

Documento de Cooperación Técnica (CT)

I. Información Básica de la CT

▪ País:	República Dominicana
▪ Nombre de la CT:	Apoyo a la institucionalización de los procesos de priorización en salud
▪ Número de CT:	DR-T1143
▪ Jefe de Equipo/Miembros:	Ursula Giedion (CCO/SPH); Sofía Greco (LEG/SGO); (Sandro Parodi (SPH/CDR); Diana Pinto (SCL/SPH); Nicolás Rosemberg (SCL/SPH); Martha Guerra (SCL/SPH); y Marcella Distrutti, Jefa de Equipo (SCL/SPH)
▪ Indicar si es: Apoyo Operativo, Apoyo al Cliente, o Investigación y Difusión	Apoyo al Cliente
▪ Si es Apoyo Operativo, proveer número y nombre de la operación que apoyará la CT:	n/a
▪ Fecha de Autorización del Abstracto de CT:	12 de abril de 2016
▪ Beneficiario (países o entidades que recibirán la asistencia técnica):	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y Ministerio de Salud Pública (MSP)
▪ Agencia Ejecutora y nombre de contacto (organización o entidad responsable de la ejecución del programa de CT)	Banco Interamericano de Desarrollo a través de la división de Protección Social y Salud (SCL/SPH)
▪ Donantes que proveerán financiamiento:	Programa Especial de Promoción del Empleo, Reducción de la Pobreza y Desarrollo Social en Apoyo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SOF)
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$200.000
▪ Periodo de Desembolso (incluye periodo de ejecución):	24 meses
▪ Fecha de Inicio requerido:	Septiembre 2016
▪ Tipos de consultores (firmas o consultores individuales):	Firmas y consultores individuales
▪ Unidad de Preparación:	SCL/SPH
▪ Unidad Responsable de Desembolso:	SCL/SPH
▪ CT incluida en la Estrategia de País (s/n):	No
▪ CT incluida en CPD (s/n):	Si
▪ Sector Prioritario GCI-9:	Inclusión Social e Igualdad

II. Objetivos y Justificación de la CT

2.1 **Perfil epidemiológico.** República Dominicana (RD) atraviesa una transición epidemiológica caracterizada por el aumento relativo de la prevalencia de enfermedades crónicas en la carga de enfermedad. Las enfermedades crónicas representaban en 1990 el 53,8% de la carga de enfermedad, ascendiendo en 2013 al 75,2%¹. Dentro de este grupo, las cardiopatías isquémicas fueron la principal causa de muerte, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes (responsables del 20,4%, 12,4% y 4% de las muertes respectivamente). Si bien no existe un registro nacional del cáncer en el país, se observa un aumento significativo en la participación de las enfermedades oncológicas entre las principales causas de

¹ Institute of Health Metrics and Evaluation, University of Washington 2015.

muerte: mientras en 1990 no había ningún tipo de cáncer entre las primeras 20 causas de muerte, en 2013 cuatro de ellas fueron enfermedades oncológicas². Por otra parte, a pesar de la reducción en más de 30% de las tasas de mortalidad materna e infantil en el último decenio, las tasas siguen por encima del promedio de la región³.

2.2 Reforma del sector salud. El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población⁴. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado⁵. Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento⁶ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).

2.3 Plan Básico de Salud (PBS). En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁷, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁸, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la salud de las personas⁹. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de métodos robustos y procesos

² Institute of Health Metrics and Evaluation, University of Washington 2015.

³ La tasa de mortalidad infantil fue estimada en 25,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos (15,2 en LAC) y la tasa de mortalidad materna ascendió a 92 por cada 100 mil nacidos vivos (67 en LAC) (World Development Indicators, World Bank 2015).

⁴ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISALRIL).

⁵ El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

⁶ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISALRIL).

⁷ El PBS propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS es un listado específico de coberturas de prestaciones determinadas por la capacidad de financiamiento del sistema.

⁸ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

⁹ Sourdis et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

consistentes, coherentes y participativos para garantizar la legitimidad de las decisiones.

2.4 Actualización del PDSS. En un contexto como el de RD, de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{10,11} y el cambio tecnológico rápido, el PDSS debería ser revisado de manera periódica, para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias. En efecto, en muchos países los planes de beneficio son actualizados periódicamente; en Colombia, por ejemplo, el plan de beneficios tiene que ser revisado integralmente cada dos años mientras que en Chile la actualización tiene que darse cada tres años (véase Giedion et al. 2014). La última actualización del PDSS de RD se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PBS realizada en 2013¹² mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹³. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.

2.5 Vacíos regulatorios. Asimismo, existen importantes vacíos regulatorios en el proceso de actualización del PDSS. Por ejemplo, según el marco legal (Ley 87-01), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es el organismo responsable de la actualización del plan, mientras el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) es responsable de su aprobación¹⁴; sin embargo, no existe un marco

¹⁰ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2.03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

¹¹ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1,8% del PIB en Venezuela y el 5,9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2,5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011).

¹² Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹³ La evaluación realizada en 2013 realiza un estudio de caso del PDSS de RD siguiendo la metodología empleada en el libro "Planes de beneficio de salud de América Latina. Una comparación Regional" (Giedion, Tristao y Bitrán, 2014). El documento realiza una descripción del contexto, una exposición del proceso histórico de cómo se dio la adopción del plan, las características del mismo, los métodos de priorización y costeo que se aplican para definirlo, la manera en que se financia y la relevancia que ha tenido el plan dentro del sistema de salud. Entre los principales resultados de la evaluación se destacan: (i) la ausencia de un marco institucional que trace una estrategia sistémica que provea direccionalidad y coherencia al sistema de priorización en salud de la República Dominicana; (ii) la necesidad de establecer una metodología que permita actualizar de manera periódica y legítima el PDSS; (iii) la necesidad de que se produzca y se analice la información básica que permitiría realizar la actualización periódica del PBS, con datos de utilización y costos locales; y (iv) la necesidad de mejorar la protección financiera, con el financiamiento de tecnologías costo efectivas y un enfoque hacia la promoción y la prevención.

¹⁴ Las instituciones del sector salud de RD tienen los siguientes roles en la actualización del PDSS: La SISALRIL es el organismo encargado de la supervisión del cumplimiento de los objetivos del sistema de aseguramiento y como tal es responsable de la actualización del plan de beneficios y de enviar una propuesta de plan actualizado para la apreciación del CNSS. El CNSS es un órgano colegiado compuesto por los principales actores del sistema encargado de discutir y aprobar el plan de

institucional que defina la metodología, los criterios, los procesos y los procedimientos que deben ser utilizados en el proceso de revisión. El marco institucional debería establecer, por ejemplo: (i) cómo se define cuáles enfermedades o problemas de salud serán priorizados; (ii) cuáles tecnologías que están en el mercado serán evaluadas para ser financiadas con recursos públicos; qué aspectos serán evaluados (p.ej. eficacia, seguridad, costos, impacto presupuestal); (iii) qué criterios serán utilizados en la toma de decisiones; y (iv) cómo costear el plan de forma robusta. Además de establecer estos aspectos técnicos, debería fijar con qué periodicidad se hacen los ajustes, cuáles son los actores que participan en el proceso (por ejemplo, la agencia nacional de vigilancia sanitaria), cuáles son sus roles y responsabilidades, cuáles son los mecanismos de articulación y cómo se coordinan y con qué recursos humanos y financieros se establecen las tareas relacionadas.

2.6 Apoyo del Banco. Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹⁵ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura). El resultado de esta CT es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹⁶. La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del CNSS.

2.7 Desafíos pendientes. Persisten, no obstante, importantes obstáculos a la revisión periódica y sistemática del plan de beneficios. El reciente proceso de revisión y actualización del plan, llevado a cabo con el apoyo de una consultoría externa, ha puesto en evidencia las dificultades que enfrenta el país para llevar a cabo el proceso de manera rutinaria y metódica, entre las que se destacan: (i) la ausencia de un marco institucional definido para llevar a cabo los procesos futuros de diseño, ajuste y costeo del plan; (ii) limitaciones en los sistemas de información y en las bases de datos (estadísticas de frecuencia, costos y datos epidemiológicos); (iii) inadecuado flujo de información entre órganos de control, aseguradoras y prestadores, contribuyendo a inconsistencias; (iv) ausencia de estandarización de

beneficios, para su adopción por el sistema de seguridad social. El MSP es el órgano rector del sistema de salud, y el plan de beneficios debe estar alineado con el perfil epidemiológico del país, las prioridades sanitarias y los protocolos de atención definidos por este. Además, el MSP es responsable por la definición del cuadro básico de medicamentos, que forma parte integral del plan de beneficios.

¹⁵ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

¹⁶ La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

normas y procedimientos (p.ej. para el ingreso de la información en los sistemas); e (v) insuficiencia de recursos humanos capacitados para llevar a cabo las tareas necesarias para la actualización periódica del plan (p.ej. recursos humanos capacitados en evaluación de tecnologías sanitarias (ETS).

- 2.8 **Alineamiento estratégico.** Esta CT responde al desafío de reducir la exclusión social y la desigualdad planteado en la actualización de la Estrategia Institucional 2016-2019 (AB-3008) y contribuye al Marco de Resultados Corporativo 2016-2019 (GN-2727-4) al apoyar la reducción de la mortalidad materna mediante la actualización periódica del plan de beneficios de salud. Además, está alineada con la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4), cuyo objetivo es incrementar la eficacia del Banco en la promoción de políticas sociales que aumenten la igualdad y la productividad en la región. Es también consistente con la línea de acción prioritaria establecida en el Marco Sectorial de Salud y Nutrición de promover un enfoque sistémico para decidir qué tecnologías sanitarias deberían cubrirse con recursos públicos, bajo qué circunstancias y para quién. Asimismo, responde a los lineamientos estratégicos definidos en la Estrategia del Banco para República Dominicana 2013-2016, en donde se establece el compromiso del BID a apoyar al GORD en la promoción de la eficiencia del gasto en salud. Por último, da continuidad a las políticas impulsadas por el préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP) aprobado por el GORD en 2015, que incluyó la actualización del plan entre sus condicionalidades.

III. Descripción de las actividades/componentes y presupuesto

- 3.1 El objetivo de esta CT es apoyar al país en la construcción de los procesos necesarios para llevar a cabo la actualización periódica y sistemática del plan de beneficios. Para lograr este objetivo, esta CT propone dos componentes:
- 3.2 **Componente 1 – Apoyar el desarrollo del marco institucional para llevar a cabo los procesos futuros de diseño, ajuste y costeo del plan de beneficios**, a través de las siguientes actividades: (i) asistencia técnica en la modalidad “coaching” para apoyar el país en la definición de los procesos, los criterios, la metodología y los procedimientos para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan; (ii) asistencia técnica para revisar el marco normativo; y (iii) producción de guías y manuales para orientar los actores en el nuevo *modus operandi*.
- 3.3 **Componente 2 – Apoyar el fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para actualizar, monitorear e supervisar la implementación del plan de beneficios**, a través de las siguientes actividades: (i) asistencia técnica de diagnóstico y recomendaciones para mejorar los sistemas de información requeridos para actualizar periódicamente su contenido y las primas asociadas; (ii) asistencia técnica de diagnóstico y recomendaciones para mejorar los mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión por parte de los organismos de control para asegurar la efectiva prestación de los servicios incluidos en el plan; (iii) asistencia técnica de diagnóstico y recomendaciones para fortalecer aspectos clave de la seguridad social para garantizar la cobertura efectiva del plan, incluyendo el modelo de prestación de servicios, el financiamiento, los mecanismos de pago, la regulación de precios y el monitoreo y la evaluación; y (iv) asistencia técnica de diagnóstico de las brechas de recursos humanos para realizar la actualización periódica, transparente y técnicamente robusta del plan y formulación de plan de implementación para cerrarlo.

3.4 **Resultados esperados.** Como resultado de la implementación de esta CT se espera lograr: (i) la definición del marco institucional para el diseño, ajuste y costeo del plan de beneficios en salud; y (ii) el fortalecimiento de los sistemas de información para actualizar, monitorear y supervisar la implementación del plan de beneficios. Estos resultados están alineados con el Programa Especial de Promoción del Empleo, Reducción de la Pobreza y Desarrollo Social en Apoyo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SOF), que objetiva asegurar la continuidad del programa del Banco mediante la identificación de oportunidades para impulsar el diálogo estratégico y fortalecer la capacidad de las instituciones de los sectores sociales para utilizar eficazmente los recursos.

Matriz de Resultados Indicativa

Resultados	Unidad de medida	Línea de base	Meta	Fuente de verificación
Marco institucional para el diseño, ajuste y costeo del plan de beneficios definido	marco institucional	0	1	Marco institucional adoptado por el GORD
Sistemas de información con capacidad para actualizar, monitorear y supervisar la implementación del plan	sistemas de información	0	1	El sistema de información de SISALRIL provee los datos pertinentes para la toma de decisiones
Productos	Unidad de medida	Línea de base	Meta	Fuente de verificación
Componente 1				
Nueva metodología, criterios, procesos y procedimientos para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan de beneficios	propuesta elaborada	0	1	Propuesta validada por SISALRIL, MSP y BID
Marco normativo de revisión del plan de beneficios revisado	propuesta elaborada	0	1	Propuesta validada por SISALRIL, MSP y BID
Guías y manuales para orientar los actores sobre la nueva metodología del plan de beneficios elaborados y publicados	# de guías y manuales elaborados y publicados	0	3	Documentos publicados en la página web de SISALRIL
Componente 2				
Propuesta de mejora de los sistemas de información	propuesta elaborada	0	1	Propuesta validada por SISALRIL y BID
Propuesta de mejoras de los mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión	propuesta elaborada	0	1	Propuesta validada por SISALRIL y BID
Recomendaciones para fortalecer aspectos clave de la seguridad social	documento de recomendaciones elaborado	0	1	Documento validado por SISALRIL y BID
Plan de implementación para cerrar brechas de recursos humanos	plan elaborado	0	1	Documento validado por SISALRIL, MSP y BID

Presupuesto Indicativo

3.5 La CT tendrá un costo total de US\$200.000 y la totalidad de los recursos serán provistos por el SOF.

Actividades		BID/SOF	Total
Componente 1	Asistencia técnica metodología, criterios, procesos y procedimientos	50.000	50.000
	Asistencia técnica para revisar el marco normativo	15.000	15.000
	Producción de guías y manuales	10.000	10.000
Actividades		BID/SOF	Total
Componente 2	Asistencia técnica sistemas de información	30.000	30.000
	Asistencia técnica mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión	35.000	35.000
	Asistencia técnica fortalecimiento seguridad social	45.000	45.000
	Plan de recursos humanos	15.000	15.000
TOTAL		200.000	200.000

IV. Agencia Ejecutora y estructura de ejecución

- 4.1 El ejecutor de la presente CT será la División de Protección Social y Salud (SCL/SPH) del BID. Esto se justifica por dos razones: (i) la alta complejidad y especialidad técnica requerida para la elaboración de los términos de referencias de las asistencias técnicas, para la cual SCL/SPH cuenta con la capacidad instalada; y (ii) la necesidad de contratación de consultores internacionales, para el cual el proceso de contratación del Banco es más ágil y directo, disminuyendo el riesgo de retrasos en la ejecución.
- 4.2 El BID contratará los servicios de consultores individuales, firmas consultoras y servicios diferentes de consultoría de conformidad con las políticas y procedimientos vigentes en el Banco. Para la contratación de consultores individuales se aplicarán los procedimientos y normativa del Departamento de Recursos Humanos (HRD) para individuos que se desempeñan como Fuerza de trabajo Complementaria (Manual AM-650); para la contratación de empresas de consultoría la Política GN-2350-9; y para servicios distintos de consultoría (p. ej. impresión) las políticas de adquisiciones corporativas.

V. Riesgos importantes

- 5.1 El principal riesgo que se anticipa es resistencia a cambios, como resultado del proceso de construcción del marco institucional. Otro riesgo se vincula a los posibles retrasos ocasionados por los trámites y negociaciones técnicas y políticas necesarias para definir el marco. Para mitigar estos riesgos, la consultoría encargada de la revisión del marco institucional deberá incluir instancias de participación intersectorial que le den mayor legitimidad a las recomendaciones y abran canales de diálogo con los diferentes actores del sistema de salud. Será de gran importancia identificar aquellos actores que tienen un rol importante en la toma de decisiones, definir sus funciones y competencias y establecer flujos de decisiones claros.
- 5.2 Es importante mencionar el riesgo de retrasos en la ejecución y en el cumplimiento de contratos por cuenta de la proceso de validación de las propuestas por parte del GORD. Para mitigarlo, las consultorías encargadas de los productos llevarán a cabo

procesos de construcción extremadamente participativos, generando apropiación en todas las etapas y decisiones transparentes, legítimas y consensuadas con los actores.

VI. Excepciones a las políticas del Banco

6.1 No hay excepciones a las políticas del Banco.

VII. Salvaguardias Ambientales

7.1 En base a las políticas de medioambiente y salvaguardias (OP-703), poblaciones indígenas (OP-765) e igualdad de género (OP-270), se anticipa que la CT no produzca efectos ambientales y sociales adversos y se propone la clasificación "C".

Anexos Requeridos:

- [Solicitud del cliente](#)
- [Términos de Referencia](#)
- [Plan de Adquisiciones](#)



República Dominicana
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
Santo Domingo, D. N.

00895

"Año del Fomento de la Vivienda"

23 AGO 2016

Señora
Flora Montealegre Painter
Representante
Banco Interamericano de Desarrollo
Su Despacho.-

Asunto: No objeción Cooperación Técnica No Reembolsable.

Ref.: Comunicación SISALRIL-DT No. 051168 de fecha 13 de junio de 2016.

Estimada Señora Representante:

Cortésmente, tengo a bien expresar el interés de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, en recibir una cooperación técnica no reembolsable, a los fines de ejecutar el proyecto de establecimiento de metodologías y guías de actualización del Plan Básico de Salud (PBS), así como en el costeo, seguimiento, impacto financiero y sostenibilidad fiscal del mismo.

En ese sentido, este Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo no tiene objeción para que el SISALRIL reciba esta cooperación una vez identificados los recursos por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Hago provecho de la ocasión para reiterar mis sentimientos de alta consideración y estima personal.

Muy atentamente,

Lic. Isidoro Santana
Ministro



Cc: Dr. Pedro Luis Castellanos, Superintendente de Salud y Riesgos Laborales.

IS/IGJ/zip



141632

República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

"Año del Fomento de la Vivienda"

RECIBIDO

2016 MAR 23 P 12:53

Joel Encarnación
13/6/2016 12:23

SISALRIL-DT No. **051168**
13 JUN 2016

Señor
Ing. Temístocles Montás
Ministro
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
Su Despacho

Vía: Lic. Inocencia García, Viceministro de Cooperación Internacional

Distinguido Sr. Ministro:

El literal (c) del Artículo 176 de la Ley 87-01 que Crea el Nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social, establece que la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales es responsable de "Proponer al Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) el costo del Plan Básico de Salud y de sus componentes; evaluar su impacto en salud, revisarlo periódicamente y recomendar la actualización de su monto y de su contenido".

En la actualidad, se encuentra avanzado el proceso de actualización del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud, por parte del Consejo Nacional de la Seguridad Social. La implementación del nuevo PBS demandará de esta Superintendencia el desarrollo y aplicación de nuevos procesos de monitoreo, supervisión y control, así como el fortalecimiento de algunos de los existentes.

Con la finalidad de reforzar esta función propositiva y reguladora de la SISALRIL, hemos conversado con personal del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), quienes nos han manifestado en reiteradas ocasiones su mejor disposición e interés en colaborar, mediante una cooperación técnica no reembolsable, en el establecimiento de metodologías y guías de actualización periódica del Plan Básico de Salud (PBS), así como en el costeo, seguimiento, impacto financiero y sostenibilidad fiscal de la implementación del mismo. Además, en el necesario fortalecimiento de la regulación, los mecanismos de supervisión y los sistemas de información relacionados con el PBS.

En virtud de lo anterior y con el interés de mejorar el desempeño del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social, solicitamos a su Despacho interponer sus gestiones y buenos oficios frente al BID para que la SISALRIL pueda recibir la colaboración mencionada, mediante dicha cooperación técnica no reembolsable.

Sin otro particular, le saluda,

Atentamente,

Dr. Pedro Luis Castellanos
Superintendente



PLC/am/nr





República Dominicana
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

"Año del Fomento de la Vivienda"

SISALRIL – DT No 051700

24 JUN 2016

Señora
Marcella Distrutti
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Estimada Sra. Distrutti:

La cooperación técnica no reembolsable de "Apoyo a la institucionalización de los procesos de priorización en salud", concebida para colaborar con la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) en el establecimiento de metodologías y guías de actualización periódica del Plan Básico de Salud (PBS), así como en el costeo, seguimiento, impacto financiero y sostenibilidad fiscal del mismo, contribuirá en el fortalecimiento de la regulación, los mecanismos de supervisión y los sistemas de información relacionados con el PBS.

Esta cooperación técnica es una iniciativa que valoramos como muy importante para nuestra institución. En relación a su implementación, expresamos nuestro interés de que sea el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el organismo ejecutor de la misma, debido a las razones que se presentan en el documento de cooperación, a saber: (a) La alta complejidad y especialidad técnica requerida para la elaboración de los términos de referencias, para lo que el BID cuenta con muy buena capacidad instalada y (b) La necesidad de contratación de consultores internacionales, para lo que el Banco dispone de mecanismos más ágiles y directos para que se realicen en los tiempos estimados.

Atentamente,


Dr. Pedro Luis Castellanos
Superintendente



PLC/am/nr



44

ANEXO A**República Dominicana****SCL/SPH****Apoyo a la revisión del marco normativo del plan de beneficios****TERMINOS DE REFERENCIA****1. Antecedentes**

- 1.1 Reforma del sector salud.** El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población¹. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado². Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento³ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).
- 1.2 Plan Básico de Salud (PBS).** En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁴, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁵, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la

¹ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISARIL).

² El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

³ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISARIL).

⁴ El Paquete Básico de Salud (PBS) propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS se concretizó en un listado específico de coberturas de prestaciones muy dependiente de la capacidad de financiamiento del sistema.

⁵ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

salud de las personas⁶. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de un marco normativo claro para garantizar la legitimidad de las decisiones.

- 1.3 **Actualización del PDSS.** En un contexto como el de República Dominicana (RD), de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{7,8} y el cambio tecnológico rápido el PDSS debería ser revisado de manera periódica para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias⁹. La última actualización del PDSS se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PDSS realizada en 2013 mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹⁰. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.
- 1.4 **Apoyo del Banco.** Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹¹ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura financiera).

⁶ Sourdis et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

⁷ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2.03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

⁸ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1.8% del PIB en Venezuela y el 5.9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2.5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011)

⁹ En efecto, en otros países los planes de beneficio son actualizados a cada dos años XXX.

¹⁰ Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹¹ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

El resultado de esta cooperación técnica es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹². La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2. Objetivo(s) de la Consultoría

2.1. Revisar el marco normativo del plan de beneficios de Republica Dominicana.

3. Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- 3.1. Desarrollar un plan de trabajo para la consultoría, incluyendo un cronograma de actividades, en conjunto con el BID, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- 3.2. Revisar los resultados de las demás consultorías realizadas con el apoyo de la presente cooperación técnica, en especial la consultoría de revisión del marco institucional.
- 3.3. Revisar el marco legal y el marco normativo del plan de beneficios de Republica Dominicana.
- 3.4. Analizar el marco normativo en relación a los cambios propuestos al marco institucional.
- 3.5. Proponer ajustes al marco normativo en línea con los cambios propuestos al marco institucional.
- 3.6. Realizar reuniones de validación de las propuestas con las instituciones del sector involucradas en el sistema de priorización en salud.
- 3.7. Discutir con el Gobierno y organizar una consulta pública de la propuesta; recibir las sugerencias por parte de la sociedad, sistematizar y consolidar la información y revisar la propuesta en base a los comentarios.
- 3.8. Validar la propuesta con las instituciones del sector.
- 3.9. Preparar informe final con la versión revisada de las normas y reglamentos referentes al diseño, ajuste y costeo periódicos del plan de beneficios en República Dominicana.

4. Informes / Entregables

El (la) consultor(a) deberá entregar al BID los siguientes productos:

¹² La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios (denominadas CIGES) y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

- 4.1. Documento inicial del plan de trabajo y del cronograma de ejecución del mismo.
- 4.2. Documento conteniendo propuestas de ajuste al marco normativo.
- 4.3. Documento conteniendo los resultados del proceso de consulta pública.
- 4.4. Documento conteniendo la versión revisada de las normas y reglamentos referentes a los procesos de la priorización en salud.

Cronograma de Pagos

Actividades	Pagos (% del valor total)
Plan de trabajo y cronograma	15
Documento conteniendo propuestas de ajuste al marco normativo	30
Documento conteniendo resultados de consulta pública	15
Documento conteniendo la versión revisada de las normas y reglamentos referentes a los procesos de la priorización en salud	40

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Grado de Maestría/Doctorado en Ciencias Económicas y/o Administrativas y/o de Salud Pública o equivalente.
- Idiomas: Español fluente.
- Áreas de Especialización: Por lo menos cinco años de experiencia comprobada en el área de priorización en salud y evaluación de tecnologías en salud, incluyendo la realización de estudios y la publicación de artículos en el área. Experiencia comprobada en la formulación de normas y reglamentos referentes a los procesos de priorización en salud.
- Habilidades: Redacción de documentos, capacidad analítica, diálogo técnico y político, conocimiento de la realidad de República Dominicana y trabajo en equipo.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada.
- Duración del Contrato: 25 días no-consecutivos distribuidos entre dos meses, contados a partir de la firma del contrato. Incluye dos viajes a República Dominicana.
- Lugar(es) de trabajo: República Dominicana y local de residencia del consultor.
- Líder de División o Coordinador: Marcella Distrutti (SCL/SPH) y Ursula Giedion (SCL/SPH).

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género,

edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

ANEXO A**República Dominicana****SCL/SPH****Apoyo al fortalecimiento de aspectos clave de la seguridad social para garantizar la cobertura efectiva del plan de beneficios****TERMINOS DE REFERENCIA****1. Antecedentes**

- 1.1 **Reforma del sector salud.** El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población¹. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado². Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento³ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).
- 1.2 **Plan Básico de Salud (PBS).** En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁴, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁵, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos

¹ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISARIL).

² El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

³ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISARIL).

⁴ El Paquete Básico de Salud (PBS) propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS se concretizó en un listado específico de coberturas de prestaciones muy dependiente de la capacidad de financiamiento del sistema.

⁵ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la salud de las personas⁶. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de un marco normativo claro para garantizar la legitimidad de las decisiones.

1.3 Actualización del PDSS. En un contexto como el de República Dominicana (RD), de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{7,8} y el cambio tecnológico rápido el PDSS debería ser revisado de manera periódica para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias⁹. La última actualización del PDSS se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PDSS realizada en 2013 mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹⁰. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.

1.4 Apoyo del Banco. Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹¹ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja

⁶ Sourdis et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

⁷ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2,03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

⁸ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1,8% del PIB en Venezuela y el 5,9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2,5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011).

⁹ En efecto, en otros países los planes de beneficio son actualizados a cada dos años XXX.

¹⁰ Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹¹ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura financiera). El resultado de esta cooperación técnica es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹². La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2. Objetivo(s) de la Consultoría

- 2.1 Elaborar recomendaciones para la mejora de aspectos clave de la seguridad social para garantizar la cobertura efectiva del plan de beneficios.

3. Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- 3.1. Revisar todos los productos de la asistencia técnica financiada por la operación ATN/OC-14167-DR.
- 3.2. Sistematizar las limitaciones y debilidades identificadas por la asistencia técnica en relación al sistema de salud de República Dominicana y su capacidad de garantizar la cobertura efectiva del plan de beneficios. Identificar y justificar prioridades.
- 3.3. Organizar reuniones y foros de discusión con los actores clave del sistema de salud para discutir los principales temas identificados en el ejercicio anterior. Las reuniones deberán incluir, entre otros, representantes de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL), del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Servicio Nacional de Salud (SNS), del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).
- 3.4. Desarrollar una metodología de trabajo para llevar a cabo los foros de discusión, con temas de discusión bien identificados, dinámicas definidas y objetivos claro. Los temas deberán incluir, mínimamente, el modelo de prestación de servicios, el financiamiento, los mecanismos de pago y contratación, la regulación de precios y el monitoreo y la evaluación.
- 3.5. Preparar una propuesta de incorporación de los agentes de control social en los debates, como representantes de la sociedad civil y de grupos de pacientes.
- 3.6. *Liaise* con el Banco para analizar la posibilidad de invitar expertos de otros países para participar en discusiones clave.
- 3.7. Preparar recomendaciones en base a las discusiones, por tema prioritario.
- 3.8. Llevar a cabo reuniones de validación de las propuestas.
- 3.9. Preparar un informe sistematizando la experiencia, las lecciones aprendidas, las recomendaciones por tema prioritario y un plan de implementación.

¹² La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios (denominadas CIGES) y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

4. Informes / Entregables

El (la) consultor(a) deberá entregar al BID los siguientes productos:

- 4.1. Documento inicial del plan de trabajo y del cronograma de ejecución del mismo.
- 4.2. Documento conteniendo el levantamiento de las principales limitaciones y debilidades identificadas.
- 4.3. Documento conteniendo la metodología de trabajo de los foros de discusión.
- 4.4. Documento conteniendo las propuestas, incluyendo las ayudas memorias de las reuniones de validación.
- 4.5. Informe final.

Cronograma de Pagos

Actividades	Pagos (% del valor total)
Plan de trabajo y cronograma	10
Documento conteniendo levantamiento de limitaciones y debilidades	20
Documento conteniendo metodología de trabajo de foros de discusión	20
Documento conteniendo las propuestas	40
Informe final	10

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Grado de Maestría/Doctorado en Ciencias Económicas y/o Administrativas y/o de Salud Pública o equivalente.
- Idiomas: Español fluente.
- Áreas de Especialización: Experiencia específica de más de 15 años en sistemas de salud basados en la seguridad social, en posición de liderazgo y toma de decisiones por al menos 6 años. Conocimiento analítico comprobado, con publicaciones en temas relacionados a modelos de prestación, organización, contratación y pagos de servicios de salud, entre otros. Experiencia en conducción y facilitación de eventos y reuniones. Experiencia previa de apoyo técnico a otros gobiernos sería deseable.
- Habilidades: Redacción de documentos, diálogo técnico y político, conocimiento de la realidad de República Dominicana y trabajo en equipo.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada¹³.
- Duración del Contrato: 60 días no-consecutivos distribuidos entre cinco meses, contados a partir de la firma del contrato. Incluye cinco viajes a República Dominicana.
- Lugar(es) de trabajo: República Dominicana y local de residencia del consultor.
- Líder de División o Coordinador: Marcella Distrutti (SCL/SPH) y Ursula Giedion (SCL/SPH).

¹³ Esta consultoría podrá ser dividida entre dos consultorías individuales, con un consultor internacional para liderar las actividades y un consultor local de apoyo.

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

ANEXO A**República Dominicana****SCL/SPH****Apoyo al diagnóstico y a la mejorar de los sistemas de información para el plan de beneficios****TERMINOS DE REFERENCIA****1. Antecedentes**

- 1.1 **Reforma del sector salud.** El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población¹. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado². Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento³ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).
- 1.2 **Plan Básico de Salud (PBS).** En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁴, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁵, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos

¹ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISARIL).

² El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

³ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISARIL).

⁴ El Paquete Básico de Salud (PBS) propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS se concretizó en un listado específico de coberturas de prestaciones muy dependiente de la capacidad de financiamiento del sistema.

⁵ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la salud de las personas⁶. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de un marco normativo claro para garantizar la legitimidad de las decisiones.

- 1.3 **Actualización del PDSS.** En un contexto como el de República Dominicana (RD), de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{7,8} y el cambio tecnológico rápido el PDSS debería ser revisado de manera periódica para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias⁹. La última actualización del PDSS se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PDSS realizada en 2013 mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹⁰. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.
- 1.4 **Apoyo del Banco.** Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹¹ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja

⁶ Sourdis et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

⁷ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2.03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

⁸ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1.8% del PIB en Venezuela y el 5.9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2.5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011)

⁹ En efecto, en otros países los planes de beneficio son actualizados a cada dos años XXX.

¹⁰ Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹¹ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura financiera). El resultado de esta cooperación técnica es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹². La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2. Objetivo(s) de la Consultoría

- 2.1 Realizar un diagnóstico y elaborar una propuesta para la mejora de los sistemas de información sanitaria de República Dominicana, con vistas a promover la producción oportuna de la evidencia necesaria para la revisión sistemática del plan de beneficios.

3. Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- 3.1. Desarrollar un plan de trabajo para la consultoría, incluyendo un cronograma de actividades, en conjunto con el BID, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- 3.2. Organizar un foro con los principales actores involucrados en la actualización del plan de beneficios para identificar la información necesaria para una revisión profunda y exhaustiva del mismo, tanto para su ajuste (contenido y costeo) y monitoreo, como para el cálculo de su impacto presupuestario.
- 3.3. Identificar las principales fuentes de información que alimentan el plan de beneficios, entre las que se incluyen: los sistemas de vigilancia epidemiológica, estadísticas vitales y censos, datos recolectados en los centros de salud (p.ej. historias clínicas), sistemas de monitoreo y supervisión de programas verticales, sistemas de información administrativos y financieros, sistemas de información de los prestadores públicos y privados, de las ARS públicas y privadas, por régimen de aseguramiento, y de la SISARIL.
- 3.4. Realizar un análisis de diagnóstico rápido del proceso de recolección e ingreso de datos a cada sistema de información, identificando los principales cuellos de botella. Se deberá examinar las etapas del proceso, cuáles son los actores que participan en cada etapa, si hay manuales/guías para orientar el ingreso de datos, cómo fluye la información de un nivel a otro del sistema (p. ej. de los prestadores, pasando por las ARS, hasta llegar a la SISARIL), en qué instancias se agrega la información y si hay mecanismos de coordinación. El análisis deberá incluir una descripción de los mecanismos de verificación de la calidad de la información ingresada en el sistema.
- 3.5. Realizar un análisis de diagnóstico del volumen, consistencia y calidad de la información recogida por el sistema de información sanitaria, por fuente de información y por régimen de aseguramiento. El diagnóstico deberá contemplar la confiabilidad,

¹² La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios (denominadas CIGES) y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

completitud¹³ y relevancia de la información recolectada y evaluar la frecuencia y oportunidad de la captura de datos.

- 3.6. Producir un informe sintetizando los resultados de los análisis de diagnóstico. El informe debiera mostrar las debilidades existentes en los procesos y en la información disponible. Asimismo, el informe deberá incluir recomendaciones prácticas y procesuales para la mejoría de la información necesaria para la actualización del plan de beneficios, incluyendo los flujos de la información. El informe también deberá incluir recomendaciones de mediano plazo para la mejoría de los sistemas de información.
- 3.7. Organizar y conducir, con el apoyo del BID, de la SISARIL, y del MSP, una reunión de validación de las recomendaciones y una reunión de difusión de los resultados del estudio; presentar los resultados del estudio.

4. Informes / Entregables

El (la) consultor(a) deberá entregar al BID los siguientes productos:

- 4.1. Documento inicial del plan de trabajo y del cronograma de ejecución del mismo.
- 4.2. Documento conteniendo los análisis de diagnóstico.
- 4.3. Versión preliminar del estudio, incluyendo las ayudas memorias de las reuniones de validación.
- 4.4. Informe final del estudio.

Cronograma de Pagos

Actividades	Pagos (% del valor total)
Plan de trabajo y cronograma	15
Documento conteniendo los análisis de diagnóstico	35
Versión preliminar del estudio	35
Informe final	15

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Grado de Maestría/Doctorado en Ciencias Económicas y/o Administrativas y/o de Salud Pública o equivalente.
- Idiomas: Español fluente.
- Áreas de Especialización: Experiencia específica de más de 5 años en el diseño, formulación y evaluación de sistemas de información sanitaria.
- Habilidades: Redacción de documentos, diálogo técnico y político, conocimiento de la realidad de República Dominicana y trabajo en equipo.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada.

¹³ La completitud hace referencia a la inclusión de información relacionada a los cuatro componentes de un sistema de información, i.e. determinantes de la salud (indicadores socioeconómicos, ambientales, patrones de conducta, etc.), insumos del sistema de salud (recursos humanos y financieros, infraestructura, etc.), productos (calidad, acceso, utilización, etc.) y resultados (mortalidad, morbilidad, etc.).

- Duración del Contrato: 30 días no-consecutivos distribuidos entre dos meses, contados a partir de la firma del contrato. Incluye dos viajes a República Dominicana.
- Lugar(es) de trabajo: República Dominicana y local de residencia del consultor.
- Líder de División o Coordinador: Marcella Distrutti (SCL/SPH) y Ursula Giedion (SCL/SPH).

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

ANEXO A**República Dominicana****SCL/SPH****Apoyo al diagnóstico y cierre de brechas de recursos humanos para realizar la actualización periódica del plan de beneficios****TERMINOS DE REFERENCIA****1. Antecedentes**

- 1.1 **Reforma del sector salud.** El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población¹. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado². Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento³ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).
- 1.2 **Plan Básico de Salud (PBS).** En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁴, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁵, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos

¹ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISARIL).

² El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

³ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISARIL).

⁴ El Paquete Básico de Salud (PBS) propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS se concretizó en un listado específico de coberturas de prestaciones muy dependiente de la capacidad de financiamiento del sistema.

⁵ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la salud de las personas⁶. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de un marco normativo claro para garantizar la legitimidad de las decisiones.

1.3 Actualización del PDSS. En un contexto como el de República Dominicana (RD), de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{7,8} y el cambio tecnológico rápido el PDSS debería ser revisado de manera periódica para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias⁹. La última actualización del PDSS se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PDSS realizada en 2013 mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹⁰. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.

1.4 Apoyo del Banco. Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹¹ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja

⁶ Sourdis et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

⁷ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2.03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

⁸ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1,8% del PIB en Venezuela y el 5,9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2,5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011)

⁹ En efecto, en otros países los planes de beneficio son actualizados a cada dos años XXX.

¹⁰ Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹¹ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura financiera). El resultado de esta cooperación técnica es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹². La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2. Objetivo(s) de la Consultoría

- 2.1. Realizar un diagnóstico de las brechas de recursos humanos para realizar la actualización periódica del plan de beneficios y formulación del plan de implementación para cerrarlo.

3. Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- 3.1. Desarrollar un plan de trabajo para la consultoría, incluyendo un cronograma de actividades, en conjunto con el BID, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- 3.2. Revisar los resultados de las demás consultorías realizadas con el apoyo de la presente cooperación técnica, en especial las consultorías de revisión del marco institucional, de revisión del sistema de información y de revisión de los mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión.
- 3.3. En base a las recomendaciones propuestas en el contexto de las demás consultorías, analizar las necesidades de recursos humanos, competencias básicas y áreas de conocimiento relevantes por proceso del sistema de priorización en salud (p.ej. autorización para la comercialización, selección de tecnologías, evaluación de tecnologías, deliberación, decisión, apelación y monitoreo y evaluación).
- 3.4. Realizar un diagnóstico de las capacidades existentes en las instituciones del sector salud involucradas en los procesos de priorización y analizar brechas de recursos humanos y competencias/habilidades.
- 3.5. Revisar experiencias de otros países respecto a recursos humanos para la priorización en salud; p.ej. analizar experiencias de alianzas con universidades y centros de investigación y desarrollo e implementación de nuevos currículos académicos.
- 3.6. Organizar y conducir reuniones con las instituciones del sector para discutir opciones de fomento y capacitación en temas de priorización en salud, identificando prioridades.
- 3.7. Preparar propuestas de cierre de brechas por proceso del sistema de priorización en salud.
- 3.8. Realizar reuniones de validación de las propuestas.

¹² La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios (denominadas CIGES) y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

- 3.9. Preparar planes de implementación e informe final de la consultoría, con recomendaciones y lecciones aprendidas.

4. Informes / Entregables

El (la) consultor(a) deberá entregar al BID los siguientes productos:

- 4.1. Documento inicial del plan de trabajo y del cronograma de ejecución del mismo.
- 4.2. Documento conteniendo las necesidades de recursos humanos y competencias/habilidades, el diagnóstico de las capacidades existentes y las brechas.
- 4.3. Documento conteniendo la revisión de experiencias de otros países.
- 4.4. Documento conteniendo los planes de implementación, incluyendo las ayudas memorias de las reuniones de discusión y validación con las instituciones del sector.
- 4.5. Informe final.

Cronograma de Pagos

Actividades	Pagos (% del valor total)
Plan de trabajo y cronograma	10
Documento conteniendo necesidades de recursos humanos y competencias/habilidades, diagnóstico de capacidades existentes y brechas	35
Documento conteniendo revisión de experiencias de otros países	15
Documento conteniendo planes de implementación	30
Informe final	10

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Grado de Maestría/Doctorado en Ciencias Económicas y/o Administrativas y/o de Salud Pública o equivalente.
- Idiomas: Español fluente.
- Áreas de Especialización: Por lo menos 5 años de experiencia comprobada en el área de priorización en salud y evaluación de tecnologías en salud, incluyendo la realización de estudios y la publicación de artículos en el área.
- Habilidades: Redacción de documentos, diálogo técnico y político, conocimiento de la realidad de República Dominicana y trabajo en equipo.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada.
- Duración del Contrato: 25 días no-consecutivos distribuidos entre tres meses, contados a partir de la firma del contrato. Incluye dos viajes a República Dominicana.
- Lugar(es) de trabajo: República Dominicana y local de residencia del consultor.
- Líder de División o Coordinador: Marcella Distrutti (SCL/SPH) y Ursula Giedion (SCL/SPH).

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

ANEXO A**República Dominicana****SCL/SPH****Apoyo a la definición del marco institucional para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan de beneficios****TERMINOS DE REFERENCIA****1. Antecedentes**

- 1.1 **Reforma del sector salud.** El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población¹. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado². Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento³ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).
- 1.2 **Plan Básico de Salud (PBS).** En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁴, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁵, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos

¹ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISARIL).

² El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

³ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISARIL).

⁴ El Paquete Básico de Salud (PBS) propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS se concretizó en un listado específico de coberturas de prestaciones muy dependiente de la capacidad de financiamiento del sistema.

⁵ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la salud de las personas⁶. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de un marco normativo claro para garantizar la legitimidad de las decisiones.

1.3 Actualización del PDSS. En un contexto como el de República Dominicana (RD), de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{7,8} y el cambio tecnológico rápido el PDSS debería ser revisado de manera periódica para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias⁹. La última actualización del PDSS se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PDSS realizada en 2013 mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹⁰. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.

1.4 Apoyo del Banco. Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹¹ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja

⁶ Sourdís et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

⁷ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2.03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

⁸ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1,8% del PIB en Venezuela y el 5,9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2,5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011)

⁹ En efecto, en otros países los planes de beneficio son actualizados a cada dos años XXX.

¹⁰ Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹¹ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura financiera). El resultado de esta cooperación técnica es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹². La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2. Objetivo(s) de la Consultoría

- 2.1. Elaborar una propuesta de manera participativa para definir el marco institucional que especifica los roles y responsabilidades de los diferentes organismos involucrados en la revisión y actualización del plan de beneficios y los mecanismos de articulación y coordinación entre ellos, así como los procesos, los criterios, la metodología y los procedimientos para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan.

3. Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- 3.1. Desarrollar un plan de trabajo para la consultoría, incluyendo un cronograma de actividades, en conjunto con el BID, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- 3.2. Revisar los documentos del BID y de otras instituciones respecto a la priorización en salud y la revisión de planes de beneficio.
- 3.3. Revisar los sistemas de priorización en otros países de la región e identificar características de marcos institucionales que podrían ser aplicables al contexto de RD.
- 3.4. Analizar el marco legal y la arquitectura institucional del sector salud e identificar los principales organismos involucrados en la revisión y actualización del plan de beneficios, así como sus roles y responsabilidades.
- 3.5. Producir un análisis de diagnóstico e identificar al menos tres posibles escenarios para la revisión del marco institucional, con vistas a construir un marco conducente a la sistematización de un proceso de revisión participativo y transparente del plan de beneficios.
- 3.6. Organizar un grupo focal con representantes de la SISALRIL, del MSP, del Seguro Nacional de Salud (SENASA), del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA), de representantes de grupos de pacientes, del Colegio Médico Dominicano (CMD), de la academia y otros sectores cuya opinión es relevante para discutir el marco institucional. Validar posibles escenarios y discutir la factibilidad de su implementación.
- 3.7. Identificar de manera participativa los procesos necesarios para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan, llevando en consideración el enfoque sistémico recomendado por la Red Criterios del BID. Llevar en consideración, mínimamente, los

¹² La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios (denominadas CIGES) y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

siguientes procesos: autorización para la comercialización, selección de tecnologías, evaluación de tecnologías, deliberación, decisión, apelación y monitoreo y evaluación.

- 3.8. Realizar talleres para discutir la metodología, los criterios y los procedimientos de cada proceso, así como talleres de validación.
- 3.9. Producir un informe describiendo las propuestas de revisión del marco institucional y la metodología de trabajo utilizada para la validación de esas propuestas.
- 3.10. Producir un informe describiendo cada proceso para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan, incluyendo los actores responsables, la metodología que será utilizada, los criterios que serán adoptados y los procedimientos.
- 3.11. Organizar y conducir, con el apoyo del BID, una reunión de difusión de los resultados del trabajo; presentar los resultados del trabajo.

4. Informes / Entregables

El (la) consultor(a) deberá entregar al BID los siguientes productos:

- 4.1. Documento inicial del plan de trabajo y del cronograma de ejecución del mismo.
- 4.2. Documento conteniendo el análisis de diagnóstico y la propuesta de revisión del marco institucional validados, incluyendo las ayudas memorias de las reuniones y el resultado del grupo focal.
- 4.3. Documento conteniendo los procesos para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan validados, incluyendo las ayudas memorias de las reuniones.
- 4.4. Informe final con lecciones aprendidas y recomendaciones.

Cronograma de Pagos

Actividades	Pagos (% del valor total)
Plan de trabajo y cronograma	20
Documento conteniendo un análisis de diagnóstico y propuesta de revisión del marco institucional	35
Documento conteniendo procesos para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan	35
Informe final	10

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Grado de Maestría/Doctorado en Ciencias Económicas y/o Administrativas y/o de Salud Pública o equivalente.
- Idiomas: Español fluente.
- Áreas de Especialización: Por lo menos 15 años de experiencia comprobada en el área de priorización en salud y evaluación de tecnologías en salud, incluyendo la realización de estudios y la publicación de artículos en el área. Experiencia en el apoyo técnico a gobiernos o empresas del sector privado en la estructuración de sistemas de priorización en salud.
- Habilidades: Experiencia previa en la conducción de estudios cualitativos. Experiencia en la facilitación de talleres.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada¹³.
- Duración del Contrato: 75 días no-consecutivos distribuidos entre cinco meses, contados a partir de la firma del contrato. Incluye cinco viajes a República Dominicana.
- Lugar(es) de trabajo: República Dominicana y local de residencia del consultor.
- Líder de División o Coordinador: Marcella Distrutti (SCL/SPH) y Ursula Giedion (SCL/SPH).

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

¹³ Esta consultoría podrá ser dividida entre dos consultorías individuales, con un consultor internacional para liderar las actividades y un consultor local de apoyo.

ANEXO A**República Dominicana****SCL/SPH****Apoyo al diagnóstico y a la mejora de los mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión del plan de beneficios****TERMINOS DE REFERENCIA****1. Antecedentes**

- 1.1 **Reforma del sector salud.** El Gobierno de República Dominicana (GORD) inició en 2001 un proceso de reformas estructurales del sector salud. Un elemento clave de la reforma fue la publicación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar la cobertura universal y efectiva de la población¹. El SDSS definió tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento de la población: el régimen contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado². Los recursos para el sistema provienen de cotizaciones de trabajadores y empleadores y del presupuesto general del GORD. El aseguramiento³ se da a través de Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que “compran” servicios de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas brindan aseguramiento a la población afiliada al régimen contributivo. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, cubre la población afiliada al régimen subsidiado; y la población no-asegurada accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo).
- 1.2 **Plan Básico de Salud (PBS).** En el marco de estas reformas, se definió un conjunto mínimo de servicios de salud (PBS) que se debería garantizar a todos los afiliados al SDSS. Este plan de beneficio, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS)⁴, define todas las intervenciones a las que tienen derecho los afiliados, debiendo estar en línea con el perfil epidemiológico de la población y las prioridades sanitarias del país. Los planes de beneficio como el PDSS son un instrumento fundamental de la priorización explícita en salud⁵, a través del cual los sistemas de salud definen, con los recursos

¹ La cobertura de aseguramiento subió de 7% en 2001 para 60% en el 2015 (Datos SISARIL).

² El Régimen Contributivo para asalariados, el Régimen Contributivo-Subsidiado para trabajadores por cuenta propia y el Régimen Subsidiado para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo.

³ Actualmente, se estima que alrededor del 40% de la población no esté afiliada al sistema (Datos SISARIL).

⁴ El Paquete Básico de Salud (PBS) propuesto en el 2001 fue redefinido en el 2007 para el inicio del Régimen Contributivo, en lo que se denominó el Plan de Servicios de Salud (PDSS). Posteriormente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) extendió el PDSS al Régimen Subsidiado. El PBS era un listado más amplio de programas y servicios, mientras que el PDSS se concretizó en un listado específico de coberturas de prestaciones muy dependiente de la capacidad de financiamiento del sistema.

⁵ A diferencia de los procesos de racionamiento implícitos, los mecanismos de priorización explícita en salud, como la definición de un PBS, se caracterizan por la definición expresa del conjunto de tecnologías sanitarias que serán financiadas con recursos públicos (BID, 2014).

disponibles, cuáles tecnologías deben financiarse para maximizar el bienestar y la salud de las personas⁶. Por ser un tema sensible política y socialmente, la definición de las condiciones de salud y de las tecnologías que serán incorporadas a un plan de beneficio necesita de un marco normativo claro para garantizar la legitimidad de las decisiones.

1.3 Actualización del PDSS. En un contexto como el de República Dominicana (RD), de rápida transición epidemiológica y costos crecientes del sector en razón del aumento en la prevalencia de enfermedades crónica^{7,8} y el cambio tecnológico rápido el PDSS debería ser revisado de manera periódica para mantenerlo alineado al perfil epidemiológico, excluir tecnologías obsoletas e incorporar nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias⁹. La última actualización del PDSS se llevó a cabo en diciembre de 2009. Esta modificación aumentó el monto cubierto para atención médica de alta complejidad y para medicamentos ambulatorios coadyuvantes en los tratamientos oncológicos, amplió el listado de medicamentos cubiertos y redujo los copagos; sin embargo, hubo pocos avances después de esta fecha. Una evaluación del PDSS realizada en 2013 mostró que, además de la falta de actualización, tanto del contenido como del costeo, existen deficiencias en el diseño del plan vigente¹⁰. Por ejemplo, el plan cubre el diagnóstico patológico oncológico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos derivados del mismo; en otras palabras, no garantiza la integralidad de la asistencia para una enfermedad o problema de salud.

1.4 Apoyo del Banco. Con el objetivo de avanzar en la revisión del plan de beneficios, se conformó en 2013 una Comisión Técnica Interinstitucional (CTI) compuesta por representantes de diversas instituciones del sector¹¹ para elaborar una nueva propuesta de plan de beneficios. A través de la operación ATN/OC-14167-DR, el Banco brindó asistencia técnica a la CTI para revisar y actualizar el plan a través de una metodología participativa, transparente y técnicamente sólida, que involucró los principales actores del sistema por más de un año en talleres y mesas de trabajo para discutir aspectos clave de la construcción del plan. El proceso, finalizado en marzo de 2016, facilitó la discusión de criterios para identificar prioridades sanitarias y seleccionar tecnologías, frecuencia (uso) y costo de los servicios. Además, el proceso brindó la oportunidad para debatir temas estructurales, como la integralidad de la asistencia, la baja cobertura de servicios de promoción y prevención y la baja

⁶ Sourdis et al. 2012., Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud.

⁷ La carga de enfermedad de diabetes, por ejemplo, aumenta a una tasa del 2,03% anual (*Institute of Health Metrics and Evaluation* 2015).

⁸ El costo de los tratamientos para la diabetes osciló entre el 1,8% del PIB en Venezuela y el 5,9% en Barbados. En la región, se estima que los costos vinculados a la diabetes alcanzan los US\$65 mil millones, es decir, entre 2% y 4% del PIB y entre el 8% y el 15% del presupuesto en salud. De acuerdo a las estimaciones para la región que predicen un aumento en las enfermedades crónicas del 50% en 2030, se estima una reducción de 2,5% en las tasas del crecimiento económico (WHO, 2011)

⁹ En efecto, en otros países los planes de beneficio son actualizados a cada dos años XXX.

¹⁰ Canon et al. 2014, Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de RD.

¹¹ Estas incluyen diferentes áreas del MSP, directivos del CNSS, la SISALRIL, el Colegio Médico Dominicano (CMD), sociedades científicas y representantes de los sectores Empleador y Laboral del CNSS y la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA).

protección financiera del plan vigente (co-pagos y techos de cobertura financiera). El resultado de esta cooperación técnica es una propuesta innovadora que responde a las deficiencias de diseño identificadas¹². La propuesta se encuentra en revisión final por la CTI para someterla a aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

2. Objetivo(s) de la Consultoría

- 2.1 Elaborar una propuesta para la mejora de los mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión de los organismos de control.

3. Actividades Principales

El candidato seleccionado deberá:

- 3.1. Desarrollar un plan de trabajo para la consultoría, incluyendo un cronograma de actividades, en conjunto con el BID y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL).
- 3.2. Revisar el marco legal del sector salud de República Dominicana y la estructura organizativa y las funciones desarrolladas por la SISARIL.
- 3.3. Realizar un análisis de las funciones desarrolladas por organismos de control de otros países.
- 3.4. Realizar un levantamiento de todas las tareas y procesos realizados por la institución. Llevar a cabo entrevistas con representantes de distintos departamentos para informar el levantamiento.
- 3.5. Analizar las brechas existentes en términos de funciones y los cuellos de botella existentes en las tareas y los procesos conducidos actualmente.
- 3.6. Realizar grupos focales con representantes de la SISARIL para discutir aspectos clave para el fortalecimiento de la institución en cuanto a regulación, monitoreo y supervisión del plan de beneficios. Traer experiencias de otros países para la discusión. Promover innovaciones.
- 3.7. Organizar y conducir grupos de trabajo para construir propuestas para las mejoras necesarias, incluyendo el desarrollo de nuevas funciones (p.ej. conciliación y arbitraje) y mejoras en las tareas y procesos actuales (p.ej. proponer un proceso de identificación de fuentes estadísticas y compilación de datos para el seguimiento y el monitoreo del plan o elaborar un mapa de actores del control social para participar en el seguimiento y monitoreo del plan).
- 3.8. Liderar la realización de talleres de discusión de las propuestas y planes de trabajo. Facilitar reuniones de validación.

¹² La propuesta incluye canastas integrales para problemas de salud prioritarios (denominadas CIGES) y la cobertura de prestaciones costo-efectivas orientadas hacia la promoción y la prevención, lo que contribuiría a la asignación eficiente de recursos. Las canastas se implementarían de manera gradual y sin co-pagos, en un esfuerzo importante hacia la cobertura universal efectiva.

- 3.9. Producir un informe con recomendaciones prácticas y procesuales, validadas por los grupos de trabajo. Incluir sugerencias de cambios a la estructura organizativa y de funciones. Producir, de ser necesario, diagramas de flujo para los procesos de regulación, monitoreo y supervisión. Incluir un plan de trabajo y un cronograma para la implementación de los acuerdos.

4. Informes / Entregables

El (la) consultor(a) deberá entregar al BID los siguientes productos:

- 4.1. Documento inicial del plan de trabajo y del cronograma de ejecución del mismo.
- 4.2. Documento conteniendo el levantamiento de las tareas y procesos realizados por la institución y de las brechas identificadas.
- 4.3. Documento conteniendo las propuestas de los grupos de trabajo y los resultados de las reuniones de validación.
- 4.4. Informe final.

Cronograma de Pagos

Actividades	Pagos (% del valor total)
Plan de trabajo y cronograma	20
Documento conteniendo el levantamiento de las tareas y procesos y de las brechas	35
Documento conteniendo las propuestas de los grupos de trabajo y los resultados de las reuniones de validación	35
Informe final	10

Calificaciones

- Título/Nivel Académico & Años de Experiencia Profesional: Grado de Maestría/Doctorado en Ciencias Económicas y/o Administrativas y/o de Salud Pública o equivalente.
- Idiomas: Español fluente.
- Áreas de Especialización: Experiencia específica de más de 10 años en organismos de control de sistemas de salud basados en la seguridad social, con experiencia en las áreas de regulación y monitoreo y supervisión.
- Habilidades: Redacción de documentos, diálogo técnico y político, conocimiento de la realidad de República Dominicana y trabajo en equipo.

Características de la Consultoría

- Categoría y Modalidad de la Consultoría: Contractual de Productos y Servicios Externos, Suma Alzada.
- Duración del Contrato: 50 días no-consecutivos distribuidos entre cuatro meses, contados a partir de la firma del contrato. Incluye cuatro viajes a República Dominicana.
- Lugar(es) de trabajo: República Dominicana y local de residencia del consultor.
- Líder de División o Coordinador: Marcella Distrutti (SCL/SPH) y Ursula Giedion (SCL/SPH).

Pago y Condiciones: La compensación será determinada de acuerdo a las políticas y procedimientos del Banco. Adicionalmente, los candidatos deberán ser ciudadanos de uno de los países miembros del BID.

Consanguinidad: De conformidad con la política del Banco aplicable, los candidatos con parientes (incluyendo cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluyendo conyugue) que trabajan para el Banco como funcionario o contractual de la fuerza contractual complementaria, no serán elegibles para proveer servicios al Banco.

Diversidad: El Banco está comprometido con la diversidad e inclusión y la igualdad de oportunidades para todos los candidatos. Acogemos la diversidad sobre la base de género, edad, educación, origen nacional, origen étnico, raza, discapacidad, orientación sexual, religión, y estatus de VIH/SIDA. Alentamos a aplicar a mujeres, afrodescendientes y a personas de origen indígena.

**PLAN DE ADQUISICIONES
DESDE SEPTIEMBRE DE 2016 A SEPTIEMBRE DE 2018**

Ref. No.	Descripción de actividades	Costos estimados (US\$)	Método de adquisición	Revisión (ex-ante o ex-post)	Financiamiento y porcentaje		Precalificación ³ (Si/No)	Fechas estimadas			Status ⁴ (pendiente, en proceso, atribuido, cancelado)	Comentarios
					BID %	Local/otro %		Publicación	Inicio de contrato	Final de contrato		
I	Servicios de consultoría											
C1	Consultoría para apoyar el país en la definición de los procesos, los criterios, la metodología y los procedimientos para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan de beneficios	50.000	CCII	N/A	100%	0	No	Septiembre 2016	Octubre 2016	Abril 2017	Pendiente	
C1	Consultoría para apoyar el país en la revisión del marco normativo para el diseño, ajuste y costeo periódicos del plan de beneficios	15.000	CCII	N/A	100%	0	No	Mayo 2017	Junio 2017	Septiembre 2017	Pendiente	
C2	Consultoría para mejorar los sistemas de información requeridos para actualizar periódicamente su contenido y las primas asociadas	30.000	CCII	N/A	100%	0	No	Octubre 2016	Noviembre 2016	Marzo 2017	Pendiente	
C2	Consultoría de diagnóstico y recomendaciones para mejorar los mecanismos de regulación, monitoreo y supervisión por parte de los organismos de control	35.000	CCII	N/A	100%	0	No	Octubre 2016	Noviembre 2016	Abril 2017	Pendiente	
C2	Consultoría de diagnóstico y recomendaciones para fortalecer aspectos clave de la seguridad social	45.000	CCII	N/A	100%	0	No	Enero 2017	Febrero 2017	Agosto 2017	Pendiente	
C2	Consultoría de diagnóstico de las brechas de recursos humanos para realizar la actualización periódica, transparente y técnicamente robusta del plan	15.000	CCII	N/A	100%	0	No	Mayo 2017	Junio 2017	Septiembre 2017	Pendiente	
II	Otros servicios											
OS1	Material impreso	10.000	CP	N/A	100%	0	No	-	Octubre 2017	Diciembre 2017	Pendiente	

²**Bienes y Obras:** LPI: Licitación Pública Internacional; LIL: Licitación Internacional Limitada; LPN: Licitación Pública Nacional; CP: Comparación de Precios; CD: Contratación Directa. **Firmas Consultoras:** SBCC: Selección Basada en la Calidad y el Costo; SBC: Selección Basada en la Calidad; SBPF: Selección Basada en Presupuesto Fijo; SBMC: Selección Basada en el Menor Costo; SCC: Selección Basada en las Calificaciones de los Consultores; SD: Selección Directa. **Consultores Individuales:** CCIN: Selección basada en la Comparación de Calificaciones Consultor Individual Nacional; CCII: Selección basada en la Comparación de Calificaciones Consultor Individual Internacional. N/A: No aplica.

³Aplicable únicamente Bienes y Servicios en caso de aplicar las nuevas políticas.

⁴Columna "Status" será utilizada para adquisiciones retroactivas al actualizar el plan de adquisiciones

APOYO A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRIORIZACIÓN EN SALUD

**DR-T1143
CERTIFICACIÓN**

Por la presente certifico que esta operación fue aprobada para financiamiento por el Programa Especial de Promoción del Empleo, Reducción de la Pobreza y Desarrollo Social en Apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SOF), de conformidad con la comunicación de fecha 12 de abril de 2016 suscrita por Su Hyun Kim (ORP/GCM). Igualmente, certifico que existen recursos en el mencionado fondo, hasta la suma de **US\$200,000** para financiar las actividades descritas y presupuestadas en este documento. La reserva de recursos representada por esta certificación es válida por un periodo de cuatro (4) meses calendario contados a partir de la fecha de elegibilidad del proyecto para financiamiento. Si el proyecto no fuese aprobado por el BID dentro de ese plazo, los fondos reservados se considerarán liberados de compromiso, requiriéndose la firma de una nueva certificación para que se renueve la reserva anterior. El compromiso y desembolso de los recursos correspondientes a esta certificación sólo debe ser efectuado por el Banco en dólares estadounidenses. Esta misma moneda será utilizada para estipular la remuneración y pagos a consultores, a excepción de los pagos a consultores locales que trabajen en su propio país, quienes recibirán su remuneración y pagos contratados en la moneda de ese país. No se podrá destinar ningún recurso del Fondo para cubrir sumas superiores al monto certificado para la implementación de esta operación. Montos superiores al certificado pueden originarse de compromisos estipulados en contratos que sean denominados en una moneda diferente a la moneda del Fondo, lo cual puede resultar en diferencias cambiarias de conversión de monedas sobre las cuales el Fondo no asume riesgo alguno.

(Original firmado)

8/31/2016

Sonia M. Rivera

Fecha

Jefe

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento

ORP/GCM

APROBADO:

(Original firmado)

8/31/2016

Ferdinando Regalía

Fecha

Jefe de División

División de Protección Social y Salud

SCL/SPH