,559.35	160,911.25	175,626.73	169,050.30	40,306.84	-	749,843.20
Gastos operativos visitas a regiones de salud para la implementación del FBR (Componente I)	P -	12,714.29	76,285.71	44,500	44,500	-	-	-	-	178,000
	P(a) -	12,714.29	60,000	91,561.24	100,000	10,000	2,000	0	-	23,205.97
	A -	0	248.53	6,287.19	9,471.34	5,441.10	1,757.81	0	-	23,205.97
Gastos operativos visitas a hospitales (Componente II)	P -	-	60,000	30,000	30,000	-	-	-	-	120,000
	P(a) -	-	60,000	96,110.48	150,000	25,000	25,000	34,136	-	77,900.55
	A -	0	475.77	7,873.82	9,214.81	12,340.87	13,859.28	204.42	-	43,968.97
Adquisición de vehículos para apoyo a las regiones en la implementación del FBR (Componente I)	P -	60,000	-	-	-	-	-	-	-	60,000
	P(a) -	60,000	35,000	0	0	0	0	0	-	39,218.43
	A -	0	39,218.43	0	0	0	0	0	-	39,218.43
Adquisición de vehículos para apoyo a las regiones en la implementación del CEMI (Componente II)	P -	-	60,000	-	-	-	-	-	-	60,000
	P(a) -	-	35,000	0	0	0	0	0	-	39,218.43
	A -	0	39,218.43	0	0	0	0	0	-	39,218.43
Readecuación física oficina UCP	P -	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	P(a) -	-	25,000	250,000	450,897	0	0	0	-	285,167.44
	A -	-	0	0	272,662.08	12,505.36	0	0	-	285,167.44

Total Costs include inactive outputs

Total	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cost
Total cost	P 40,000,000	32,253,600	32,693,425	22,243,919	917,091	673,057.69	0	0	0	146,000,000
	P(a) 40,000,000	32,253,600	32,389,890	42,253,437	44,19,515,067	981,061,266	999,214,941.88	6,610,096	0	145,073,808.47
	A 40,000,000	31,310,861	0126,861,449	27,15,578,130	10,111,318,592	38,7,225,246.25	6,169,433,462	634,412,262,206	349,141,143,304	473.87

D. Sostenibilidad

a. Aspectos generales de sostenibilidad

- 2.42. La sostenibilidad técnica de los resultados de la operación proviene principalmente de la sostenibilidad y continuidad del modelo de FBR. Un aspecto importante para el funcionamiento del mismo es el establecimiento del mecanismo de pago por resultados a partir de las metas esperadas por cada indicador de monitoreo y resultados. En el caso de esta operación, la fuente de información para la medición del cumplimiento de los indicadores de monitoreo y resultados fue el SGC. Las dificultades asociadas a los sistemas de información contribuyeron a que en el último año hubiese dificultades en el registro del cumplimiento de metas de las SRS, afectando el monto del tramo variable. Un aspecto importante contemplado por el proyecto es que los sistemas de información del MSP fueron sometidos a auditorías sistemáticas. Además, su data fue cruzada con otros sistemas y bases de datos como el de la Junta Central Electoral. Igualmente, se hacían cruces sistemáticos con la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el SENASA. Aunque el SGC se implementaba en el MSP desde el año 2012, en las regiones donde se desarrolla el proyecto, hasta abril del 2014 su uso era prácticamente nulo. Es por ello que en las UNAP los médicos desconocían el funcionamiento del mismo. En este sentido, del 2015 al 2017 se realizaron talleres para capacitar al personal en el sistema.
- 2.43. Otro factor de sostenibilidad relevante en el modelo de FBR, es la continuación de procesos de fortalecimiento de capacidades institucionales. En este sentido, se elaboró un manual para orientar a los gerentes regionales y tuvieron claridad en qué actividades se podían utilizar los recursos. Como parte de los aportes del Componente 1 del PFGRSS, los SRS participantes, desarrollaron la capacidad para gestionar fondos y orientarlo por resultados, lo cual se pone en línea con los aprestos del SNS de implementar el FBR en los acuerdos con los SRS⁴⁹.
- 2.44. Otro factor de sostenibilidad es que partir de las lecciones y el trabajo realizado por el proyecto el SENASA hizo un esfuerzo por incorporar el FBR en sus pagos a los proveedores de servicios, modelo que se encuentra en funcionamiento. Recientemente el MSP también informó que está haciendo gestiones para incluir el FBR como parte del manejo de su presupuesto.
- 2.45. Si bien se presentaron retos como el cambio de autoridades o de personal en los hospitales, el país ha manifestado su intención de continuar trabajando en algunos temas apoyados con esta operación como la publicación del Plan Decenal de Salud (PLANDES), así como avanzar en la certificación de los Hospitales como CEMI. De este último proceso, al interior del MISPAS se está gestionando y retomando el proceso de una forma integral, a pesar de los constantes cambios de hospitales y de personal, se ha priorizado esta actividad para darle continuidad. Se está coordinando con Viceministerio de Garantía de la Calidad (VGC), para identificar algunas metodologías en las que se puedan integrar aspectos relacionados con la operación de la calidad para dar continuidad a las acciones que ya se habían implementado. Adicionalmente, se observa y reconoce la voluntad política y de acción de los nuevos funcionarios del sector para garantizar la continuación y sostenibilidad de los resultados obtenidos por la operación.

⁴⁹ Álvarez, A.L, Peralta, D.K., Moya, G. y Valerio, T. (2021). Evaluación Implementación del Modelo FBR a través del Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en la República Dominicana (PFGRSS).

b. Salvaguardas ambientales y sociales

- 2.46. De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) del Banco, esta operación se clasificó como Categoría “C”, por lo que no se requirieron estudios de evaluación ambiental o consultas públicas.

III. CRITERIOS NO CENTRALES

a. Desempeño del Banco

i) Desempeño del Banco para garantizar la calidad del inicio

- 3.1. **Diseño.** En la etapa de formulación de la operación, el desempeño del Banco fue satisfactorio, considerando su rol interactivo con funcionarios del Gobierno de RD, a efecto de lograr la armonización entre los objetivos, los indicadores, productos y actividades incluidas en el POD, así como la consistencia con las políticas nacionales en temas de salud pública; incluyendo consideraciones técnicas y fiduciarias para su implementación.

ii) Calidad de la supervisión del Banco

- 3.2. **Disponibilidad del proyecto para la implementación.** En la etapa de implementación de la operación, el Banco contribuyó a desarrollar una asistencia focalizada y asertiva en la operatividad del proyecto, apoyando y guiando al ejecutor en el cumplimiento de los planes operativos anuales, así como previendo y apoyando con las situaciones de riesgos o amenazas que se presentaron durante la ejecución.
- 3.3. El Banco mostró flexibilidad en la requisición de ajustes de metas de indicadores y extensiones en la ejecución de la operación, con el fin de que lograran los resultados planeados. En el taller de cierre, los actores participantes reconocieron el esfuerzo de acompañamiento del Banco.
- 3.4. **Aspectos fiduciarios.** El último año de la operación coincidió con el contexto de la emergencia sanitaria COVID-19, lo cual incidió en la adecuación y/o restructuración interna (proceso iniciado en febrero) para utilizar los recursos no devengados en acciones vinculadas a la atención de COVID-19. El Banco informó a las autoridades en febrero sobre la posibilidad de disponer de los recursos de los proyectos vigentes para atender la pandemia generada por la COVID-19 no obstante hubo algunos retrasos en la toma de decisiones principalmente como consecuencia del cambio de autoridades, lo cual impidió la ejecución de US\$2,3 millones que se estimó serían utilizados para comprar algunas pruebas para COVID-19.

b. Desempeño del Prestatario

- 3.5. El MISPAS fue el organismo ejecutor de la operación y designó a la Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud (DDESS) por medio de la UCP, la coordinación general del proyecto, implementando estrategias de coordinación interinstitucional e intrainstitucional necesarias para las actividades del proyecto, incluyendo al SNS, así como al SENASA. Durante la ejecución del proyecto hubo varios cambios, incluyendo la creación en el 2015 del SNS, así como tres cambios de directores, situación similar ocurrió con los Ministros y Directores de la DDESS, estos últimos con mayor frecuencia al cierre del proyecto. No obstante, se destaca el esfuerzo del equipo realizado por cumplir con los objetivos específicos 1 y 2, cuya ejecución finalizó en el 2019, esfuerzos que implicaron un ejercicio importante de coordinación con el SNS, institución de reciente creación.

- 3.6. La operación, fiduciariamente, se implementó con base al plan de adquisiciones y contrataciones. No obstante, la ejecución de los recursos del Componente 1, principalmente en su tramo variable, se vio afectada por las problemáticas de los sistemas de información y la falta de capacidades institucionales de los SRS para gestionar los recursos. En este sentido, la UCP identificó que las SRS deberían tener tratamientos y seguimiento diferenciales, ya que presentaban a su vez grados de desarrollo desigual en lo gerencial, social, económico y cultural, que influyeron significativamente en el desempeño y los logros de los indicadores.
- 3.7. La UCP mantuvo comunicación constante con el Banco tanto para la gestión administrativa de la operación, como de diálogo técnico que involucró a otras dependencias del MISPAS y expertos externos, así como las problemáticas detectadas en la ejecución de los recursos que incidían en el cumplimiento de las metas establecidas originalmente. A futuro se recomienda el fortalecimiento de los mecanismos para la mitigación de riesgos, así como la gestión de quejas y denuncias.

IV. Hallazgos y recomendaciones

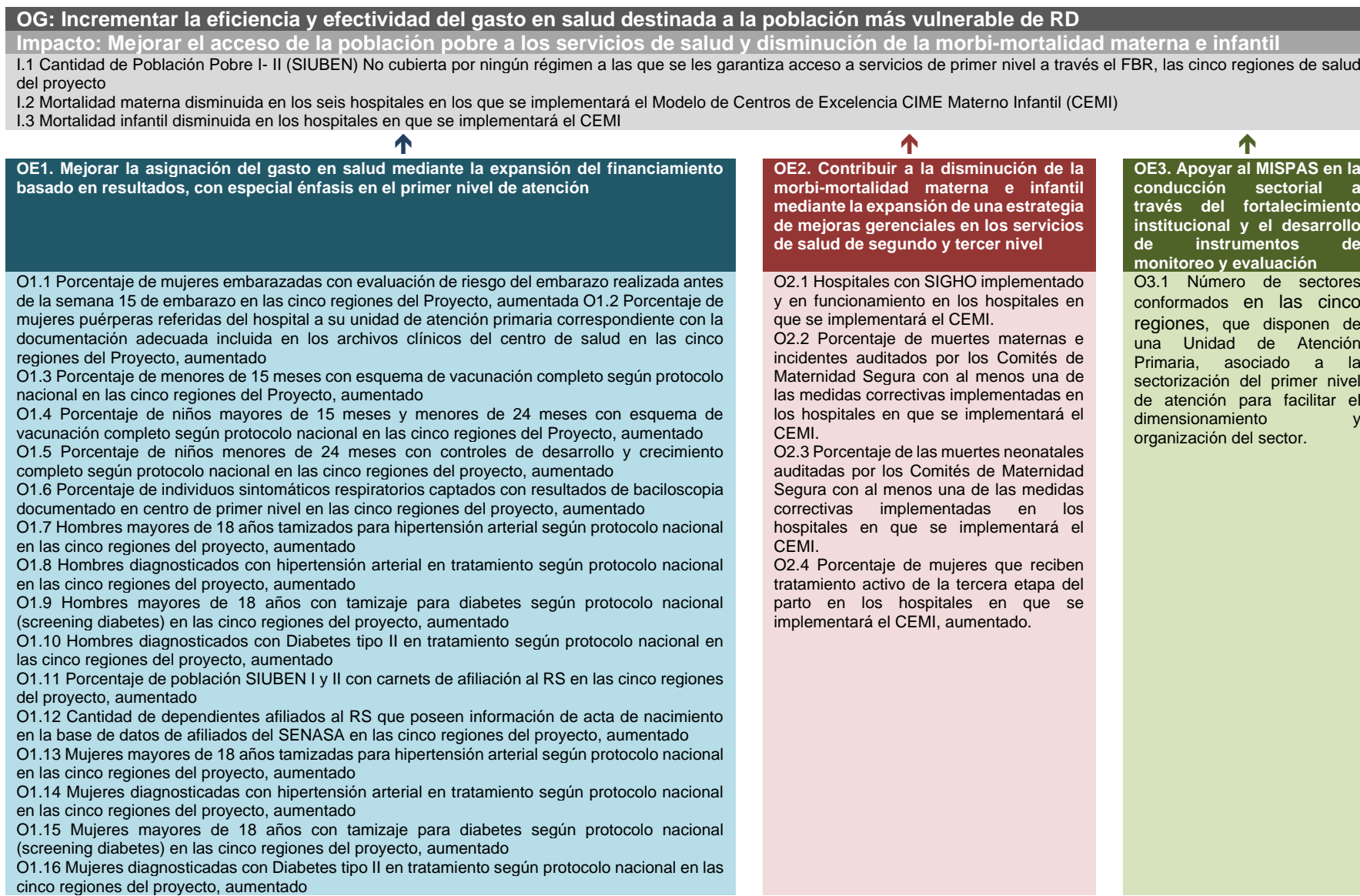
- 4.1 El proyecto de Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en la República Dominicana (DR-L1067), tuvo como objetivo el de incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinada a la población más vulnerable de RD. Los hallazgos y recomendaciones derivados de la ejecución del proyecto se detallan a continuación.

Tabla 4. Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Dimensión 1 Institucional	
Dificultades para tomar decisiones en medio de la crisis generada por la COVID-19	Agilizar el proceso de toma de decisiones al interior del Ministerio. En febrero 2020 el BID comunica al Ministerio de Salud y de Ministerio de Hacienda el presupuesto no ejecutado de las operaciones para financiar actividades/compras para hacer frente a la pandemia generada por la COVID-19. Después de varios ejercicios de revisión de la situación del proyecto, en mayo el Ministerio de Hacienda notifica que será el Ministerio de Salud quien identificaría si los recursos disponibles se destinarían para atender la pandemia. Sin embargo, los procesos no logran agotarse oportunamente por parte del Ministerio de Salud lo que lleva a la cancelación de aproximadamente 2,3 millones de dólares, entre otras razones por el cambio de autoridades.
Dimensión 2: Técnico-Sectorial	
Dificultades para consolidar un sistema de información que integre varias fuentes de información	La toma de decisiones respecto de cómo avanzar en la instalación de un sistema de información integrador fue todo un reto para el país teniendo en cuenta la diversidad de instituciones que proponían un sistema diferente, situación que impacto al componente de FBR. En este sentido se resalta la importancia de continuar trabajando con el país en temas de salud digital, así como en la historia clínica electrónica que permita obtener datos de la población desde el primer nivel hasta el nivel más especializado y así garantizar una mejor atención y datos integrales sobre la salud de la población para la toma de decisiones.
Dimensión 3: Organizacional y Gestión	
Disparidad en las SRS en relación con sus capacidades institucionales para gestionar recursos	Otorgar un acompañamiento diferenciado a cada SRS, apoyando con mayor intensidad a las que más lo necesitan sin menoscabos de las demás, ya que, aunque tienen características generales similares, en realidad presentan a su vez grados de desarrollo desigual en lo gerencial, social, económico y cultural, que influyen significativamente en el desempeño y los logros de los indicadores. Una de las acciones realizadas, teniendo como experiencia la operación del BM, fue intentar que las SRS generaran competencias gerenciales regionales, para que las

Hallazgos	Recomendaciones
	mismas unidades pudieran gestionar sus propios recursos. Se elaboró un manual (no contemplado en el proyecto), para orientar a los gerentes regionales y que tuvieran claridad de dónde se podía utilizar los recursos para la operación.
Capacidad de respuesta a la rotación de personal, los cambios de administración y prioridades gubernamentales	Garantizar un diálogo continuo y fluido para reducir el impacto asociado al constante cambio de autoridades que a su vez traen nuevos planes o cursos de acción. Dentro de las actividades que se vieron afectados por la transición de funcionarios fue la elaboración del PLANDES, las adecuaciones de hospitales y el proceso de certificación de los Hospitales como CEMI, que llevo a que en más de tres oportunidades se cambiaran los hospitales a intervenir y tampoco se pudiera realizar la evaluación de este componente debido a la diversidad de directrices al respecto, impidiendo así cerrar el ciclo de certificación.
Dificultades en la coordinación intrainstitucional del sector	En sectores complejos como el de salud en RD, es necesario contar o establecer condiciones para facilitar la coordinación intra-institucional hacia la consecución los objetivos comunes del sector. La separación de funciones del MSP y SNS se dio a la mitad de la ejecución la operación, en el 2015. Al término de este proceso, la fragmentación del sector salud se profundizó, dando proliferación a las agendas individuales en lugar de establecer una agenda compartida para la operación, lo cual fue un escollo que afectó continuamente la gestión del proyecto. Se reconoce que el BID realizó actividades para impulsar una agenda sectorial de trabajo.
Cambios en las prioridades y estructuras dificultaron el cumplimiento de algunos resultados y productos.	El proyecto se desarrolló bajo un proceso de reforma que trajo consigo la creación de una nueva institución, el SNS que dado el alcance del proyecto era beneficiaria y responsable al igual que el MSP de varios de los productos. Esta situación, así como los cambios institucionales y la crisis generada por la COVID-19 hacia el final del proyecto afectaron la consecución de los resultados y productos. En este sentido, es importante sin desviarse de los objetivos centrales, establecer cierto margen de flexibilidad en los proyectos que permitan responder a las nuevas realidades, proceso a su vez que debe ir acompañado de procesos más ágiles de ejecución y de toma de decisiones.
Dimensión 4: Fiduciaria	
Retrasos en algunos insumos y equipos claves para el logro de los IMR como es la adquisición de glucómetros, tirillas, esfigmomanómetro, papelería	Los procesos de compra se vieron afectados porque la Contraloría estableció que debían hacerse las compras en base a la ley de compras y contrataciones. No obstante, en contextos de emergencia sanitaria, deberían realizarse previsiones para flexibilizar los procesos de adquisiciones que permitan agilizar el uso de los recursos.
Fortalecer los mecanismos para la identificación y gestión del riesgo	El proyecto se enfrentó a diversos retos para lo que a futuro se recomienda fortalecer los sistemas y actividades que permitan mitigar los riesgos de manera oportuna. Especialmente los riesgos asociados a integridad, para lo cual es importante generar mecanismos que permitan identificar y mitigar situaciones que pudiesen representar conflictos de interés y/o prácticas prohibidas.
Reforzar los mecanismos disponibles para reporte de irregularidades.	Para futuras operaciones que incluyan componentes de pago por resultados, además de los mecanismos de supervisión y transparencia que ya son aplicados, es importante contar con mecanismos para denunciar irregularidades por parte de los beneficiarios y de la comunidad.
Dimensión 5: Adquisiciones	
Fortalecer las capacidades de organismo ejecutor con relación a la elaboración de especificaciones técnicas y estimaciones de costos.	Si bien durante la ejecución del proyecto se fueron desarrollando más y mejores capacidades, respecto a los procesos de adquisiciones, especialmente en los últimos años se destacan oportunidades de mejor en: (i) realizar estudios de mercado para evaluar si la contratación directa de firmas ofrecen el mejor servicio y valor por el dinero; y (ii) fortalecer la formulación de términos de referencia, completos para ofrecer la mejor guía a las firmas consultoras y de ser posible incorporar las lecciones aprendidas de otros procesos.

Anexo 1. Figura 1. Lógica Vertical Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector en República Dominicana (DR-L1067)





C1. Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud

C1.1 Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscripta a un centro de atención primaria en las cinco regiones del proyecto aumentada
 C1.2 Población pobre SIUBEN 1 y 2, adscripta, no cubierta por ningún régimen cuya cápita de 1er nivel de atención se financia a través de RBF, en las cinco regiones del proyecto, aumentada
 C1.3 Población pobre SIUBEN 1 y 2 afiliada por el RS cuya cápita se financia a través de RBF, en las cinco regiones del Proyecto, aumentada.
 C1.4 Fortalecimiento de las capacidades institucionales de SENASA
 C1.5 Piloto del modelo FBR con presupuesto consolidado
 C1.6 Impresión Ficha Familiar
 C1.7 Talleres de capacitación de personal de las regionales para socialización y actualización del modelo de financiamiento basado en resultados y los profesionales y técnicos con relación al uso del sistema de gestión clínica, etc.
 C1.8 Auditoria técnica concurrente contratada.



C2. Calidad de los servicios de salud materno infantil fortalecida

C2.1 Hospitales certificados como centros de excelencia materno-infantil (CEMI) aumentados
 C2.2 Hospitales con infraestructura mejorada para proveer servicios de salud materno-infantil
 C2.3 Hospitales con mobiliario y equipos mejorados para proveer servicios de salud materno-infantil
 C2.4 Personal de salud de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en programas Cuidados Obstétricos de Emergencia
 C2.5 Personal de salud del área de perinatología de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en sepsis neonatal
 C2.6 Embarazadas vinculadas a los hospitales en que se implementará el CEMI capacitadas en sesiones de preparación al parto



C3. Función de rectoría del sector salud fortalecida

C3.1 Plan decenal de salud 2016-2025 terminado
 C3.2 Función de análisis de monitoreo y evaluación del desempeño del MISPAS fortalecida
 C3.3 Fortalecimiento de la Dirección de Habilitación
 C3.4 Normas nacionales para la regulación del sector salud elaboradas
 C3.5 Expediente Integrado de Salud implementado
 C3.6 Asistencia técnica para el diagnóstico de las necesidades hospitalarias y desarrollo del sistema
 C3.7 Equipamiento tecnológico para los hospitales en los que se implementará el SIGH
 C3.8 Auditoría de procesos de registro y consolidación de información para la implementación del mapa sanitario
 C3.9 Red Nacional de Sangre en funcionamiento
 C3.10 Pruebas realizadas en el laboratorio nacional para fortalecer diagnóstico de COVID-19

C4. Evaluación

C4.1 Evaluación del programa

*OG: Objetivo

Anexo 2. Cambios en la matriz de resultados

Durante la ejecución del proyecto, los cambios a la matriz de resultados estuvieron asociados a indicadores de productos (4 indicadores incluidos en el POD se dieron de baja, mientras que se adicionaron 13 indicadores de productos, incluyendo hitos, posterior al diseño de la operación, es decir, que no estaban incluidos en el POD), y al cambio de la temporalidad y ajuste de metas en indicadores de resultados. Adicionalmente, al cierre de la operación, se incorporó un indicador de resultados para el objetivo específico (3). Los cambios en los resultados se incluyen en la Tabla A1.

Tabla A1. Cambios a la matriz de resultados

Productos	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Comentario/ Medios de verificación
Objetivo específico 3: Apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones							
Número de sectores conformados en las cinco regiones, que disponen de una Unidad de Atención Primaria, asociado a la sectorización del primer nivel de atención para facilitar el dimensionamiento y organización del sector	Sectores	0	2014	P	-	100	ONE, SNS y MSP. Indicador no incluido en el POD.
				P(a)	-		
				A	1912		
				P(a)	100,000		
				A	0		

Anexo 3. Matriz de Productos

Descripción de los Principales Logros de los Productos:

En el caso del Componente 1, cuyo objetivo fue expandir el modelo de FBR a las cinco SRS (I-V), hubo una alta efectividad (de 87,5%) en el cumplimiento de los productos vinculados, ya que, de los ocho indicadores de productos, siete lograron su meta. Se destacan los tres indicadores vinculados a la adscripción de la población (C1.1) Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscripta a un centro de atención primaria en las cinco regiones del proyecto aumentada, (C1.2) Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscripta a un centro de atención primaria en las cinco regiones del proyecto aumentada, (C1.3) Población pobre SIUBEN 1 y 2 afiliada por el RS cuya cápita se financia a través de RBF, en las cinco regiones del Proyecto, aumentada, y el (C1.6) Impresión de Ficha Familiar, que a su vez contribuyeron con el logro del indicador de impacto (OG1.1) Población pobre I-II (SIUBEN) no cubierta por ningún régimen con acceso garantizado a los servicios de salud primer nivel a través del FBR. El único indicador de producto no logrado es el (C1.5) Piloto del modelo FBR con presupuesto consolidado, el cual fue añadido durante el plan de arranque y forma parte de los *milestones* o hitos vinculados al indicador (C1.1). En el documento de Evaluación Implementación del Modelo FBR a través del Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en la República Dominicana (PFGRSS), se menciona esta actividad como parte del diseño, no obstante, la discusión en la sección de Procesos, donde se valoró como fue el funcionamiento del proyecto, y como se estructuró

para gestionarse y funcionar, se omitió la discusión de esta actividad y se menciona que el Componente 1 se implementó a través de cuatro estrategias, a partir de las cuales se desarrollaron las actividades planificadas del proyecto: i. financiamiento del costo de las prestaciones capitadas del primer nivel de atención referente a la población no asegurada y a la población afiliada, ii. asistencia técnica para fortalecer los SRS para implementar y gestionar el modelo de FBR; iii. proveer suministros requeridos para la adscripción de la población; y iv. las auditorías concurrentes para la verificación de los resultados del FBR. Destacaron que los instrumentos de planificación del proyecto sirvieron siempre de hoja de ruta del equipo técnico del Componente 1, de manera que, aunque las actividades se ajustaron a la realidad, no significó el abandono de los planes, sino su ajuste⁵⁰.

El Componente 2, cuyo objetivo fue contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de la estrategia CEMI, logró el 50% de sus indicadores de productos (3 de 6) vinculados a actividades de capacitación: (C2.4) Personal de salud de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en programas Cuidados Obstétricos de Emergencia, (C2.5) Personal de salud del área de perinatología de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en sepsis neonatal y (C2.6) Embarazadas vinculadas a los hospitales en que se implementara el CEMI capacitadas en sesiones de preparación al parto. Se observa que para uno de los indicadores no logrados (C2.1) a pesar de completar el proceso del CEMI, no podían otorgarles la certificación por no estar habilitados, o en la mayoría de los casos, durante la evaluación no lograron alcanzar la puntuación mínimo de 80% en alguno de los criterios que integraban los estándares. Aún con lo anterior, de los siete hospitales evaluados, cinco de ellos alcanzaron un porcentaje de cumplimiento total de estándares arriba del 80% (Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Provincial Inmaculada Concepción y Provincial Dr. Antonio Yapor Heded, Regional Dr. Antonio Musa y Regional Dr. Alejandro Cabral, 1 alcanzó un porcentaje de 79% (Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina) y el hospital restante (Regional Juan Pablo Pina) logró un 56% de los estándares. Durante el taller de cierre, se volvió a mencionar que parte de la problemática fue la inviabilidad de completar el proceso de evaluación y certificación por parte del Ministerio. Los indicadores de productos no logrados fueron (C2.1) Hospitales certificados como centros de excelencia materno-infantil (CEMI) aumentados, (C2.2) Hospitales con infraestructura mejorada para proveer servicios de salud materno-infantil y (C2.3) Hospitales con mobiliario y equipos mejorados para proveer servicios de salud materno-infantil. Sólo los indicadores C2.2 y C2.3 fueron añadidos posterior a la fase del plan de arranque (segundo periodo 2016). Como se comentó anteriormente, varios de estos indicadores se vieron afectados por las problemáticas enfrentadas durante la implementación, específicamente los retos de la sustitución de hospitales para implementar la estrategia, los cambios de gerencia y las intervenciones de infraestructura en los hospitales. Los indicadores principalmente afectados estaban vinculados a aspectos de la gestión de la operación⁵¹.

Del Componente 3, su propósito fue apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través de fortalecimiento institucional, principalmente mediante el financiamiento de actividades y asistencias técnicas que contribuyeran en la generación de información y datos para la toma de decisiones. Se lograron 6 de 10 indicadores de productos vinculados a este componente: (C3.1) Plan decenal de salud 2016-2025 terminado, (C3.2) Función de análisis de monitoreo y evaluación del desempeño del MISPAS fortalecida, (C3.3)

⁵⁰ Álvarez, A.L, Peralta, D.K., Moya, G. y Valerio, T. (2021). Evaluación Implementación del Modelo FBR a través del PFGRSS.

⁵¹ Guerrero, A. (2020). Informe Final Centros de Excelencia Materno Infantil-CEMI 2015-2019.

Fortalecimiento de la Dirección de Habilitación, (C3.4) Normas nacionales para la regulación del sector salud elaboradas, (C3.6) Equipamiento tecnológico para los hospitales en los que se implementará el SIGH y (C3.7) Auditoría de procesos de registro y consolidación de información para la implementación del mapa sanitario. Entre los factores que afectaron el cumplimiento del resto de los indicadores (C3.5, C3.6, C3.9 y C3.10, destacan la fragmentación del sector que afectaba las coordinaciones institucionales, incluyendo la separación de funciones del SNS, proceso detonado a la mitad de la ejecución de la operación. El C3.5 y C3.6 se vieron afectados por las problemáticas asociadas a los sistemas de información. El C3.9 se vio afectado por que varios equipos que la integraban se encontraban en proceso de licitación y cambio toda la estructura del personal. El C3.10 aunque se hizo la provisión de incluirlo para ser financiado por la operación, los procesos electorales afectaron las decisiones presupuestales y posteriormente el Ministerio de Hacienda comunicó que no se requerían los recursos para compras prioritarias asociadas al COVID al liberarse recursos en otros tramos⁵².

El Componente 4 sólo tuvo un indicador de producto asociado, la C4.1 Evaluación del Programa, la cual fue realizada con un estudio de análisis cuasi-experimental.

⁵² Información recabada de las entrevistas realizadas con actores relevantes (ver Tabla A4).

Tabla A2. Matriz de Productos logrados

Productos	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación/ Comentario
Componente 1: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud							
C1.1 Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscripta a un centro de atención primaria en las cinco regiones del proyecto aumentada	Beneficiarios	1,074,435	2013	P	1,448,100	100	Reportes de ficha familiar completados
				P(a)	1,448,100		
				A	1,448,100		
C1.2 Población pobre SIUBEN 1 y 2, adscripta, no cubierta por ningún régimen cuya cápita de 1er nivel de atención se financia a través de RBF, en las cinco regiones del proyecto, aumentada	Personas	0	2013	P	288,100	100	Reportes de ficha familiar completados
				P(a)	288,100		
				A	288,100		
C1.3 Población pobre SIUBEN 1 y 2 afiliada por el RS cuya cápita se financia a través de RBF, en las cinco regiones del Proyecto, aumentada.	Personas	1,074,435	2013	P	1,160,000	100	Reportes de ficha familiar completados
				P(a)	1,160,000		
				A	1,160,000		
C1.4 Fortalecimiento de las capacidades institucionales de SENASA	Institución fortalecida	0	2013	P	1	100	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2014
				P(a)	1		
				A	1		
C1.5 Piloto del modelo FBR con presupuesto consolidado	Piloto	0	2013	P	1	0	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2015
				P(a)	0		
				A	0		
C1.6 Impresión Ficha Familiar	Ficha	0	2013	P	250,000	100	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2014.
				P(a)	452,000		
				A	452,000		
C1.7 Talleres de capacitación de personal de las regionales para socialización y actualización del modelo de financiamiento basado en resultados y los profesionales y técnicos con relación al uso del sistema de gestión clínica, etc.	Taller	0	2013	P	10	100	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2014
				P(a)	94		
				A	94		
C1.8 Auditoria técnica concurrente contratada.	Firma	0	2013	P	0	100	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2015
				P(a)	4		
				A	4		
Componente 2: Calidad de los servicios de salud materno infantil fortalecida							
C2.1 Hospitales certificados como centros de excelencia materno-infantil (CEMI) aumentados	Hospitales	0	2013	P	10	0	Reportes de Evaluación hechos por la Dirección General de Habilitación.
				P(a)	4		
				A	0		
C2.2 Hospitales con infraestructura mejorada para proveer servicios de salud materno-infantil	Hospitales	0	2013	P	6	0	
				P(a)	4		

Productos	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación/ Comentario
				A	0		Indicador no incluido originalmente en el POD. Indicador incorporado en el 2016
C2.3 Hospitales con mobiliario y equipos mejorados para proveer servicios de salud materno-infantil	Hospitales	0	2013	P	6	0	Indicador no incluido originalmente en el POD. Indicador incorporado en el 2015.
				P(a)	12		
				A	0		
C2.4 Personal de salud de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en programas Cuidados Obstétricos de Emergencia	Personas	0	2013	P	200	100	Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso
				P(a)	205		
				A	205		
C2.5 Personal de salud del área de perinatología de los hospitales en que se implementará el CEMI capacitado en sepsis neonatal	Personas	0	2013	P	150	100	Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso
				P(a)	150		
				A	150		
C2.6 Embarazadas vinculadas a los hospitales en que se implementara el CEMI capacitadas en sesiones de preparación al parto	Beneficiarias	0	2013	P	50	100	Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso
				P(a)	50		
				A	50		
Componente 3: Función de rectoría del sector salud fortalecida							
C3.1 Plan decenal de salud 2016-2025 terminado	Plan	0	2013	P	1	100	Informe de consultoría
				P(a)	1		
				A	1		
C3.2 Función de análisis de monitoreo y evaluación del desempeño del MISPAS fortalecida	Unidad	0	2013	P	1	100	Resolución Ministerial estableciendo su creación; Manual de Operaciones de la Unidad y reportes de evaluación de datos.
				P(a)	1		
				A	1		
C3.3 Fortalecimiento de la Dirección de Habilitación	Normas	0	2013	P	1	100	Resolución Ministerial estableciendo las normas de habilitación actualizadas
				P(a)	1		
				A	1		
C3.4 Normas nacionales para la regulación del sector salud elaboradas	Porcentaje	0	2013	P	1	100	Resolución Ministerial instituyendo las normas
				P(a)	2		
				A	2		
C.3.5. Expediente Integrado de Salud implementado	Sistema	0	2013	P	1	0	Indicador no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2015.
				P(a)	1		
				A	0		
	Diseño	0	2013	P	0	0	

Productos	Unidad de Medida	Valor Línea base	Año línea base	Metas y alcance real		% Alcanzado*	Medios de verificación/ Comentario
C3.6 Asistencia técnica para el diagnóstico de las necesidades hospitalarias y desarrollo del sistema				P(a)	0		Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2016
				A	0		
C3.7 Equipamiento tecnológico para los hospitales en los que se implementará el SIGH	Equipamiento	0	2013	P	0	100	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2016
				P(a)	1		
C3.8 Auditoría de procesos de registro y consolidación de información para la implementación del mapa sanitario	Informe de Auditoría	0	2013	A	1	100	Hito no incluido originalmente en el POD. Se incorporó en el 2015
				P	0		
C3.9 Red Nacional de Sangre en funcionamiento	Red	0	2013	P(a)	1	0	Indicador no incluido en el POD. Se incorporó en el 2016.
				A	0		
C3.10 Pruebas realizadas en el laboratorio nacional para fortalecer diagnóstico de Covid-19	Pruebas	0	2020	P	0	0	Indicador no incluido en el POD. Se incorporó en el 2020 a raíz de la pandemia.
				P(a)	100,000		
				A	0		
Componente 4: Generación de conocimiento y evaluación							
C4.1 Evaluación del Programa	Evaluación	0	2013	P	1	100	Informe de consultoría
				P(a)	1		
				A	1		

*El porcentaje de logro alcanzado fue calculado con respecto a la meta ajustada (P(a)). Donde: P = Planificado; P (a) = Objetivo anual revisado; A = real.

Anexo 4. Análisis de Eficiencia

Como se describió en la sección de Eficiencia, el análisis CEA expost se enfoca en el Componente 1. El objetivo de la estrategia es que toda la población objetivo, integrada por los individuos de hogares residentes dentro del área de influencia de las UNAP de los SRSP que se encuentran registrados en el padrón de población de la Junta Central Electoral (JCE), dando prioridad a los individuos identificados como pobres por el SIUBEN, y que no cuentan con cobertura de salud a través de algún régimen de seguridad social (excepto el RS), reciba servicios de primer nivel de atención de acuerdo con las normas, guías y protocolos aprobados por el MSP. El paquete de servicios incluidos es el PBS para el primer nivel, los cuales incluyen: Control Pre y Post Natal, Esquema de vacunación completo para niños menores de 10 años de acuerdo a las guías de lineamientos nacionales, Monitoreo de crecimiento de niños menores de cinco años de edad, Tratamiento de niños con Diarrea Aguda Infecciosa, Tratamiento de niños con Infección Respiratoria Aguda, Planificación Familiar, Prevención, Control del Cáncer Cervical (todas las mujeres en edad fértil), Prevención, control y tratamiento de Diabetes Tipo I y II, Prevención, control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, Prevención, control y tratamiento de la hipertensión y Tratamiento para la Tuberculosis. Este plan es el que utiliza SENASA para el RS⁵³.

Se siguió la metodología descrita en Shepard, Zeng y Thi Hong Nguyen (2015), donde se señala que en el caso de los programas FBR los costos a menudo incluyen costos del programa FBR (incentivos, costos de monitoreo y evaluación), costos de consumibles (costos de medicamentos utilizados debido a programas FBR) y otros costos por encima del nivel de la instalación.

Para la estimación de los beneficios (dimensión de efectividad), se realizaron los siguientes pasos:

- La dimensión de eficiencia incluye información sobre la mejora tanto de la calidad como de la cantidad de los servicios de salud a partir de los resultados de la evaluación de impacto, que luego debe traducirse en el número de vidas salvadas, años de vida ajustados por calidad (AVAC/QALYs) o años de vida ajustados por discapacidad (AVAD/DALYs) para un CEA.
- Se utilizaron los resultados de la evaluación de impacto, la cual obtuvo estimaciones correspondientes a los indicadores: (i) Porcentaje de cobertura de la vacuna contra difteria y tétanos en embarazadas; (ii) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de vacuna BCG contra la tuberculosis; (iii) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido 3 dosis de la vacuna DPT o Pentavalente; y (iv) Porcentaje de población menor de 1 año que ha recibido la dosis única de la vacuna SRP+SR y v) Porcentaje de población menor de un año que ha recibido tres dosis de la vacuna contra el polio (OPV). Es decir, se excluyen de la estimación de eficiencia los beneficios generados de las otras intervenciones proporcionadas por el modelo FBR, ya que no se cuenta con información de sus efectos. Por esta razón, los resultados obtenidos del análisis de Eficiencia, específicamente de la dimensión de efectividad, deben tomarse como conservadores.
- Adicionalmente, se utilizó la herramienta *The Lives Saved Tool (LiST*⁵⁴, modelo que permite medir el impacto de ampliar las intervenciones de salud y nutrición en la salud del recién nacido, el niño y la madre, para estimar el número de vidas salvadas

⁵³ DDESS-UCP (2020). Informe Anual 2020. Desempeño del Componente 1. Financiamiento de Prestaciones Basado en Resultados (FBR) en Salud Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en la Republica Dominicana 2014-2019.

⁵⁴ Herramienta desarrollada por el Instituto de Programas Internacionales (IIP) de la Universidad Johns Hopkins.

por intervención⁵⁵ y región, empleando los valores de cobertura para la Alternativa 0 y Alternativa 1, obtenidos de la Evaluación de Impacto.

- Se utilizó la herramienta *Global Burden of Disease (GBD) Results Tool* (2019) para obtener la estimación de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs)⁵⁶ para cada causa evitada vinculada a los indicadores (i.e. Tétanos, difteria, tos ferina). Los DALYs para tétanos, se obtuvieron tanto por los niños (desagregados por sexo) como para las mujeres embarazadas (ambos población beneficiaria de esta intervención). Los grupos de edad para los niños fueron aquellos menores a 1 año y los que se encuentran en el rango de edad de 1-4 años. Para las mujeres, los diferentes grupos de edad incluidos se encuentran dentro del rango de edad de 15-49 años. Los DALYs para difteria y tosferina, sólo toman en cuenta a la población de niños menores a 1 año y entre 1 y 4 años de edad.
- Para obtener la medida de efectividad final (Vidas adicionales salvadas con DALYs evitados), se multiplica la diferencia obtenida del número de vidas salvadas entre Alternativa 1 (FBR) y Alternativa 0 por el total de DALYs evitados para los grupos descritos anteriormente y diferenciados por región (I-V).
- Al no incluir valores sobre la calidad de atención al modelar las proyecciones de vidas salvadas con LiST, el parámetro determinado asume calidad de atención óptima, es decir que tienen un índice de calidad del 100 por ciento.

Para el análisis de costos, se realizó lo siguiente:

- Se armonizaron los costos incurridos a dólares, utilizando como año base 2014, deflactados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de los Estados Unidos.
- Posteriormente, se ajustó por la Paridad del Poder de Compra (PPP), a nivel internacional.
- Se descontaron los costos para la estimación del Valor Actual Neto en 2014, utilizando las tasas de descuento de 0%, 3% y 12%.
- Se utiliza el IPC nuevamente para obtener los costos con inflación a 2019 (último año del periodo de análisis).
- Para la Alternativa 1, se estima el monto total de los costos incrementales, incurridos por la implementación del FBR.

Para el cálculo de la eficiencia, se estiman: (i) el ratio de rentabilidad por beneficiario (columna 7, Tabla A3); (ii) el costo incremental per cápita (columna 8, Tabla A3); y (iii) la relación costo-efectividad incremental (ICER, por sus siglas en inglés) (columna 9, Tabla A3). El valor del ICER se compara con el valor del PIB per cápita para RD en 2019 ((\$19,191.60) para determinar si la operación fue costo-efectiva, utilizando como umbrales de los ICER los que son recomendados por el proyecto CHOICE de la OMS (2015), donde la intervención es clasificada como muy rentable si el ICER obtenido es inferior al PIB per cápita, la intervención es rentable si el ICER es entre una y tres veces el PIB per cápita, y la intervención no es rentable si el valor del ICER es más de tres veces el PIB per cápita.

⁵⁵ La herramienta LiST puede estimar diferentes proyecciones de número de vidas salvadas por intervenciones para diferentes poblaciones. El número de vidas salvadas podría utilizarse como medida de resultado en el análisis de costo-eficiencia para estimar el costo por vida salvada, no obstante, dado que el programa FBR se dirige a diferentes poblaciones (niños frente a mujeres embarazadas), a menudo es más informativo estimar el costo por AVAC/QALY ganado o AVAD/DALY evitado (Shepard et al., 2015).

⁵⁶ Desagregados por sexo, grupo de edad y población de interés (i.e. niños y mujeres embarazadas) para RD.

Tabla A3. Análisis CEA

(1) Country	(2) Project	(3) Component/ Services	(4) PV Total Cost	Total Cost (Inflated to 2019)	(5) Total Incremental Costs	(6) Bene- ficiaries*	(7) Cost efficiency ratio per beneficiarie (2019 \$ adjusted by PPP/beneficiari es)	(8) Incremental cost per capita	(9) ICER (Inremental costs/ Total DALYs adverted)	(10) PIB per cápita RD	(10) PIB per cápita RD 2x	(11) PIB per cápita RD 3x			
Discount rate 12%															
Dominican Republic	DR-L1067	FBR	\$236,608,513.0	\$261,490,840.1	\$94,937,430.0	403304	\$648.4	\$235.4	\$109,727.5	19,191.60	\$38,383.2	\$57,574.8			
Dominican Republic	Without FBR (Alternativa 0)		\$150,704,914.5	\$166,553,410.1	NA	417348	\$399.08								
Discount rate 3%															
Dominican Republic	DR-L1067	FBR	\$252,730,504.1	\$279,308,259.0	\$101,406,260.6	403304	\$692.6	\$251.4	\$61,610.9						
Dominican Republic	Without FBR (Alternativa 0)		\$160,973,620.7	\$177,901,998.4	NA	417348	\$426.27								
Discount rate 0%															
Dominican Republic	DR-L1067	FBR	\$259,306,827.5	\$286,576,164.5	\$104,044,962.1	403304	\$710.6	\$258.0	\$50,232.7						
Dominican Republic	Without FBR (Alternativa 0)		\$165,162,329.9	\$182,531,202.4	NA	417348	\$437.36								

Fuente: Ver enlace electrónico Análisis de costo-eficiencia ex post.

Tabla A4. Relación de actores relevantes contactados y entrevistas realizadas

Tema/Componente	Contacto	Día de Reunión	Status
Aspectos generales de la ejecución del proyecto	Erika Julissa Suero (Directora de Desarrollo Estratégico del Sector Salud) erika.suero@ministeriodesalud.gob.do	26 nov	Realizada
Obj. específico 1: Mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados. Componente 1: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud (Indicadores vinculados al SIUBEN)	Jefrey Lizardo (Director SIUBEN-Salud) jlizardo@siuben.gob.do	30 nov	Realizada
Obj. específico 1: Mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados. Componente 1: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud	Dr. Luis Álvarez (Coordinador Componente 1-FBR)	30 nov	Realizada
Obj. específico 3: Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; Componente 3: Función de rectoría del sector salud fortalecida También sobre aspectos generales del proyecto	Ana Socorro Valerio (Coordinadora Unidad Ejecutora de Proyectos) ana.valerio@ministeriodesalud.gob.do	3 dic	Realizada
Transversal: Costos del proyecto, erogación de recursos del proyecto	Keyla De Leon Santana (Financieros) keyla.deleon@ministeriodesalud.gob.do	2 dic	Realizada
Aspectos generales del proyecto	Tirsis Quezada (Coordinadora previa de ejecución) tirsis.quezada@gmail.com	8 dic	Realizada
Obj. específico 2: Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; Componente 2: Calidad de los servicios de salud materno infantil fortalecida	Ana Rafaelina Guerrero. ana.guerrero@ministeriodesalud.gob.do	ND	Contactada
Obj. específico 2: Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; Componente 2: Calidad de los servicios de salud materno infantil fortalecida	Enilka Hernandez (Hemocentro) enilka.hernandez@ministeriodesalud.gob.do	ND	Contactada

Tema/Componente	Contacto	Día de Reunión	Status
Obj. específico 1: Mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados. Componente 1: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud	Eduardo Feliz (Gerente Afiliación SENASA) efeliz@arssenasa.gov.do	ND	Contactado
Obj. específico 1: Mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados. Componente 1: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud	Chanel Mateo Rosa chanel86@hotmail.com	ND	Contactado