

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

REPÚBLICA DOMINICANA

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

(DR-L1073)

PERFIL DE PROYECTO

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

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública

PERFIL DE PROYECTO
REPÚBLICA DOMINICANA

I. DATOS BÁSICOS

Nombre de proyecto:	Apoyo a la Consolidación del Sector Salud y de la Seguridad Social
Número de proyecto:	DR-L1073
Equipo de proyecto:	Christian Contin (FMP/CDR); Marcella Distrutti (SPH/CDR); Yonaida Encarnación (CID/CDR); Cristina Landázuri (LEG/SGO); Rudy Loo-Kung (CID/CID); Ángel Muñoz (SCL/LMK); Claudia Pévere (SCL/SPH); Diana Pinto (SCL/SPH); Astrid Pineda (SPH/CDR); María Victoria Fazio (SCL/LMK) co-jefe de equipo; y Sandro Parodi (SPH/CDR), jefe de equipo.
Prestatario:	Gobierno de la República Dominicana (GORD)
Organismo ejecutor:	Ministerio de Hacienda
Financiamiento:	BID (CO): US\$100 millones Total: US\$100 millones
Salvaguardias:	Políticas identificadas: N/A Clasificación: N/A

II. JUSTIFICACIÓN GENERAL Y OBJETIVOS

A. Antecedentes y justificación del proyecto

- 2.1 En 2012, la posición fiscal del país se deterioró considerablemente. Esto desencadenó un ajuste fiscal para consolidar las finanzas públicas. Las medidas vinieron acompañadas de una recomposición del gasto. El gasto de capital se redujo de 6,5% del Producto Interno Bruto (PIB) a 3,7%, entre 2012 y 2013. El ajuste fiscal redujo el déficit del sector público no financiero de 7,1% a 3,6% del PIB y reorientó recursos al sector social, pasando de 7,5% en 2011 a 9,4% del PIB en 2013.
- 2.2 El GORD viene transformando significativamente los sectores salud y seguridad social. En 2001, se inició un proceso de reforma estructural de ambos sectores mediante la promulgación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01) que proveyó el marco normativo al Sistema Nacional de Salud. En 2012, la ley 1-12 que aprobó la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) para el período 2010-2030, confirmó el compromiso de avanzar en los objetivos de la reforma. A mediados de 2013, el GORD creó una Comisión de Asesores en Seguridad Social y Salud dentro del Ministerio de la Presidencia, para impulsar la reforma y coordinar con los distintos actores la identificación e implementación de medidas de alto impacto.
- 2.3 La Ley de Seguridad Social estableció tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento en pensiones y salud, según criterios de condición laboral y nivel de

ingreso: (i) **Régimen Contributivo (RC)** para asalariados¹; (ii) **Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS)** para trabajadores por cuenta propia con ingresos superiores al salario mínimo; y (iii) **Régimen Subsidiado (RS)** para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo². A su vez, la Ley de Salud planteó la separación de las funciones básicas del sistema de salud -rectoría, financiamiento y provisión-. El Ministerio de Salud Pública (MSP) asume el rol rector del sistema de salud. El financiamiento se otorga vía el aseguramiento por entidades llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que tienen una red de proveedores públicos y privados³. La provisión pública queda a cargo de los Servicios Regionales de Salud (SRS).

2.4 **Avances alcanzados.** Previo a la reforma de 2001 existían regímenes de aseguramiento aislados que beneficiaban a una minoría⁴. En este marco, y aun cuando existen retos pendientes, la reforma ha mostrado avances en el aseguramiento de pensiones y salud, y en la constitución de un sistema de seguridad social⁵. La implementación de los regímenes de la seguridad social se ha dado en etapas y con diferentes niveles de avance para pensiones y salud⁶. El RC en pensiones comenzó en 2003 afiliando a un millón de asalariados (35% de la población económicamente activa, PEA) en el primer año. A 2013, la afiliación alcanzó a 2,7 millones (55% de la PEA). Sin embargo, el porcentaje de afiliados que efectivamente cotizan ha ido estancándose, representando solo un 46% del total de afiliados a 2013. Por otro lado, entre 2007 y 2012 la cobertura de aseguramiento en salud (RC+RS) dio un salto muy significativo; pasó de 500 mil personas (6% de la población) a 5,2 millones (56,5%).

2.5 **Desafíos de política.** No obstante los avances todavía persisten retos de cobertura en la seguridad social e ineficiencias en el sector salud que afectan los resultados sanitarios. A 2013, el porcentaje de trabajadores que cotiza para una pensión se mantiene en un 30% de la población ocupada, uno de los más bajos de la región. Sólo 15% de los adultos mayores de 65 años recibe una pensión para la vejez y, de no actuarse, entre un 55 y un 80% de adultos mayores no recibiría pensión en 2050⁷. Por otro lado, 43,5% de la población todavía no cuenta con aseguramiento en salud. Un factor que afecta el avance de la cobertura -tanto en pensiones como en salud- es la falta de implementación del RCS, cuyo diseño podría incentivar la

¹ El RC en pensiones se generó como un régimen de capitalización individual, a través de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). La Superintendencia de Pensiones (SIPEN) regulaba el sistema de pensiones contributivo.

² La Ley 87-01 fijó la determinación de pobreza según el salario mínimo. El criterio cambió para el RS de salud en 2005, mediante decreto que consideraba al índice de calidad de vida de SIUBEN.

³ Las ARS privadas dan aseguramiento a la población del RC y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) es responsable de la administración de riesgos de salud del RS, RC del sector público y afiliados del sector privado que así lo decidan³; la ARS pública provee aseguramiento a la población afiliada al RS, que garantiza un Paquete Básico de Servicios (PBS).

⁴ En 2001, solo 7% de los trabajadores estaba cubierto por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

⁵ La Ley 87-01 constituyó: el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) y el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa).

⁶ En pensiones, el RC en pensiones inició en 2003. En salud, en 2007 se expande el RS y se inicia con el RC. El RCS aún no está implementado ni en salud ni en pensiones.

⁷ La falta de protección en la vejez impone no solo costos sociales para los adultos mayores y las familias de quienes dependen, sino también costos fiscales. (Bosch, Melguizo y Pagés (2013) Mejores Pensiones Mejores Trabajos).

informalidad en el mercado de trabajo⁸. Por otro lado, comparaciones del desempeño de RD respecto a Jamaica y Ecuador apuntan a que el gasto público en salud podría ser más eficiente⁹.

1. Consolidación del Sistema de Seguridad Social

- 2.6 Es necesario profundizar las reformas estableciendo medidas y reglamentos para extender la cobertura, con principios de eficiencia, sostenibilidad y equidad¹⁰.
- 2.7 **Cobertura del RS de pensiones.** En 2013, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobó la inclusión gradual de población pobre al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia¹¹. En este contexto es necesario iniciar la implementación siguiendo una focalización por criterios de pobreza, en vez del nivel salarial o la condición laboral. Las lecciones aprendidas del RS en salud, de utilizar el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), son un referente a seguir¹².
- 2.8 **La cobertura y la evasión del RC.** Dado el progresivo envejecimiento de la población dominicana es importante aumentar el número de personas que contribuyen al RC. Ello requiere: (i) mejorar la información a los afiliados y potenciales afiliados del sistema; y (ii) fortalecer la fiscalización del pago de contribuciones de la seguridad social.
- 2.9 **Regímenes de pensiones público de reparto (SISPRE).** Existe una fragmentación del sistema en varios regímenes y está pendiente la armonización de los regímenes de reparto dentro del nuevo marco de seguridad social creado por la Ley 87-01.

2. Consolidación del Sistema Nacional de Salud

- 2.10 Para consolidar el Sistema Nacional de Salud es importante mejorar la eficiencia de la gestión de los servicios y fortalecer el rol rector del sistema.
- 2.11 **La gestión del Seguro Nacional de Salud (SENASA).** Esta institución se ha convertido en la principal aseguradora del país, con una cartera de afiliados que se ha duplicado en los últimos siete años y brinda el RS a 2,75 millones de personas. Sin embargo, su desarrollo institucional no ha ido a la par de este crecimiento, lo que viene afectando su gestión de riesgos y potencialmente su sostenibilidad financiera. El SENASA no cuenta con una división que genere información actuarial ni estimaciones sobre evolución del perfil de riesgo de sus afiliados que informen la toma de decisiones y programación financiera¹³.

⁸ Los regímenes con subsidios y obligaciones según condición laboral pueden crear desincentivos al empleo formal. Véase Levy, (2008) y también Bosch, Melguizo y Pagés (2013), op. Cit.

⁹ Estos países tienen mejores tasas de mortalidad materna a pesar de un gasto público per cápita en salud menor y un nivel de desarrollo económico similar.

¹⁰ El principio de eficiencia en el diseño de los regímenes se centra en no incrementar los gravámenes sobre el trabajo formal. Ver Bosch, Melguizo y Pagés (2013).

¹¹ El RS en pensiones está estipulado en el presupuesto para iniciarse en 2014 para cubrir 1.500 pensiones.

¹² Apenas el 37% de la población pobre está afiliada al RS, los factores que limitan la cobertura son la falta de documento de identidad y la ausencia de mecanismos interinstitucionales para acelerar la tramitación.

¹³ Los análisis actuariales y la programación financiera impactarían en un manejo más eficiente del portafolio.

- 2.12 **La red pública de servicios de salud.** La red pública funciona de manera fragmentada e ineficiente. El Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS)¹⁴ opera con tasas de ocupación muy bajas¹⁵; mientras que existe una saturación de la demanda en los establecimientos de segundo y tercer nivel del MSP¹⁶. El gobierno tiene planificado fusionar la provisión pública. El IDSS pasaría la red de establecimientos a los SRS, lo que ampliaría la oferta de servicios para la población pobre y reduciría la duplicación de costos administrativos y transaccionales.
- 2.13 **El rol rector del MSP.** La baja capacidad de gestión de los SRS forzó al MSP a seguir asumiendo la provisión de servicios, a pesar que la reforma le dio el mandato exclusivo de la función rectora. A la fecha, el MSP no ha oficializado el modelo de atención de salud que establezca el nivel primario como puerta de entrada al sistema. Esto ha frenado la reorganización de la Red Pública de Servicios, limitado la descongestión de los niveles de secundario y terciario, y aumentado los gastos en salud¹⁷. El MSP requiere concentrarse en su función rectora y ejercer la conducción sectorial con base en un modelo de atención que promueva la eficiencia y la calidad.
- 2.14 **Justificación del Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP).** La operación será un PBP a fin de brindar un apoyo de mediano plazo a la reforma, así como promover un diálogo técnico continuo y posibles refinamientos a la estrategia de implementación. Muchos de los cambios están en pleno proceso de discusión y el enfoque programático da la flexibilidad de adaptar el apoyo del Banco a potenciales cambios en el contexto. El programa tendrá dos operaciones.
- 2.15 Esta operación se complementa con el apoyo reciente brindado por el Banco. A través del programa multifase (DR-L1039, DR-L1044, DR-L1047, DR-L1053), se viene mejorando la calidad de los servicios de salud primaria a los que acceden los beneficiarios del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas. Por otro lado, las operaciones para el fortalecimiento de la gestión del sector Salud (DR-L1067 y DR-L1069) vienen expandiendo un modelo de financiamiento por resultados en el primer nivel. Además, se complementa con la operación Programa de Mejora de la Productividad y la Formalización en República Dominicana (DR-L1072) y la cooperación técnica de Apoyo a la Reforma del Sector Salud y la Seguridad Social (DR-T1098), que financiará consultorías para proponer opciones de política y apoyar el cumplimiento de las condiciones de la presente operación.

B. Objetivos y características del proyecto

- 2.16 El objetivo general es consolidar progresivamente la cobertura y mejorar la eficiencia del sistema de seguridad social y el sistema de salud, apoyando la profundización de la reforma que viene implementando el GORD. El programa de reformas propuesto se desarrolla a través de tres componentes:

¹⁴ El IDSS tenía 105.206 afiliados en 2013 y una red de 20 hospitales, 26 policlínicas y 40 consultorios.

¹⁵ En 2013, la tasa promedio de ocupación en hospitales fue de 33,5%.

¹⁶ Aproximadamente el 82% de las consultas se realizan en el segundo y tercer nivel, mientras se subutiliza el primero.

¹⁷ Actualmente, el primer nivel apenas revuelve sólo 18% de las consultas lo que hace ineficiente el gasto en salud.

- 2.17 **Componente 1. Estabilidad macroeconómica.** Su objetivo es mantener un marco económico estable. **Componente 2. Consolidación de la seguridad social.** Sus objetivos son: (i) completar gradualmente la cobertura del RS en pensiones y en salud; (ii) fortalecer los canales de información y fiscalización para aumentar la cobertura del RC; y (iii) armonizar los aspectos del SISPRE al nuevo marco del SDSS. **Componente 3. Consolidación del Sistema Nacional de Salud.** Sus objetivos son: (i) mejorar la gestión del SENASA; (ii) unificar la red pública de servicios de salud; y (iii) fortalecer del rol rector del MSP. La [Matriz de Políticas Indicativa](#) presenta las acciones de política preliminares. Esta operación se está formulando de manera conjunta por la División de Protección Social y Salud (SCL/SPH) y la Unidad de Mercados Laborales (SCL/LMK).

III. ALINEACIÓN ESTRATÉGICA

- 3.1 La operación está alineada con el objetivo estratégico de “Mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y la sostenibilidad financiera del sector”, y con el área de diálogo sobre reforma de la seguridad social de la Estrategia de País del banco para 2013-2016 (GN-2748). Asimismo, la operación es consistente con la END 2010-30, que persigue la universalización del aseguramiento en salud y un sistema único y sostenible de seguridad social. Además, está alineada al Marco Sectorial de Salud y Nutrición del BID, al Marco Sectorial de Mercados Laborales del BID y con la Política Social para la Equidad y la Productividad, destacada en el Noveno Aumento General de Recursos del BID (GCI-9)¹⁸.

IV. SALVAGUARDIAS AMBIENTALES Y SOCIALES

- 4.1 Según la Directiva B.13 de la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (GN-2208-20 y OP-703), esta operación no requiere implementar salvaguardias ambientales durante su preparación y ejecución por no tener impacto en el medio ambiente ni en los recursos naturales. Se espera un impacto social positivo, porque las reformas darán acceso a seguro social y de pensiones a población pobre y mejorarán los servicios de salud pública del país.

V. RECURSOS Y CRONOGRAMA DE PREPARACIÓN

- 5.1 El Anexo V detalla el cronograma de preparación de la operación. Se espera que el Comité de Políticas Operativas apruebe el Borrador de Propuesta de Préstamo el 31 de octubre y que el Directorio apruebe la operación el 3 de diciembre de 2014. Se estima que los recursos administrativos necesarios para la contratación de consultorías y la realización de misiones ascenderán a US\$70.137.

¹⁸ Metas GCI-9: (i) apoyar desarrollo de países pequeños y vulnerables; y (ii) reducir pobreza y mejorar la equidad.

CONFIDENCIAL

¹ La información contenida en este Anexo es de carácter deliberativo, y por lo tanto confidencial, de conformidad con la excepción relativa a “Información Deliberativa” contemplada en el párrafo 4.1 (g) de la “Política de Acceso al Información” del Banco (Documento GN-1831-28).

SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

PROJECT DETAILS	
IDB Sector	HEALTH-HEALTH SYSTEM STRENGTHENING
Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument
Additional Operation Details	
Investment Checklist	Generic Checklist
Team Leader	Parodi, Sandro (SANDROP@iadb.org)
Project Title	Support of the consolidation of health and social security sector
Project Number	DR-L1073
Safeguard Screening Assessor(s)	Pevere, Claudia Elena (CLAUDIAP@iadb.org)
Assessment Date	2014-07-16

SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS		
Type of Operation	Loan Operation	
Safeguard Policy Items Identified (Yes)	The operation is in compliance with environmental, specific women's rights, gender, and indigenous laws and regulations of the country where the operation is being implemented (including national obligations established under ratified Multilateral Environmental Agreements).	(B.02)
	The operation (including associated facilities) is screened and classified according to their potential environmental impacts.	(B.03)
	The Bank will monitor the executing agency/borrower's compliance with all safeguard requirements stipulated in the loan agreement and project operating or credit regulations.	(B.07)
	Operation for which ex-ante impact classification may not be feasible. These loans are: Policy-based loans, Financial Intermediaries (FIs) or loans that are based on performance criteria, sector-based approaches, or conditional credit lines for investment projects.	(B.13)
	Suitable safeguard provisions for procurement of goods and services in Bank financed projects may be incorporated into project-specific loan agreements, operating regulations and bidding documents, as appropriate, to ensure environmentally responsible procurement.	(B.17)
Potential Safeguard Policy	No potential issues identified	

Items(?)		
Recommended Action:	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s), including B13, for guidance. No project classification required. Submit Report and PP (or equivalent) to ESR.	
Additional Comments:		

ASSESSOR DETAILS	
Name of person who completed screening:	Pevere, Claudia Elena (CLAUDIAP@iadb.org)
Title:	
Date:	2014-07-16

ESTRATEGIA DE SALVAGUARDIAS AMBIENTAL Y SOCIAL

Medio Ambiente

Dada la naturaleza del programa (préstamo basado en políticas) una calificación de impacto ambiental ex ante no es factible. De acuerdo con las Directiva B.13 de la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (GN-2208-20 y la Política OP-703) del Banco, esta operación de reformas de políticas no tendrá impacto directo ni en el medio ambiente ni en los recursos naturales, por lo que no será necesario implementar salvaguardias ambientales durante su preparación y ejecución.

Aspectos Sociales

No se prevé que el programa genere impactos sociales negativos. Por el contrario, se espera un impacto social positivo puesto que las reformas de política y mejoras de gestión identificadas y establecidas como condiciones al desembolso del préstamo beneficiarán mayoritariamente a la población económica y socialmente más vulnerable del país según los criterios del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). Con las condicionalidades se espera incrementar la eficiencia de los sectores de salud y seguridad social, impulsando la afiliación de los más pobres, ampliando la cobertura de aseguramiento de los regímenes subsidiados de salud y pensiones, así como impulsando la transformación de la provisión de los servicios públicos de salud para que brinden servicios de salud de calidad.

ÍNDICE DE ESTUDIOS SECTORIALES FINALIZADOS Y PROPUESTOS

Temas	Descripción	Fechas esperadas	Referencias y enlaces a los archivos técnicos
El sistema de salud y seguridad social en República Dominicana	1 Ley General de Salud	2001	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35282818
	2 Ley Sistema de Seguridad Social	2001	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35282823
	3 El Sector Salud en la República Dominicana y sus desafíos	2010	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36434387
	4 Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana 2010-2030	2010	http://www.economia.gob.do/eweb/archivos/libros/anteproyecto_de_ley_de_end_rd_2010_2030.pdf
	5 Cuentas Nacionales de Salud Republica Dominicana. Informe Gasto Público en Salud 2011	2012	http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/INFO_CuentasNacionalesEnSalud2011_20130215.pdf
	6 Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en la República Dominicana	2012	IDBDOCS-#37719959 - Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en la República Dominicana
	7 Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016	2013	http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/libros/pnpsp-2013-2016-diciembre-14-2013.pdf
	8 Nota Técnica de Salud de República Dominicana	2013	IDBDOCS#38026309
Implementación de los regímenes de salud y pensiones y gestión del Seguro Nacional de Salud (SENASA)	1 Situación actual del sistema de pensiones: retos y desafíos	2009	http://www.sipen.gov.do/documentos/Presentaci%C3%B3n%20CNSS%206-Nov-2008.pdf
	2 <i>Dominican Republic: Can universal coverage be achieved? Background paper</i> del Informe de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud	2010	http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/index.html
	3 El Sistema de Salud de la República Dominicana	2011	http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/20.pdf
	4 Análisis de sostenibilidad financiera y la suficiencia de la cápita del Sistema de la Seguridad Social de Salud	2012	IDBDOCS-#37724750 - Informe 4 FINAL

	5	Sistema dominicano de pensiones. Boletín trimestral No. 43	2014	http://www.sipen.gov.do/documentos/boletin43_sipen.pdf
	6	Superintendencia de pensiones. Memorias institucionales 2013	2014	http://www.sipen.gov.do/documentos/pub_memoria_2013.pdf
Red pública de servicios de salud	1	Proyecto: “Adecuación del modelo de red de los servicios regionales de salud. Revisión del modelo y grado de implantación”	2012	
	2	La reconversión del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)	2014	
	3	Análisis del gasto en salud y desagregación por categoría de provisión y rectoría 2000-2014	Septiembre 2014	
Rectoría del sistema nacional de salud	1	El modelo dominicano de prestación de servicios de salud: una apuesta de futuro	2005	IDBDOCS#38559494
	2	Bases conceptuales para una política nacional de calidad en el sistema nacional de salud	2010	http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_Anexo2RevisionConceptualPolNac_20120813.pdf
	3	Compendio del Sistema de Salud y Primer Nivel de Atención en la República Dominicana	2010	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35282798
	4	Aplicación del sistema de evaluación de la capacidad institucional al Ministerio de Salud	2014	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38762437
	5	Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de la República Dominicana	2014	Informe final en proceso de revisión.
Información para el análisis y la toma de decisiones	1	Indicadores básicos de salud de República Dominicana	2011	http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/Indalud2011.pdf
	2	Encuesta Demográfica y de Salud 2013	2013	Publicación del informe final en preparación.
	3	Informe final de la encuesta para el análisis de cobertura efectiva, gasto en salud y acceso equitativo a servicios en el primer nivel de atención	2013	

	4	Análisis económico de costo beneficio (CBA, por sus siglas en ingles)	Septiembre 2014	
--	---	--	--------------------	--

CONFIDENCIAL

¹ La información contenida en este Anexo es de carácter deliberativo, y por lo tanto confidencial, de conformidad con la excepción relativa a “Información Deliberativa” contemplada en el párrafo 4.1 (g) de la “Política de Acceso al Información” del Banco (Documento GN-1831-28).