

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

REPÚBLICA DOMINICANA

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

(DR-L1079)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

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

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS	2
A. Antecedentes, Problemática y Justificación	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	15
C. Indicadores de Resultados	19
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	20
A. Instrumentos de Financiamiento	20
B. Riesgos Ambientales y Sociales	20
C. Riesgos Fiduciarios	20
D. Otros Riesgos.....	20
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN	21
A. Resumen de los Arreglos de Implementación	21
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados.....	22
IV. CARTA DE POLÍTICA	22

ANEXOS

- Anexo I Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
- Anexo II Matriz de Política

ENLACES ELECTRÓNICOS

REQUERIDOS

1. [Carta de Política](#)
2. [Medios de Verificación](#)
3. [Matriz de Resultados](#)
4. [Plan de Monitoreo y Evaluación](#)

OPCIONALES

1. [Análisis Económico del Proyecto](#)
2. [Apoyo del Banco al Sector Salud de República Dominicana](#)
3. [Importancia relativa de los factores causales de la baja eficiencia del Sector Salud y la baja cobertura del SDSS](#)
4. [Matriz Comparativa](#)
5. [Análisis de Impacto Fiscal](#)

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de Salud
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
DGCSS	Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Salud
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENFT	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo
GORD	Gobierno de la República Dominicana
ICV	Índice de Calidad de Vida
IDSS	Instituto Dominicano de Seguro Social
MAP	Ministerio de Administración Pública
MH	Ministerio de Hacienda
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBP	Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
RC	Régimen Contributivo
RCS	Régimen Contributivo Subsidiado
RD	República Dominicana
RS	Régimen Subsidiado
SDP	Sistema Dominicano de Pensiones
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIPEN	Superintendencia de Pensiones
SISPRE	Sistema de Pensiones de Reparto del Estado
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiario
SNS	Servicio Nacional de Salud
SPNF	Sector Público no Financiero
SRS	Servicios Regionales de Salud
TIR	Tasa Interna de Retorno
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
VPN	Valor Presente Neto

RESUMEN DEL PROYECTO
REPÚBLICA DOMINICANA
APOYO A LA CONSOLIDACIÓN DEL SECTOR SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL II
(DR-L1079)

Términos y Condiciones Financieras								
Prestatario: República Dominicana			Facilidad de Financiamiento Flexible^(a)					
			Plazo de amortización:	15,5 años				
Organismo Ejecutor: Ministerio de Hacienda			VPP original:	12,73 años ^(b)				
			Período de desembolso:	1 año				
Fuente	Monto (US\$)	%	Período de gracia:	11 años ^(b)				
BID (CO):	300 millones	100	Comisión de inspección y vigilancia:	^(c)				
			Tasa de interés:	Basada en LIBOR				
			Comisión de crédito:	^(c)				
			Moneda de aprobación:	Dólares estadounidenses con cargo al Capital Ordinario				
Total:	300 millones	100						
Esquema del Proyecto								
Objetivo del proyecto/descripción: Esta es la segunda y última de una serie programática de dos operaciones, cuyo objetivo general es consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que viene implementando el Gobierno de República Dominicana (GORD) en ambos sectores.								
Condiciones contractuales especiales: El desembolso del financiamiento del Banco está condicionado al cumplimiento de las condiciones de política señaladas en el Anexo II (Matriz de Políticas), en adición al cumplimiento de las demás condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo (¶3.2).								
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.								
El proyecto califica^(d):								
	SV	<input checked="" type="checkbox"/>	PE	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	CI	<input type="checkbox"/>

^(a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

^(b) La Vida Promedio Ponderada (VPP) Original y el período de gracia podrán ser menores de acuerdo con la fecha efectiva de firma del contrato de préstamo.

^(c) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

^(d) SV (Países Pequeños y Vulnerables), PE (Reducción de la Pobreza y Aumento de la Equidad), CC (Cambio Climático, Energía Sostenible y Sostenibilidad Ambiental), CI (Cooperación e Integración Regional).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

- 1.1 Esta es la segunda y última operación de una serie programática de dos operaciones, bajo la modalidad de Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP), que tiene el objetivo de consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que viene implementando el Gobierno de República Dominicana (GORD) en ambos sectores. En la primera operación, (DR-L1073, 3382/OC-DR), el programa apoyó, mediante el componente de seguridad social, el aumento de la cobertura del sistema de pensiones, a través de cambios en el diseño y la definición de políticas, mejoras en la focalización de los beneficios, mejoras en el acceso a la información, el fortalecimiento de la capacidad de monitoreo y evaluación del sistema y el fomento de la cultura previsional y la educación financiera. Mediante el componente de salud, la primera operación apoyó la elaboración y la aprobación de medidas normativas e instrumentos clave para mejorar la eficiencia del gasto en salud, incluyendo la separación de las funciones de rectoría y provisión, la reorganización del modelo de atención, una estrategia de calidad, la Ley de Carrera Sanitaria, la actualización del plan de beneficios de salud y el fortalecimiento de la institución responsable por el aseguramiento de la población más pobre. Esta segunda operación da continuidad a estas acciones apoyando la profundización de normativas, además de promover y facilitar la puesta en marcha de las políticas y estrategias apalancadas bajo la primera operación.
- 1.2 **Desempeño macroeconómico reciente y necesidades de financiamiento.** República Dominicana (RD) ha sido una de las economías más dinámicas de la región en la última década. Entre 2005 y 2014, su producto interno bruto real (PIB) registró un crecimiento promedio de 5,8%, muy por encima del promedio regional de 3,7%. En 2014, RD registró un crecimiento de 7,3%, mientras en 2015, las autoridades estiman una tasa de crecimiento entre 5,5% y 6,0%.
- 1.3 El impulso observado en el crecimiento económico ha permitido al GORD implementar un proceso progresivo de consolidación fiscal, luego del significativo deterioro de la posición fiscal en 2012. Este proceso incluyó un incremento de los ingresos fiscales de 14% del PIB en 2012 a 15% en 2014, junto con una reducción del gasto de capital de 6,4% del PIB en 2012 a 2,9% en 2014. Como resultado, el déficit del Sector Público No Financiero (SPNF) alcanzó 3% del PIB en 2014, inferior al déficit registrado en 2012 (6,6%). Para 2015, el gobierno proyecta un déficit de 2,4% del PIB.
- 1.4 A pesar de la tendencia hacia la consolidación fiscal, la persistente posición deficitaria del SPNF sugiere una tendencia creciente de mediano plazo para la deuda pública y las necesidades brutas de financiamiento del sector público, particularmente tomando en cuenta los compromisos fiscales derivados de las iniciativas públicas en los sectores educación y salud, y las inversiones derivadas de un pacto para el sector eléctrico. Para 2015 se prevé necesidades brutas de financiamiento equivalentes al 5,8% del PIB (aproximadamente

US\$3.840 millones). Este PBP proveerá apoyo presupuestario de US\$300 millones para financiar el déficit fiscal, permitiendo cumplir con la estrategia de endeudamiento público del GORD. El monto de esta operación representa hasta un 18,9% del déficit fiscal estimado, y cerca de 7,8% de las necesidades brutas de financiamiento del sector público para 2015.

1. Los sistemas de seguridad social y salud

- 1.5 **Reformas a los sectores de seguridad social y salud.** En 2001 el GORD inició una reforma estructural de los sectores de seguridad social y salud mediante la promulgación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud. Ambas reformas tienen como fin alcanzar una cobertura universal y efectiva¹. Previo a la reforma, existían regímenes de aseguramientos aislados y fragmentados que beneficiaban a una minoría. La Ley 87-01 estableció tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento en pensiones y salud: (i) Régimen Contributivo (RC) para asalariados; (ii) Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) para trabajadores por cuenta propia con ingresos superiores al salario mínimo; y (iii) Régimen Subsidiado (RS) para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo².
- 1.6 **El Sistema Dominicano de Pensiones (SDP).** El SDP se instrumentó a partir de un sistema de capitalización individual con cuentas administradas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). El RC en pensiones es el único régimen que se ha implementado, financiado a través de la contribución compartida entre el trabajador asalariado (30%) y su empleador (70%)³. El marco legal creó la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) con la finalidad de supervisar el cumplimiento de la ley y vigilar la solvencia de las AFP; la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) como responsable del recaudo; y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) para atender a las necesidades de los beneficiarios y promover el sistema. Si bien la Ley instituyó el sistema previsional como de capitalización individual, dio cabida a que los regímenes de carácter estatal y privados preexistentes pudieran seguir operando de forma cerrada con sus afiliados. Se estableció que los regímenes de reparto público quedarán a cargo del Sistema de Pensiones de Reparto del Estado (SISPRE), un subsistema del SDSS y bajo el Ministerio de Hacienda (MH).
- 1.7 **El Sistema Nacional de Salud.** El planteamiento más relevante de la Ley General de Salud de 2001 fue la separación de las funciones básicas del sistema de salud (rectoría, financiamiento y provisión). El Ministerio de Salud Pública (MSP) se encargará exclusivamente de la rectoría. La TSS quedó a cargo de los aportes de seguridad social provenientes de las nóminas y las contribuciones del GORD, y gira un per cápita a las Administradoras de Riesgos

¹ En 2001, sólo 7% de los trabajadores estaba cubierto por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

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 contribuciones de trabajadores y empleadores se calculan sobre la base del salario cotizable. El Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del RC se financia con el aporte de 9,97% del salario cotizable, mientras que el RC en salud se financia con el aporte 10,13% del salario cotizable.

de Salud (ARS). Las ARS privadas proveen aseguramiento a la población del RC. La ARS pública, el Seguro Nacional de Salud (SENASA), asegura a la población del RS. El CNSS es responsable de definir el paquete de servicios de salud, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS). En cuanto a los servicios, los afiliados al RC pueden elegir entre prestadores públicos o privados. Los afiliados al RS sólo pueden ser atendidos en establecimientos públicos, a cargo de los Servicios Regionales de Salud (SRS), unidades desconcentradas del MSP.

2. Desafíos del sistema de seguridad social

- 1.8 La baja cobertura actual del sistema de pensiones es en parte reflejo de un SDSS de reciente creación con aspectos incompletos en su implementación, y de un mercado laboral con alta incidencia del sector informal. El RC en pensiones –solo para trabajadores asalariados- comenzó en 2003 con alrededor de medio millón de asalariados cotizando, el equivalente al 18% de la población ocupada⁴. Este porcentaje creció 12 puntos porcentuales hasta 2010 (llegando a 30% de la población ocupada), y a partir de allí se mantuvo relativamente estable, o creciendo a una tasa más baja. A fines de 2014 el porcentaje de cotizantes se encuentra en 35% de la población ocupada⁵, siendo en términos relativos uno de los más bajos de la región. A su vez, existe evasión del RC, por cuanto solo 64% del total de trabajadores asalariados cotizan⁶. Por otro lado, solo 15% de los adultos mayores de 65 años recibe una pensión para la vejez y, de no actuarse, la cobertura seguirá siendo una de las más bajas de la región en 2050⁷. A lo anterior se suma que el SDSS no ha podido desarrollarse de manera integral. El RCS, tanto en salud y pensiones, y el RS en pensiones todavía no han iniciado su implementación.
- 1.9 Estos desafíos de cobertura e implementación del sistema están relacionados con una serie de determinantes que se describen en la siguiente sección y que incluyen: (i) aspectos del diseño de la Ley de Seguridad Social que limitan el aumento de cobertura del SDSS; (ii) aspectos de diseño para la implementación del RS; (iii) falta establecer el nuevo marco regulatorio para el SISPRE; (iv) fortalecer los canales de información para aumentar la cobertura del RC; (v) falta de un sistema único de monitoreo y evaluación integral de los indicadores de resultados del SDSS; y (vi) una baja cultura previsional; siendo los aspectos del diseño del marco legal del SDSS los factores de mayor importancia.

⁴ RD tiene una de las tasas de desempleo más altas de la región (14,9% en 2014) y una de las tasas de trabajadores por cuenta propia más altas (42% a 2014).

⁵ La SIPEN ha realizado estudios para entender el estancamiento de la cotización y encuentra que muchos afiliados dejan de cotizar por razones de pérdida de empleo, o porque pasan a ser cuenta propia, o por falta de información sobre la cotización del empleador, entre otras.

⁶ Dato promedio de 2014 con base en datos del Banco Central y SIPEN.

⁷ La falta de previsión para la vejez impone costos sociales y aumenta los riesgos de la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones (Bosch et al 2013).

3. Determinantes de la baja cobertura⁸ y avances en el SDSS desde la primera operación

- 1.10 **Marco normativo del SDSS necesita ajustes.** En la primera operación de PBP se identificó la necesidad de modificar aspectos clave del diseño del SDSS que requieren modificaciones a la propia legislación para encaminar un proceso de expansión del aseguramiento de una manera más integral, con menores distorsiones sobre el mercado laboral, y fortaleciendo instituciones clave del sistema para mejorar la fiscalización de las contribuciones y la calidad de los servicios. En este sentido, en su estado actual, la Ley de Seguridad Social 87-01 debería ser modificada en cuatro aspectos principales: (i) armonizar puntos en la Ley que resaltan diferencias salariales o por condición laboral y que pueden causar distorsiones en el mercado laboral, al desincentivar la cotización tanto de trabajadores como de empleadores, y que dificultan la implementación consolidada de un sistema integral para todos los trabajadores^{9,10}; (ii) facultar a la TSS ejercer un poder sancionador de los casos de evasión, elusión y sub-declaración de salarios del RC, con el fin de hacer más efectivas sus acciones de fiscalización y aumentar el cumplimiento en el pago de cotizaciones¹¹; (iii) facultar a la DIDA para medir la calidad y oportunidad en la entrega de las prestaciones a los afiliados¹²; y (iv) determinar una periodicidad para actualizar las pensiones según el índice de precios al consumidor¹³.
- 1.11 Con apoyo de la primera operación de PBP, el gobierno demostró el compromiso de avanzar en esta dirección, al elaborar un anteproyecto con modificaciones a la Ley incluyendo los temas identificados en la primera operación. Para esta segunda operación se avanzó en los objetivos planteados en la serie programática con la realización de estudios sobre el alcance de las medidas contenidas en el anteproyecto y de la ley vigente. Esto permitió incluir elementos complementarios al anteproyecto original¹⁴. Con estos avances

⁸ [Enlace Opcional 3.](#)

⁹ La implementación parcial del SDSS en cuanto a los regímenes de pensiones ha aumentado la divergencia entre las obligaciones y derechos de los trabajadores asalariados y no asalariados (quienes aún no tienen un canal para ingresar al sistema, ni por la vía voluntaria).

¹⁰ La evidencia señala que los incentivos a cotizar podrían verse afectados por el diseño de regímenes de financiamiento que hacen distinciones según la condición laboral. Levy (2008) y Bosch et al 2013, op. Cit; Busso, Fazio y Levy 2012.

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

¹² El rol de protección a los afiliados en RD le fue asignado a la DIDA, pero en la Ley vigente no se establecían facultades para el monitoreo de calidad de servicio. Un ejemplo del impacto que puede tener este tipo de medidas se ve en el caso de Chile. La Superintendencia de Pensiones comenzó a medir y publicar calidad de servicio a partir de 2005, reduciéndose los tiempos de tramitación de beneficios de pensión de vejez de entre 20 a 53 días en 2006 a entre 7 y 15 días en 2014, según comunicados de prensa del a Superintendencia de Pensiones (www.spensiones.cl).

¹³ En el caso de pensiones de sobrevivencia, discapacidad y rentas vitalicias de vejez, la Ley actual establece que se deben reajustar, pero no se normó la periodicidad para los reajustes, generando potencial incertidumbre y potencial arbitrariedad en un parámetro sensible.

¹⁴ Durante esta segunda operación, al analizar el texto de la ley vigente se identificaron nuevos artículos que podrían ser revisados para avanzar hacia un sistema con menos distorsiones en el mercado laboral y que deberían ser adicionadas al anteproyecto. Por ejemplo: los artículos 19 y 7 hacen referencia a un subsidio que aportará el estado a trabajadores por cuenta propia para “suplir la falta de empleador formal”. Esta última especificación podría incentivar a que los empleadores de microempresas se oculten para eludir, o a que se desincentive a ser empleador mientras haya un subsidio ante la falta de

concretos el GORD prepara la presentación del anteproyecto al Congreso Nacional, reanudando su compromiso con esta serie programática.

1.12 **El RS de pensiones no ha iniciado.** El RS de pensiones se planteó en la Ley 87-01 como un régimen solidario de apoyo a la cobertura previsional de la población pobre mayor de 60 años. Al momento de la primera operación, se identificó la necesidad de avanzar en una secuencia de pasos para completar su implementación. Los pilares solidarios requieren criterios bien definidos para el otorgamiento de los beneficios, a fin de evitar pérdidas de eficiencia por potenciales desincentivos a la participación laboral y al trabajo formal¹⁵. Con la primera operación, el GORD demostró un avance importante en el diseño de la focalización de las pensiones solidarias a través de un decreto que modifica el criterio de elegibilidad de la población beneficiaria y establece un reglamento que utiliza el Índice de Calidad de Vida (ICV) del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)¹⁶ como herramienta de focalización, en reemplazo del salario mínimo. Con apoyo de esta operación, se busca que se concreten tres pasos pendientes para la implementación del RS: (i) establecer un protocolo para la asignación y emisión de la lista de elegibles de pensiones solidarias, utilizando el ICV¹⁷; (ii) identificar el patrón de hogares elegibles siguiendo el protocolo establecido; y (iii) estimar la sustentabilidad financiera del otorgamiento de las pensiones solidarias.

1.13 **Falta de armonización del SISPRE al marco legal vigente.** Los regímenes que conformarían el SISPRE continúan funcionando a cargo del Estado sin contar con una adecuación al marco de la Ley 87-01 y sin un enfoque integral en relación a los demás planes de pensiones del Estado, quienes operan al margen del SDSS y con escasa fiscalización. Para hacer frente a este desafío, el GORD identificó como necesario organizar el SISPRE bajo un enfoque integral y regular el Régimen General de Pensiones de Reparto a cargo del Estado para todos los afiliados activos y pasivos que permanecen en dicho Régimen (Leyes 379-81 y 1896), tomando en cuenta las implicancias fiscales que tendrían las diversas medidas. Con el apoyo de la primera operación, se elaboró un análisis del costo fiscal de los cambios paramétricos incluidos en el anteproyecto de SISPRE¹⁸. Con el apoyo de esta operación, se busca impulsar la finalización del anteproyecto de Ley que recoja los resultados del informe fiscal y su presentación en el Congreso Nacional. El análisis de costo fiscal mencionado

empleador. El artículo 31 señala que uno de los regímenes de financiamiento es para trabajadores informales, lo cual puede generar desincentivos a ser formal. Asimismo, el art.7 requiere ser actualizado ante la vigencia del Decreto 381-13 que establece como criterio el índice de calidad de vida de SIUBEN para determinar la elegibilidad de los beneficiarios del RS, mientras la Ley aún expresa que el salario mínimo es el criterio.

¹⁵ Levy (2008) y Bosch, Melguizo y Pagés (2013); Carvalho Filho, 2008; Galiani y Gertler (2009).

¹⁶ El SIUBEN es la institución encargada de dar la elegibilidad a la programación de protección social y subsidios al consumo. El SIUBEN ya cuenta con información socioeconómica para 5,7 millones de personas (2012), lo que hace factible su uso para el RS en pensiones.

¹⁷ Según la Ley 87-01, el monto de las pensiones corresponde al 60% del salario mínimo del sector público, equivalente a US\$70. El RS en pensiones estaba estipulado en el presupuesto para iniciarse en 2014 para cubrir 1.500 pensiones, pero faltaba determinar un mejor criterio y protocolo para la focalización. En cuanto a las implicancias fiscales, el GORD prevé iniciar gradualmente, dependiendo de la fuerte restricción presupuestaria para este tipo de gasto.

¹⁸ Isa Contreras, Pavel (2015) "Costo fiscal de la propuesta del Sistema de Pensiones de Reparto del Estado en la República Dominicana".

hizo evidente la escasa información sobre las pensiones públicas de reparto para realizar este tipo de evaluaciones y la necesidad de avanzar en un adecuado monitoreo de los sistemas de reparto, proponiéndose implicancias de los eventuales cambios paramétricos y fortalecimiento los sistemas de información. La readecuación de las pensiones de reparto bajo el SISPRE permitirá una mejor fiscalización presupuestaria por parte del MH del funcionamiento de los diferentes planes de pensiones estatales que aún operan y sus pasivos contingentes.

- 1.14 **Baja densidad de cotización al RC.** La proporción de trabajadores asalariados que cotizan al RC se ha visto estancado en los últimos años; además, un 36% de los asalariados que deberían cotizar no lo vienen haciendo¹⁹. Dado el diseño del SDSS y la estructura de incentivos existente, un canal fundamental para aumentar la cobertura del RC es la provisión de información a los trabajadores sobre los beneficios a los que tienen derecho al cotizar para una pensión²⁰. Los instrumentos de acceso a la información tienen un alcance inmediato para incentivar las cotizaciones y controlar la evasión al RC²¹. Con el apoyo de la primera operación, la DIDA expandió su cobertura con cinco nuevas oficinas de asistencia en zonas remotas del país, mientras que la SIPEN implementó servicios electrónicos para que los afiliados conozcan su situación con las AFP y sus estados de cuenta, y puedan calcular el monto de su pensión²². Con el apoyo de esta segunda operación, se busca dar continuidad a estas acciones y reforzar los servicios de información de la DIDA a lo largo del país, incluyendo campañas de información sobre el SDSS en medios masivos, talleres y unidades móviles.
- 1.15 **Ausencia de sistema de monitoreo integral del SDSS.** Actualmente, cada entidad del SDSS administra su propia base de datos, lo que genera duplicaciones e incompatibilidades entre los indicadores clave del SDSS, dificultando su monitoreo efectivo e integral. En este contexto, una función de monitoreo bien planeada y ejecutada es una herramienta esencial para la planeación y presupuestación efectivas basadas en resultados, permitiendo mejorar la institucionalidad, gobernanza e integralidad de los sistemas de

¹⁹ Según cálculos basados en datos del Banco Central y SIPEN para el promedio de 2014.

²⁰ En el libro de Mejores Pensiones Mejores Trabajos -Bosch et al (2013)- se identifican la “optimización de la información y la valorización de los beneficios” como uno de los temas que afectan los incentivos a la generación de ahorro a través de los sistemas contributivos. También se resalta la experiencia de Chile, donde se ha comenzado a ejecutar un conjunto de iniciativas orientadas a transmitir información previsional a los trabajadores con el objetivo de motivarlos a participar de manera plena en el sistema de pensiones (pág. 130). Finalmente, Behrman, et al. (2012) establecen que la educación financiera se expresa en una mayor acumulación de fondos dentro de un sistema privado de pensiones.

²¹ Según información brindada por TSS y SIPEN, se han detectado casos en los que el empleador no realiza la cotización al día, los afiliados no siempre reciben su estado de cuenta de la AFP -por ende, la rentabilidad de sus fondos y otras variables-, o desconocen cuál es su AFP y el cálculo de su pensión.

²² Aun cuando es difícil el evaluar el impacto de este tipo de medidas en el caso de RD por su reciente implementación, se espera un incremento en densidades de cotización ya que hay evidencia proveniente de diversos contextos del efecto positivo de medidas que aumentan la valoración por el ahorro. En Chile, una experiencia apoyada por la OECD que envió información previsional con proyecciones de pensión tuvo efectos positivos sobre decisiones de ahorro. Fajnzylber, Plaza y Reyes, 2009, en [Documento de Trabajo N°31: “Better-informed Workers and Retirement Savings Decisions: Impact Evaluation of a Personalized Pension Projection”](#). Resultados similares al de Chile se han mostrado para el impacto de recordatorios sobre decisiones de ahorro, Karlan et al. (2012) “Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving.” Documento de trabajo del NBER Nro. 16205.

gobierno²³. El Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018 definió un conjunto de actividades prioritarias para el desarrollo integral del SDSS, entre las que se encuentra la creación de un sistema de monitoreo y evaluación que permita mejorar los procesos de toma de decisiones basadas en resultados, y de esta manera reforzar las funciones de rectoría, regulación, operación, supervisión y fiscalización de las instancias del SDSS²⁴.

- 1.16 Con la primera operación, se conformó un comité intersectorial encargado de diseñar y supervisar el proyecto de creación del sistema de monitoreo. El comité quedó conformado por todas las entidades que cuentan con bases de datos del SDSS, incluyendo: la Oficina Nacional de Estadística (ONE), la SIPEN, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la TSS, la DIDA, y el SENASA, y bajo la coordinación del CNSS para el seguimiento del Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018. Luego de la conformación del comité, se identificó la hoja de ruta para la entrada en funcionamiento del sistema y se ejecutaron las actividades necesarias para la primera fase de implementación del sistema de monitoreo del SDSS, que incluyen acciones como: la conformación de una base de datos única del SDSS, el análisis de las estadísticas del sistema y el piloto de las nuevas plataformas de información. El GORD ha avanzado en las metas del plan operativo fijado luego de la creación del comité con un alto compromiso. Con el apoyo de esta segunda operación se busca dar continuidad a estas acciones con el desarrollo de las actividades para la primera fase de implementación del sistema de monitoreo, y con el objetivo de que el SDSS cuente con un sistema de monitoreo y evaluación integral que sirva para medir el progreso de las políticas en seguridad social y salud y proveer información que permita corregir o ajustar políticas de manera oportuna.
- 1.17 **Baja cultura previsional de la población.** Un aspecto fundamental que afecta la afiliación y la cotización al SDP es la baja valoración y la falta de conocimiento sobre los beneficios del ahorro para la vejez²⁵. Según datos de la Encuesta General de Cultura Económica y Financiera (EGCEF)²⁶, a pesar de que el 83% de la población encuestada reportó preocuparse por “cubrir los gastos del hogar debido a la vejez”, los resultados reflejan el bajo conocimiento acerca de los fondos de pensiones²⁷. Reconociendo la necesidad de generar la cultura previsional y brindar educación financiera a la población, el Plan Estratégico de Seguridad Social 2014-2018 incluyó entre sus objetivos un plan de educación financiera. Con el apoyo de la primera operación, se conformó el Comité

²³ Argumentos sobre la necesidad de establecer un sistema efectivo de M&E se encuentran en: Banco Mundial y BID (2005) “Hacia la Institucionalización de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina y el Caribe” y en Shack, N., 2008. Fortalecimiento de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina. Banco Mundial, y CLAD.

²⁴ El Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018 contiene planes operativos para organizar a las entidades del SDSS a fijar objetivos, metas y un cronograma de actividades para realizar acciones prioritarias para el desarrollo del SDSS.

²⁵ Bosch et al (2013) señalan experiencias con potenciales efectos positivos en la creación de una cultura previsional en la región. Para Chile, Landerretche y Martínez (2011) señalan que la educación en planes de pensiones se traduce en mayores ahorros y más probabilidades de cambiar el tipo de fondo de pensiones. Hastings y Mitchell (2011) y Hastings, Mitchell y Chyn (2010) observan que las personas con mayor formación financiera escogen cuentas de pensiones con menores gastos administrativos.

²⁶ La EGCEF fue realizada por el Banco Central en 2014.

²⁷ El 34% de los respondientes menores a 60 años afirmaron que acumularán “ahorros y activos financieros” suficientes para la vejez, pero sólo el 15% del grupo de más de 60 años indicaron que cuentan con ese capital.

Intersectorial (conformado por el CNSS y la SIPEN) encargado de avanzar en la implementación del plan de educación financiera. Tomando lo anterior en cuenta, esta segunda operación apoya dos medidas operativas indispensables para llevar a cabo el proyecto y que incluyen: (i) el proceso de elaboración del plan operativo anual; y (ii) su correspondiente asignación presupuestaria para avanzar en el proceso de preparación del proyecto. Esta asignación permitirá avanzar en la preparación de las actividades principales para la implementación, como el diseño de currículo y materiales educativos.

4. Desafíos del Sistema Nacional de Salud

- 1.18 El gasto público per cápita en salud es bajo en comparación con países de ingresos similares²⁸ y hay indicios de que el nivel actual sería insuficiente para expandir la cobertura efectiva del RS²⁹. En el actual contexto de restricción fiscal, es oportuno impulsar intervenciones eficaces orientadas al aumento de la eficiencia del gasto.
- 1.19 RD obtiene un bajo rendimiento por su inversión en salud. Las tasas de mortalidad materna de países de ALC con un nivel de desarrollo económico similar a RD sugieren que se puede obtener mayores avances con un gasto público per cápita en salud menor³⁰. Estimaciones DEA³¹ de la eficiencia técnica del gasto en salud encuentran que el gasto de RD fluctúa entre un 30% y 83% de su potencial desempeño, medido por diversos indicadores³². Asimismo, existe ineficiencia en la asignación de los recursos. En 2014, apenas el 6% de los recursos del MSP fueron para acciones de prevención y salud pública. Un análisis de los gastos del RS muestra que SENASA destina 86% del gasto a hospitales, pues 90% de las consultas ambulatorias son realizadas en hospitales y no en centros de atención primaria³³.
- 1.20 Las medidas orientadas a generar mejoras en la eficiencia del gasto son imperativas para asegurar que los recursos presentes y futuros, destinados al sector, resulten en mayores ganancias en salud por peso invertido. Las mejoras de eficiencia podrían tener el mismo efecto que incrementos de recursos para la salud, asumiendo que los ahorros derivados de estas mejoras se retienen y redistribuyen en el sistema³⁴. La baja eficiencia del gasto público se relaciona a un conjunto de determinantes que se describen en la siguiente sección y que

²⁸ El promedio de ALC, excluyendo países de renta alta, es US\$434 (vs. US\$256 en RD). *World databank and WHO 2012*. En 2013, el gasto público en salud de RD alcanzó 2,8% del PIB (ALC promedió 3,7%).

²⁹ Entre 2007 y 2014 la cobertura pasó de 500 mil personas a 6,1 millones (66% de la población); de éstos, el 34% pertenece al RC y el 32% al RS. La meta es expandir el RS de tres millones en 2014 a 3,7 en 2016. Los recursos movilizados por el RS son bajos para su cobertura, apenas el 3% del gasto público en salud. Rathe y Hernandez 2014.

³⁰ La tasa de mortalidad materna en Jamaica y Ecuador es 83,4 y 60 por 100.000 nacidos vivos, vs. 108,7 en RD (OPS 2014). El gasto en salud per cápita es US\$220 en Jamaica, US\$255 en Ecuador y US\$256 en RD (OMS 2013).

³¹ Análisis envolvente de datos (DEA por sus siglas en inglés).

³² De 191 países, RD está 17 puntos porcentuales por debajo del país más eficiente en producir expectativa de vida saludable (*Evans DB et al. 2001*). Otro análisis la sitúa alrededor de 30% en la frontera de producción de varios indicadores de salud. Marinho et al. 2012.

³³ Rathe y Hernandez 2014.

³⁴ Chisholm and Evans. 2010. *Improving Health System Efficiency as a Means of Moving Towards Universal Coverage*. Smith, 2009. *Measuring value for money in healthcare: Concepts and tools*. London: The Health Foundation.

incluyen: (i) aspectos normativos que limitan la separación de funciones de rectoría y provisión, la efectividad de los servicios de prestación, y la realización de mejoras en la calidad de los servicios y en los incentivos para los profesionales de salud; (ii) debilidades institucionales para el desarrollo de la rectoría y gestión del financiamiento en salud; y (iii) desactualización del catálogo de prestaciones.

5. Determinantes de la baja eficiencia del gasto público en salud

- 1.21 **La separación de funciones de rectoría y provisión estaba inconclusa**³⁵. La reforma del sector salud estableció que el MSP se concentre en la rectoría³⁶, la provisión esté a cargo de los SRS, y el SENASA sea el único financiador de la red de servicios, la cual sería gestionada y articulada por los SRS. Todavía en el año 2014 esta separación no se había hecho efectiva y el MSP asignaba el 63% de su presupuesto directo a la provisión de servicios. Asimismo, debido a la insuficiente capacidad institucional de los SRS, el MSP seguía involucrado directamente en la gestión de los proveedores de salud.
- 1.22 A fines de 2014, con el apoyo de la primera operación del PBP, se aprobó el Decreto Presidencial No.379-14, que dio inicio al proceso de separación de funciones creando la Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSS), que remplazó el Viceministerio de Atención a las Personas del MSP. La DGCSS permanece integrada organizacionalmente al MSP y es la instancia que transitoriamente está a cargo de la gestión de la provisión, de los SRS y proveedores. Los avances operativos para la separación de funciones incluyen formulación de presupuestos separados para el MSP y la DGCSS para el 2016, elaboración de un convenio marco de gestión entre el MSP y la DGCSS y definición del modelo de gestión para los SRS acorde a los cambios normativos. Asimismo, se está realizando la división de pasivos y activos entre ambas entidades. Sin embargo, como la DGCSS sigue integrada al MSP, todavía hay limitaciones administrativas para que ésta asuma las funciones determinadas por la separación, como el hecho de que los recursos humanos de las unidades de atención primaria y de los hospitales siguen estando en la nómina del MSP.
- 1.23 Con el apoyo de esta segunda operación, se busca acelerar la institucionalización de la DGCSS, para que la separación de funciones adquiera un carácter permanente y sostenible, y para conferir a la DGCSS la autonomía necesaria para ejercer sus funciones. Se impulsará una Ley que institucionalice la DGCSS, que pasará a llamarse Servicio Nacional de Salud (SNS) y que contará con independencia administrativa, financiera y técnica para organizar, articular y gestionar los SRS y los proveedores.
- 1.24 **La organización de la provisión de servicios ha limitado la efectividad de las intervenciones.** La reforma busca que los prestadores públicos y privados operen como redes, con la atención primaria como puerta de entrada. En este modelo el punto focal para la resolución de la mayoría de las necesidades de los usuarios es un proveedor habitual del nivel primario que atiende a una población

³⁵ La separación de funciones es crucial para la consolidación de la reforma [Enlace Opcional 3](#).

³⁶ ¶1.26 sobre la rectoría.

- definida, cuenta con tecnología y recursos adecuados y coordina y articula la atención por medio de mecanismos de referencia y contra-referencia con proveedores más especializados³⁷. Este modelo tendría un impacto favorable en la eficiencia del sistema, al reducir la tasa de crecimiento de los costos y eliminar duplicidades, y favorecer el uso de intervenciones efectivas para prevenir y manejar un importante porcentaje de problemas de salud^{38,39,40}.
- 1.25 Según estudios, la resolutivez de los servicios de salud del primer nivel en RD es baja, la referencia y contra-referencia es débil y el nivel de articulación vertical entre prestadores limitado. Como consecuencia, la población tiende a acudir directamente a los niveles secundario y terciario, lo cual encarece la prestación⁴¹. Con el apoyo de la primera operación, se impulsó la aprobación de un nuevo modelo de atención integral para el Sistema Nacional de Salud, que define: (i) la estructura organizacional de los prestadores públicos, con la atención primaria como puerta de entrada al sistema y funcionando en red con los demás niveles de atención; y (ii) los principios, directrices y parámetros a ser utilizados por los SRS para brindar los servicios de salud. Esta segunda operación apoyará el dimensionamiento de los recursos requeridos para la implementación del modelo de atención a nivel nacional, y acciones requeridas para iniciar su operación gradual en los SRS.
- 1.26 **Rezagos en el desarrollo de la rectoría.** Una buena rectoría crea las condiciones para que las autoridades cumplan con sus responsabilidades y dirijan el sistema a ser más eficiente. La evidencia muestra que los países con mejores políticas e instituciones obtienen mayor impacto en salud por punto porcentual adicional de PIB invertido en el sector^{42,43}. Evaluaciones de RD identifican debilidades institucionales en el MSP para ejercer la rectoría⁴⁴. Existe limitada capacidad de emitir e implementar regulaciones y desarrollar instrumentos que asignen recursos según las necesidades de salud y con criterios de costo efectividad. Esto se debe a que el MSP todavía mantiene la estructura funcional pre-reforma, concentrada en la provisión. A fin de que asuma su función, el MSP debe definir y hacer operativa una estructura organizacional que refleje la rectoría del Sistema Nacional de Salud como el centro de sus acciones.
- 1.27 Con el apoyo de la primera operación, se definió y presentó para la aprobación del Ministerio de Administración Pública (MAP) una nueva estructura organizacional y funcional del MSP, la cual refleja las responsabilidades del MSP

³⁷ Starfield, 2011. "Politics, Primary Healthcare and Health: Was Virchow Right?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 65 (8) (August): 653–5.

³⁸ WHO (2012). "Improving chronic illness care through integrated health services delivery networks". Coleman, et al.(2009). "Evidence on the chronic care model in the new millennium".

³⁹ La evidencia empírica en ALC asocia el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) con una mejor expectativa de vida y con reducciones en mortalidad general e infantil, bajo peso al nacer, y hospitalizaciones evitables (Macinko et al 2011, Rosero-Bixby 2004, Borhan et al 2010). El APS se correlaciona con menores costos y al favorecer a las poblaciones más vulnerables, reduce inequidades en salud (Kringos et al 2013, Lynch et al 2004).

⁴⁰ Bodenheimer 2008, Hans et al 2012, Springer et al 2010.

⁴¹ *Consultoría I Gestión* (2012) Adecuación del modelo de red a los SRS. RD. MSP.

⁴² Impacto medido por indicadores de mortalidad infantil y materna, desnutrición y mortalidad por tuberculosis.

⁴³ *Wagstaff and Claeson. 2004. The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges.*

⁴⁴ Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, 2006.

en cuanto a la rectoría, incluyendo conducción sectorial, inteligencia sanitaria y regulación. Esta segunda operación apoyará la puesta en marcha de esta estructura por medio de la formulación y la aprobación de un Plan Estratégico del MSP, para guiar los próximos pasos de la entidad en relación a la formulación e implementación de políticas, a la generación y el análisis de información y a la regulación de bienes, servicios e insumos.

- 1.28 **Se requiere mejorar la calidad de la oferta de los servicios de salud.** Los indicadores de acceso a servicios maternos e infantiles en la RD son adecuados. El país tiene una cobertura de atención prenatal del 95,4% y de partos institucionales del 97,5%⁴⁵. Sin embargo, la mortalidad materna e infantil están entre las más altas de ALC⁴⁶, lo que indica baja calidad de los servicios públicos de salud⁴⁷. Por ejemplo, un estudio observacional de médicos de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel⁴⁸, demuestra que 57% no siguió correctamente los protocolos de asistencia durante el parto⁴⁹. Asimismo en el país sólo un tercio de las unidades de atención primaria alcanzan estándares de habilitación para operar según la norma.
- 1.29 Con apoyo de la primera operación, se impulsó la aprobación de la Política Nacional de Calidad en Salud, que establece los lineamientos del sector para: (i) la habilitación y la acreditación de los establecimientos salud; (ii) el establecimiento de normas y estándares mínimos de calidad en la provisión de productos y servicios de salud y gestión; y (iii) el monitoreo y evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria brindada⁵⁰. Esta segunda operación apoyará la puesta en marcha de la política, fomentando avances en la habilitación de establecimientos de salud de nivel secundario y terciario y la definición de parámetros para el monitoreo de la calidad de la atención materno-infantil, siendo esto último un paso para mejorar el acceso a servicios seguros y efectivos de salud sexual y reproductiva.
- 1.30 **Faltan incentivos para mejorar la productividad y el desempeño de los profesionales de salud.** La carrera sanitaria, definida como las normas y descripciones que regulan el empleo público en salud, y la relación laboral entre los trabajadores y las instituciones sanitarias, es un factor importante para la atracción y retención de profesionales y la generación de incentivos para un mejor desempeño⁵¹. En RD, hasta el 2014, no existía un plan de carrera y una política salarial para los profesionales de salud, ni mecanismos para el monitoreo y la evaluación periódica del desempeño de los trabajadores⁵². La ausencia de un esquema adecuado de incentivos ha sido uno de los factores

⁴⁵ ENDESA 2013.

⁴⁶ 108,7/100.000 y 24,8/1.000 nacidos vivos respectivamente, versus 62,8 y 15,7 en ALC (OPS 2014).

⁴⁷ Estudio realizado por la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) en el 2002, Miller et al. 2003, Péres Then 2008, Quiterio et al. 2008.

⁴⁸ Péres-Then 2011.

⁴⁹ Pérez-Then (2011), CERSS (2002), Miller et al. (2003), Pérez-Then (2008), Quiterio et al. (2008).

⁵⁰ MSP. Política Nacional de calidad en salud. Santo Domingo. Octubre 2013, pg. 15.

⁵¹ *Pan-American Health Organization. 2006. Challenges to the management of human resources for health. 2005-2015. Area of Health Systems Strengthening Human Resources for Health Unit. Washington, D.C.*

⁵² Salud en las Américas 2012: volumen de países. OPS 2012.

que contribuyen hacia la alta rotación de recursos humanos, la elevada inasistencia, el incumplimiento de los horarios de trabajo y la baja motivación⁵³.

- 1.31 Para mejorar la actuación de los profesionales de salud, la primera operación impulsó la promulgación de la Ley 395-14, que instituyó la Carrera Sanitaria para los servidores públicos de salud. Esta establece las relaciones laborales entre servidores públicos y el estado, bajo principios de eficiencia y eficacia, integralidad y selección y promoción basada en el mérito; clasifica y define los cargos contemplados en la carrera sanitaria; especifica los contenidos de los planes de desarrollo de recursos humanos; y define el proceso de selección y reclutamiento del personal. Esta segunda operación apoyará la elaboración de los principales reglamentos de la Ley, para avanzar hacia su implementación.
- 1.32 **El Catálogo del PDSS no ha sido actualizado.** El PDSS define el conjunto mínimo de servicios de salud que debe ser garantizado a toda la población afiliada al SDSS. El PDSS vigente no había sido actualizado desde 2009 y la DIDA había estado reportando un número creciente de quejas en cuanto a las exclusiones e inclusiones del mismo. Por ejemplo, PDSS cubre el diagnóstico, pero no asegura los procedimientos quirúrgicos requeridos. Evaluaciones del PDSS encuentran un sesgo hacia procedimientos curativos y de mayor complejidad.
- 1.33 Para garantizar la cobertura integral de las enfermedades o problemas de salud prioritarios para RD, la primera operación del PBP dio soporte a la contratación de una consultoría internacional para conducir la revisión y actualización del Catálogo del PDSS, con metodologías participativas que involucran representantes de todas las entidades del sector. El proceso ha sido riguroso y transparente, y ha habido cambios importantes en el Catálogo, como la inclusión de prestaciones costo-efectivas de promoción y prevención. Esta segunda operación continuará dando soporte a la actualización del Plan, hasta que se cuente con un producto final consensuado y legitimado por los principales actores del sector.
- 1.34 **La gestión del financiamiento del RS de salud requiere capacidad técnica.** La buena gestión del financiamiento y del riesgo en salud es indispensable para que una entidad aseguradora garantice la cobertura efectiva de la población afiliada y la sostenibilidad financiera de los recursos. La existencia de un área técnica destinada a la actuaría es fundamental para este propósito. El SENASA, quien administra el RS del SDSS, no contaba con capacidad de realizar análisis actuariales para una gestión eficiente de recursos.
- 1.35 La primera operación apoyó al SENASA para la creación de una unidad de análisis actuarial que proveerá información para orientar los procesos de gestión de riesgo en salud. Las principales funciones de esta unidad incluyen: (i) elaboración de estudios actuariales; (ii) estimación de la prima de asegurados; y (iii) elaboración de reservas (prima no devengada, siniestros avisados, no avisados y desviación catastrófica), entre otras. Esta segunda operación apoyará la puesta en marcha de la unidad de análisis actuarial, garantizando que ésta cuente con recursos humanos y capacidad técnica para elaborar los

⁵³ Pérez-Then (2011) analizó de adherencia a los protocolos de atención en el segundo y tercer nivel.

estudios mencionados, estimar las primas de los asegurados y realizar el análisis de siniestralidad de SENASA, entre otras actividades.

6. Apoyo del Banco a los sectores de seguridad social y salud

- 1.36 **Trabajo operativo.** El Banco apoya los sectores de salud y seguridad social a través de distintas operaciones. Las operaciones del sector salud que se desarrollan desde 2009 buscan mejorar la calidad de la asistencia y la eficiencia del gasto en salud por medio de fortalecimiento de la atención primaria y servicios preventivos ([Enlace Opcional 2](#)); también se apoya el fortalecimiento de la rectoría y la mejora de la gestión del sector. En el sector de seguridad social las operaciones se enfocan en el diseño y desarrollo de un sistema integral de pensiones con el objetivo de aumentar cobertura, con eficiencia, equidad y sostenibilidad. Para ambos sectores, el PBP complementa las acciones hacia el logro de los objetivos prioritarios⁵⁴.
- 1.37 **Apoyo técnico.** Dos Cooperaciones Técnicas (CT) dan soporte a las reformas. La ATN/OC-14616-DR (Apoyo a la Reforma del Sector Salud y Seguridad Social), tiene como objetivo apoyar al GORD a profundizar la actual reforma integral financiando actividades para generar información sobre el diseño, reglamentación e implementación de medidas que conduzcan a mejoras en cobertura, equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema. En apoyo a esta segunda operación, la ATN/OC-14616-DR apoyará el análisis de las medidas incluidas en el anteproyecto de modificaciones a la Ley 87-01 y de las pensiones solidarias, y también la elaboración de los reglamentos de la Ley de Carrera Sanitaria. Otra CT (ATN/OC-14167-DR, Apoyo a la implementación de la reforma del sector salud) apoya la revisión del Catálogo del PDSS (¶1.32 y 1.33).
- 1.38 **Lecciones aprendidas.** La primera operación de la presente serie y la cartera de CT (ATN/OC-14616-DR y ATN/OC-14167-DR) que la complementa han promovido el dialogo técnico entre las diferentes instituciones claves del SDSS y entre dichas instituciones y el Banco, que ha generado los siguientes aprendizajes⁵⁵. Primero, la definición de las áreas estratégicas de la operación de forma alineada con las prioridades del GORD facilita el compromiso político para desarrollar la serie programática (¶1.39). Segundo, el apoyo con las CT ligadas a la serie programática ha sido valorado por los equipos de la contraparte como crítico para la resolución de temas técnicos y operativos que pueden poner en riesgo la sostenibilidad de las reformas, lo que da pie a darle continuidad a este soporte en esta siguiente fase. Tercero, la participación activa del MH en la etapa de preparación y seguimiento de los proyectos facilita la articulación en las decisiones relativas a la asignación de recursos presupuestales para la implementación de las reformas. Cuarto, la expansión de cobertura de los sistemas de salud y de seguridad social debe ir en paralelo con

⁵⁴ El PBP "Apoyo a la Productividad y Formalización" (3326/OC-DR) tiene un objetivo complementario al apoyo de esa operación, enfatizando en medidas operativas para el control de la evasión y el aumento de la formalización de los trabajadores para el aumento de la productividad agregada del país. El préstamo fue aprobado el 12 de noviembre de 2014 y se desembolsó el 19 de febrero de 2015.

⁵⁵ Estas lecciones son congruentes con buenas prácticas derivadas de operaciones similares en la región (PBP "Programa de Gestión de Resultados para la Inclusión Social II", PE-L1154).

el soporte normativo requerido para su implementación, lo que en esta operación se refleja en el apoyo a la elaboración y aplicación de normas para ambos sectores (¶1.29, 1.52, 1.10, 1.12 y 1.45). Finalmente, la conformación de comités interinstitucionales e intersectoriales propicia un diálogo efectivo y facilita la búsqueda de consensos entre las instituciones, lección que se aplica al proceso de elaboración de los reglamentos de carrera sanitaria (¶1.52).

- 1.39 **Alineación estratégica.** El programa contribuirá a las prioridades de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: (i) apoyar el desarrollo de países pequeños y vulnerables; y (ii) reducir la pobreza y mejorar la equidad brindando cobertura de pensiones a la población pobre y mejorando la eficiencia del gasto público en salud. El programa contribuirá a las metas regionales del GCI-9 de reducción de mortalidad materna e infantil. El programa está alineado con la estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4). El programa está alineado al 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 2013-2016 (GN-2748). Asimismo, es consistente con la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2010-30, que persigue el aseguramiento en salud y pensiones y un sistema único y sostenible de seguridad social. Está alineado a los marcos sectoriales de Salud y Nutrición (GN-2735-3) y de Trabajo (GN-2741-3), que incluyen entre sus objetivos el fortalecimiento de la capacidad institucional de los sistemas de salud de forma de aumentar su eficiencia, y el incremento de la cobertura de los sistemas de aseguramiento social. Por último, el programa está alineado a los objetivos de la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008), al buscar combatir el desafío de exclusión social y desigualdad a través del aumento de mecanismos de protección social (i.e. seguros de salud y sistemas jubilatorios), y cumplir con el principio de la multisectorialidad al adoptar una solución integral e interdisciplinaria.

B. Objetivos, Componentes y Costo

- 1.40 El objetivo general de la serie programática es consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que viene implementando el GORD en ambos sectores.
- 1.41 Con la primera operación el GORD se comprometió a impulsar acciones estratégicas que ya conformaban su plan de reformas, pero que enfrentaban desafíos de implementación, como se describió anteriormente. Los compromisos acordados cumplen con uno o más de los siguientes criterios⁵⁶: (i) son reconocidos como buenas prácticas con el potencial de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios; (ii) existe capacidad institucional para llevar a cabo su implementación; y (iii) cuentan con el respaldo del GORD al más alto nivel para impulsarlos. Esta segunda operación mantiene los objetivos y la estructura de los componentes originales que el Banco acordó con el GORD al inicio de la serie programática, e incorpora a las condiciones elementos que refuerzan el

⁵⁶ Estos criterios se basan en lecciones aprendidas por el BID en RD y otros países.

programa. La [Matriz de Políticas](#) presenta las acciones de política planteadas para ejecutar el desembolso de recursos de esta segunda operación.

- 1.42 **Componente 1. Estabilidad del Marco Macroeconómico.** El objetivo de este componente es asegurar un contexto macroeconómico congruente con los objetivos del programa según establecido en la Matriz de Políticas. Para esta segunda operación, se mantiene en la matriz de políticas la misma condición.
- 1.43 **Componente 2. Consolidación del Sistema de Seguridad Social.** El objetivo de este componente es mejorar progresivamente la cobertura mediante medidas dirigidas a completar la implementación del sistema de pensiones en lo referente a su marco legal, aspectos operativos, sistemas de monitoreo, programas de información y educación financiera.
- 1.44 Con apoyo de la primera operación de la serie programática el GORD elaboró un anteproyecto con modificaciones a la Ley de Seguridad Social que permiten mejorar el diseño del SDSS, promulgó un Decreto que introdujo mejoras en la focalización de las pensiones solidarias, elaboró un análisis del costo fiscal de la reorganización del SISPRE, expandió sus servicios de información con la apertura de nuevas oficinas en zonas remotas y la aplicación de herramientas electrónicas, y conformó dos comités intersectoriales, uno para avanzar en la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación del SDSS y otro para la implementación de un plan de educación financiera.
- 1.45 Esta segunda operación de la serie programática mantiene los objetivos originales y da continuidad al trabajo realizado en la primera fase a través del cumplimiento de las siguientes condiciones: 2.1 La presentación al Congreso Nacional del anteproyecto de ley de modificaciones a la Ley 87-01 de Seguridad Social que incluya temas respecto al tratamiento de regímenes de financiamiento, sanciones para casos de evasión y elusión de las cotizaciones de la Seguridad Social, responsabilidades a la DIDA para medir la calidad de la entrega de prestaciones y servicios, y la periodicidad específica en la indexación de pensiones; 3.1 La determinación del padrón de hogares elegibles del RS de pensiones utilizando el índice del SIUBEN, resguardando la sostenibilidad financiera y equidad del sistema; 4.1 La presentación al Congreso Nacional del anteproyecto de Ley del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE) que organiza y establece un nuevo marco regulatorio para éste; 5.1 La incorporación en las campañas de información de los cambios promovidos en el SDSS por esta operación para apoyar su socialización entre la población beneficiaria; 6.1 El cumplimiento del plan operativo establecido para 2015 para que el sistema de monitoreo entre en funcionamiento; y 7.1 El desarrollo por parte del Comité Interinstitucional de planes de acción basados en el Plan Estratégico del SDSS que incluya instituciones responsables, actividades y presupuesto para la promoción de la cultura previsional y financiera. Se mantienen cuatro de las seis condiciones previstas al inicio de la serie programática. Se incorporaron algunos ajustes a la redacción de dos condiciones con el fin de reforzarlas y mejorar su entendimiento. En otras dos condiciones se precisaron las acciones institucionales conducentes al logro de los objetivos, como se explica a continuación ([Matriz Comparativa](#)).

- 1.46 Respecto a la condición 6.1, para esta segunda operación se tenía prevista la entrada en funcionamiento del sistema de monitoreo. Con ese objetivo, una vez conformado el comité intersectorial, se identificó que para poder poner en funcionamiento el sistema, era necesario seguir una hoja de ruta con metas anuales y se inició la ejecución de todas las actividades necesarias para desarrollar la primera fase de implementación del sistema y preparar su puesta en funcionamiento para 2016. El institucionalizar un sistema de monitoreo y evaluación requiere múltiples tareas, como las que se identificaron al iniciarse las actividades del comité y que se han ido desarrollando con un alto compromiso de las siete organizaciones que lo conforman bajo la coordinación del CNSS, quien realiza el seguimiento a las metas del Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018⁵⁷. Las actividades que se definieron y se están avanzando son: (i) el control de consistencias y la definición de un glosario común de indicadores; (ii) la conformación de una base de datos única a partir de las distintas estadísticas manejadas por las entidades del SDSS; (iii) el piloto de las nuevas plataformas de información; y (iv) el aseguramiento de la calidad de la producción estadística a través de la elaboración de manuales normativos y la documentación en el Programada Acelerado de Datos (PAD) de las operaciones estadísticas del sector. Para dar cuenta de esta primera fase de implementación identificada al iniciar las tareas del Comité, se modificó esta condición con el fin de asegurar que se ejecuten las actividades del Comité Intersectorial necesarias para el cumplimiento de las metas propuestas para el período de la serie programática ([Matriz Comparativa](#)).
- 1.47 La condición 7.1 se modificó para apoyar medidas operativas indispensables que se identificaron al iniciar las acciones del Comité Intersectorial originado en la primera operación. Estas medidas operativas incluyen la fijación de un presupuesto y un plan operativo anual que servirán para preparar los contenidos del plan de educación financiera, previo a la elaboración de las pautas y lineamientos del Plan de Educación financiera que se mencionaban en la condición original ([Matriz Comparativa](#)). Específicamente, en el marco del Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018 que es monitoreado por el CNSS, el Comité Intersectorial se comprometió a diseñar un Plan Operativo Anual (POA) y asignar un presupuesto específico a la SIPEN que permitirá avanzar más concretamente en la preparación de tres actividades principales para la implementación del plan de educación financiera: (i) el diseño de contenidos y materiales necesarios para incorporar el tema de seguridad social en el *pensum* académico; (ii) el diseño de contenidos y materiales para capacitar a los docentes; y (iii) el establecimiento de acuerdos con instituciones académicas especializadas en temas de seguridad social.
- 1.48 **Componente 3. Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.** El objetivo de este componente es apoyar la expedición de medidas normativas y la aplicación de herramientas gerenciales que impulsen y faciliten la ejecución de estrategias prioritarias para mejorar la eficiencia del gasto en salud.
- 1.49 A través de la primera operación, el programa apoyó la aprobación de un Decreto Presidencial que dio inicio al proceso de separación de funciones de rectoría y provisión de servicios, la aprobación de un modelo de atención integral

⁵⁷ CNSS, ONE, SISALRIL, SIPEN, DIDA, TSS y SENASA.

para el Sistema Nacional de Salud articulado en redes integradas y con enfoque hacia la atención primaria, la aprobación de una nueva estructura organizacional y funcional del MSP centrada en la rectoría, la aprobación de la Política Nacional de Calidad en Salud, la aprobación de la Ley de Carrera Sanitaria para los servidores públicos de salud, el inicio a la actualización del Catálogo del PDSS, y la creación de la unidad de análisis actuarial de SENASA.

- 1.50 Esta segunda operación de la serie programática da continuidad al trabajo realizado en la primera fase a través del cumplimiento las siguientes condiciones: 8.1 La entrada en vigencia de la Ley que crea el Servicio Nacional de Salud; 9.1 El dimensionamiento de los recursos necesarios para el desarrollo del modelo de atención en los nueve SRS existentes en el país y el inicio de su implementación en al menos tres de ellos; 10.1 La entrada en funcionamiento de la nueva estructura organizacional y funcional del MSP, enfocada en su función rectora, y la aprobación de un Plan Estratégico del MSP; 11.1 La puesta en vigencia de la política de calidad de salud y avances en la habilitación de los establecimientos del sector salud y la definición de parámetros para monitorear la calidad de la asistencia materno-infantil; 12.1 La elaboración y envío para aprobación al poder ejecutivo de los reglamentos complementarios previstos en la Ley de Carrera Sanitaria; 13.1 La actualización del Catálogo del PDSS; y 14.1 La entrada en funcionamiento de la de Unidad de Análisis Actuarial del SENASA. Se mantienen cinco de las condiciones previstas al inicio de la serie programática. Se modificó el alcance de dos condiciones, que se explica a continuación ([Matriz Comparativa](#)).
- 1.51 En relación a la condición 8.1, durante la primera operación se documentó que el carácter transitorio de la DGCSPS lleva a obstáculos administrativos que limitan el ejercicio pleno de sus funciones. Por ello es necesario dar prioridad a garantizar la institucionalización y autonomía de la DGCSS, para que ejerza su función de provisión y para dar mayor sostenibilidad a la separación de funciones. En esta línea, para la segunda operación se reforzó la condición original acordando impulsar la aprobación en el Congreso Nacional de una ley que institucionaliza la DGCSS, pasando a llamarse Servicio Nacional de Salud. Esta es una medida de mayor alcance y sostenibilidad para el proceso de separación de funciones ([Matriz Comparativa](#)).
- 1.52 En cuanto a la condición 12.1, al momento del diseño de la serie programática, se definió como condicionalidad de esta segunda operación la entrada en vigencia de los reglamentos complementarios previstos en la ley. Sin embargo, durante el desarrollo de la primera operación se ha identificado la necesidad de replantear esta condición para reforzar tanto la factibilidad de su entrada en vigencia y posterior implementación, como su sostenibilidad en el tiempo, ya que es una reglamentación que genera alta sensibilidad gremial, involucra múltiples actores y cuya elaboración es compleja desde el punto de vista técnico. Por ello esta segunda operación apoyará el compromiso del GORD de elaborar reglamentos robustos, que incorporen mejores prácticas obtenidas de experiencias de la región en desarrollo de Carrera Sanitaria⁵⁸ y las lecciones de

⁵⁸ Informe del foro: "Tendencias y desafíos en la definición e implementación de la carrera sanitaria" Editora Almonte, República Dominicana, 2008. "El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la Región de las Américas", OPS 2006.

la primera operación en la actualización del PDSS. El proceso de elaboración de los reglamentos⁵⁹, impulsará la conformación de un equipo interinstitucional para el desarrollo y la validación de la propuesta de reglamento de ley, que articule la División de Recursos Humanos del MSP con distintas instancias de planificación, servicios, registro y finanzas a fin de que los reglamentos sean congruentes con los nuevos lineamientos para el recurso humano que surgen de la efectiva separación de funciones y de la implementación del modelo de atención y la política de calidad. La elaboración de los reglamentos incorporará la perspectiva de los diferentes actores y gremios, hará un mapeo de responsables y roles, e identificará mecanismos de seguimiento y evaluación.

- 1.53 Los cambios en las condiciones 6.1, 7.1, 8.1 y 12.1 no afectan el cumplimiento de los objetivos propuestos del programático, ya que impulsan acciones mejor identificadas para poner en funcionamiento un sistema integral de monitoreo, crear cultura previsional y financiera, separar efectivamente funciones de rectoría y provisión, y para crear las condiciones hacia mejor distribución y ejercicio del recurso humano del SNS.
- 1.54 Al final de la serie programática el GORD contará con nuevas medidas legislativas y desarrollos institucionales que por sí mismos generan capacidades, incentivos y dinámicas para dar continuidad a las intervenciones del PBP. Por ejemplo, el nuevo PDSS se podrá mantener actualizado pues su diseño incluirá mecanismos y herramientas para ello que han sido apropiadas por los actores relevantes. Finalizado este PBP, también prosigue el apoyo de las CT para dar respuesta a necesidades técnicas y operativas de etapas futuras de implementación de las reformas de seguridad social y salud.

C. Indicadores de Resultados

- 1.55 Las acciones de política que promueve esta operación forman parte de un conjunto de intervenciones que, sostenidas en el tiempo, tendrían un impacto positivo sobre la cobertura del SDSS y la eficiencia del gasto en salud en el corto largo plazo. La [Matriz de Resultados](#) propone indicadores que permiten evaluar el desempeño de la serie programática, a nivel de resultados en el corto plazo, los cuales son indicativos de mejoras que se darían en el mediano y largo plazo en las siguientes dimensiones: (i) cobertura de los sistemas de seguridad social; (ii) capacidad resolutoria de los centros de salud en el primer nivel de atención; y (iii) eficiencia del gasto en el sector salud. Los avances en los indicadores de la matriz de resultados se medirán a finales de 2016.
- 1.56 **Análisis económico.** Partiendo de referentes internacionales, el [Análisis Económico](#) de la serie programática estimó todos los costos e identificó los principales beneficios que se derivan directamente de la implementación de las medidas de la matriz de política. En el componente de salud el beneficio se cuantificó como el ahorro obtenido por las intervenciones dirigidas a mejorar la eficiencia. En el componente de seguridad social el beneficio se cuantificó como el crecimiento económico generado por el efecto del sistema pensional sobre el mercado de trabajo y el mercado financiero. Se compararon los beneficios y costos monetarios de un escenario en que los desencadenantes y acuerdos del

⁵⁹ Apoyado por la ATN/OC-14167-DR.

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

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 Esta operación está estructurada bajo la modalidad programática con base en los lineamientos y las directivas establecidas en el nuevo marco de financiamiento (GN-2200-13). La misma constituye la segunda de dos operaciones vinculadas técnicamente pero financiadas en forma independiente, en línea con el documento CS-3633-1 para la preparación e implementación de PBP. Se eligió una serie programática a fin de brindar un apoyo de mediano plazo al programa de reformas en seguridad social y salud que viene impulsando el GORD, así como promover un diálogo técnico continuo y posibles refinamientos a la estrategia de implementación. El monto de la presente operación es de US\$300 millones.

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.2 Esta operación no financia inversiones físicas y tampoco prevé actividades con implicaciones negativas sobre los recursos naturales, por lo que no requiere clasificación de impacto ex ante (B.13) de la Política de Cumplimiento de Salvaguardia del Medio Ambiente (OP-703).

C. Riesgos Fiduciarios

- 2.3 El Organismo Ejecutor (OE) muestra un nivel de desarrollo institucional y un desempeño adecuados para el manejo de la operación, reflejándose también una buena experiencia y desenvolvimiento en la utilización de los mecanismos de gestión financiera, administrativa y técnica de acuerdo a las normas del Banco. Con base en la experiencia de la ejecución de programas anteriores no se identifican posibles riesgos que impacten en la gestión de una nueva operación, salvo un no cumplimiento de las condiciones y cláusulas contractuales acordadas en el convenio de préstamo. Para mitigar este riesgo se mantendrá una buena supervisión técnica por parte del Banco.

D. Otros Riesgos

- 2.4 **Macroeconómicos y de sostenibilidad fiscal.** Existe un riesgo de vulnerabilidad de la economía a variaciones de la demanda externa. El GORD

ha adoptado medidas para reajustar las finanzas públicas y modificar la política monetaria.

- 2.5 También hay un riesgo relacionado al potencial impacto fiscal de las reformas. Sin embargo, un análisis indica que el avance gradual de las reformas de salud propuestas permitirá que el gobierno absorba los costos de las medidas en una forma sostenible y sin poner en riesgo las finanzas públicas ([Análisis de Impacto Fiscal](#)). En el área de seguridad social, para aquellas medidas en las cuales aún no se ha estimado el costo, se ha acordado con el GORD el desarrollo de estudios de su alcance fiscal⁶⁰. A la sostenibilidad de las medidas contribuye también el compromiso político de RD para la consolidación de estas reformas, reflejado en la END 2010-2030 y en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016, y en el incremento en 11% y 13,4% de los recursos asignados para el sector salud y la seguridad social, respectivamente.
- 2.6 **Gestión pública y gobernabilidad.** La naturaleza multisectorial y la complejidad de la economía política de las intervenciones, genera el riesgo de demoras en la implementación de las reformas debido a la necesidad de consenso político y de una estrecha coordinación entre instituciones. Este es el caso de la reglamentación de la Ley de Carrera Sanitaria y la presentación al Congreso Nacional de las modificaciones de la Ley 87-01. Para mitigar este riesgo, se escogió al MH como OE porque tiene la capacidad y la autoridad para liderar la convocatoria y seguimiento con todos los actores y garantizar el cumplimiento de los compromisos de la Matriz de Políticas según la ruta crítica acordada. Asimismo, las CT de apoyo a las reformas (¶1.37) incorporan en su diseño enfoques intra e intersectoriales y la construcción de consensos.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 El prestatario es la RD. La ejecución del programa y la utilización de los recursos del financiamiento serán llevados por el prestatario a través del MH, el cual será denominado el OE. El Viceministerio de Crédito Público, dentro del MH, será la instancia que se encargará de coordinar y articular las acciones de política y operativas necesarias para el cumplimiento de los compromisos por parte del MSP, el CNSS, el SENASA, el SNS y la DIDA. Contará con una experta dedicada exclusivamente a este propósito y para apoyar la entrega de la evidencia de cumplimiento en tiempo y forma.

⁶⁰ Para el área de seguridad social para las medidas que puedan implicar un aumento del gasto, se solicitaron estudios de los costos fiscales. Con apoyo de la primera operación se financió un análisis de los costos fiscales relacionados a las medidas comprendidas en el Anteproyecto del SISPRE, que concluye que el costo fiscal del SISPRE comparado con el costo del régimen vigente es bajo y aún bajo supuestos más agresivos respecto al comportamiento del número de personas que se pensionarían en los próximos años el peso podría llegar a ser importante. Para la presente operación, se financiará un informe técnico del alcance de las medidas del anteproyecto de modificaciones a la Ley 87-01, y un informe con la estimación de costos fiscales de las pensiones solidarias, que el GORD prevé iniciar gradualmente, dependiendo de la fuerte restricción presupuestaria para este tipo de gasto.

- 3.2 El desembolso del financiamiento del Banco está condicionado al cumplimiento de las condiciones de política señaladas en la Matriz de Políticas, en adición al cumplimiento de las condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.3 Dada la naturaleza de la operación, el Plan de Monitoreo y Evaluación acordado con el GORD consiste principalmente en la verificación del cumplimiento de las condiciones de política, y establece que la Matriz de Política, la Matriz de Resultados, la Matriz de Medios de Verificación y la Ruta Crítica serán los instrumentos para dar seguimiento a los productos del programa. El seguimiento de los indicadores de resultado utilizará: (i) Sistema de Información del MSP; (ii) Sistema de Información de la SIPEN; (iii) Sistema de Información de la DIDA; y (iv) Encuesta Nacional de Hogares Múltiples. Los Medios de Verificación serán recopilados de los sistemas nacionales y documentos oficiales. El MH será responsable de recopilar las informaciones de seguimiento de la operación y de consolidarlas en informes a presentar al Banco siguiendo los acuerdos del presente plan ([Plan de Monitoreo y Evaluación](#)).
- 3.4 Se acordó la realización de una evaluación económica que consistirá en un Análisis de Costo-Beneficio ex post para el conjunto de medidas de política impulsadas por la serie programática. El horizonte del análisis será el período comprendido desde el inicio de la implementación de las medidas hasta el año de realización de la evaluación, con el objetivo de medir los cambios de mediano plazo, pues hay cambios de política cuyo efecto trascenderá el momento de la evaluación. Dicha evaluación será responsabilidad del Banco.

IV. CARTA DE POLÍTICA

- 4.1 En la [Carta de Política](#) el MH describe las acciones de política en el ámbito macro y sectorial que el país está implementado y que tiene previsto realizar. Dichas acciones son consistentes con los objetivos del programa.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	-Préstamos a países pequeños y vulnerables -Préstamos para reducción de la pobreza y promoción de la equidad		
Metas regionales de desarrollo	-Tasa de mortalidad materna -Tasa de mortalidad infantil		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)			
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país			
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2748	Mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y la sostenibilidad financiera del sector.	
Matriz de resultados del programa de país	La intervención no está incluida en el Programa de Operaciones de 2015.		
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad			
	Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
3. Evaluación basada en pruebas y solución	8,8		10
3.1 Diagnóstico del Programa	10,0	33,33%	10
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4,0		
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	3,0		
4. Análisis económico ex ante	10,0	33,33%	10
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	4,0		
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	2,4		
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	1,2		
4.4 Supuestos Razonables	1,2		
4.5 Análisis de Sensibilidad	1,2		
5. Evaluación y seguimiento	6,5	33,33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo	1,5		
5.2 Plan de Evaluación	5,0		
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos/probabilidad	Medio		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B.13		
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información.	
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.	
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Sí	La intervención contribuirá a mejorar la calidad de servicios estratégicos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres de República Dominicana, como son la atención prenatal, durante el parto y durante el puerperio. Las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil en el país indican la baja calidad de la asistencia. Mientras la atención al servicio prenatal y el parto institucional son prácticamente universales, la mortalidad materna e infantil están entre las más altas de la región. Por esta razón, uno de los objetivos de la Política Nacional de Calidad es definir e institucionalizar los indicadores que serán utilizados en los instrumentos de monitoreo y evaluación de los servicios materno-infantil.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	El Banco ha apoyado el cumplimiento de las condiciones de política incluidas en la operación a través de dos cooperaciones técnicas (CT). La CT número DR-T1098 apoya los objetivos específicos del proyecto, mediante la contratación de consultorías para apoyar el proceso de separación de funciones en el sector salud y realizar estudios clave en el área de la seguridad social. La CT número DR-T1111 apoya la revisión del Catálogo del Plan de Servicios de Salud.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.			

Esta es la segunda y última operación de una serie programática cuyo objetivo general es consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que está implementando el Gobierno de República Dominicana en ambos sectores. En el componente de seguridad social, se proponen intervenciones para mejorar la cobertura y la eficiencia del sistema. Los principales determinantes identificados son: (i) el diseño de la Ley de Seguridad Social que limita el aumento de cobertura del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y la implementación del Régimen Subsidiado(RS); (ii) la falta de un nuevo marco regulatorio para el Sistema de Pensiones; (iii) escasos canales de información para la población; (iv) la falta de un sistema único de monitoreo y evaluación integral del SDSS; y (v) una baja cultura previsional. Estos desafíos se sostienen con información del Banco Central y la Superintendencia de Pensiones en relación al bajo porcentaje de la población ocupada que cotiza y a las altas tasas de informalidad.

El documento es congruente con el diagnóstico presentado en la nota técnica de salud para la estrategia del Banco con República Dominicana (2013-2016) y con los análisis realizados para la primera operación. Las intervenciones serán implementadas mediante el padrón de hogares elegibles para recibir las pensiones solidarias y los servicios de información para orientar a la población sobre los beneficios de la cotización. Los resultados esperados del proyecto serán el aumento del número de afiliados al Régimen Subsidiado de pensiones y del número de personas que reciben orientación sobre los beneficios de la seguridad social.

En el componente de salud, se proponen intervenciones para mejorar la eficiencia del gasto público en el sector. El gasto público per cápita en Dominicana es bajo en comparación con otros países de ingresos similares, y el nivel actual de gasto público sería insuficiente para expandir la cobertura efectiva del RS. También se muestran estimaciones de la ineficiencia técnica del gasto público. Se propone implementar un nuevo modelo de atención, la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios y la actualización del catálogo del Plan de Servicios de Salud. Se espera que aumente el número de intervenciones ambulatorias que ocurren en el primer nivel de atención, la reducción del gasto de bolsillo en salud y el aumento del gasto público en salud dedicado a los servicios de prevención.

El documento incluye evidencia de que en otros países de América Latina se han implementado intervenciones similares con resultados positivos. La matriz de resultados muestra la lógica vertical del programa. Se propone realizar un análisis de costo-beneficio ex post para evaluar el programa. Las acciones de mitigación propuestas incluyen reuniones de seguimiento, consultorías y diálogo con el gobierno e instituciones.

MATRIZ DE POLITICAS

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	Condiciones cumplidas PBP I	Acuerdos PBP II *
Componente I. Marco macroeconómico y fiscal estable y sostenible para apoyar la viabilidad de los objetivos del programa		
1) Marco de política macroeconómica adecuado	(1.1) Que se mantenga un marco de política macroeconómica adecuado	(1.1) Que se mantenga un marco de política macroeconómica adecuado
Componente II. Apoyo a la consolidación del Sistema de Seguridad Social para mejorar su cobertura y eficiencia		
2) El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) cuenta con un diseño de regímenes de financiamiento que permite expandir la cobertura de la población dominicana con sostenibilidad financiera y promoviendo la integralidad y eficiencia del sistema	(2.1) Que se hayan elaborado las modificaciones a la Ley 87-01 para, al menos: - definir el tratamiento de los regímenes de financiamiento no implementados de forma que se evite la segmentación del aseguramiento por condición laboral. - facultar al TSS a sancionar los casos de evasión y elusión de las cotizaciones de la seguridad social - adicionar responsabilidades a la DIDA con la finalidad de medir la calidad y oportunidad en la entrega de prestaciones e informaciones recibidas por los afiliados -determinar la indexación de las pensiones con periodicidad específica	(2.1) Que se haya presentado al Congreso Nacional el anteproyecto de ley de modificaciones a la Ley 87-01 de Seguridad Social que incluya los siguientes temas: (i) definir el tratamiento de los regímenes de financiamiento no implementados de manera que se eviten distorsiones en el mercado laboral (ii) facultar a la TSS para sancionar los casos de evasión y elusión de las cotizaciones de la seguridad social (iii) adicionar responsabilidades a la DIDA con la finalidad de medir la calidad y oportunidad en la entrega de prestaciones e informaciones recibidas por los afiliados (iv) determinar la indexación de las pensiones con periodicidad específica
3) La implementación del Régimen Subsidiado (RS) en pensiones se ha iniciado	(3.1) Que se haya promulgado el reglamento de procedimientos para otorgar pensiones solidarias incluyendo el índice del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) como criterio de elegibilidad para la focalización.	(3.1) Que el padrón de hogares elegibles del RS de pensiones se haya determinado utilizando el índice del SIUBEN como principal instrumento del protocolo de implementación, resguardando la sostenibilidad financiera y equidad del sistema
4) El SDSS se encuentra unificado y cuenta con un subsistema de pensiones de reparto estatal que se adecúa a su nuevo marco jurídico	(4.1) Que se haya elaborado un análisis del costo fiscal de la reorganización del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE)	(4.1) Que se haya presentado al Congreso Nacional el anteproyecto de Ley del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE) que organiza y establece un nuevo marco regulatorio para el SISPRE

* [Matriz Comparativa](#). Condiciones Acordadas para la Segunda Operación vs. Condiciones Acordadas en la Propuesta de Préstamo de la Primera Operación del PBP.

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	Condiciones cumplidas PBP I	Acuerdos PBP II *
5) La cobertura del régimen contributivo (RC) se ha incrementado	(5.1) Que se hayan establecido nuevos servicios de información, en específico: - Herramientas de acceso a la información disponibles a los beneficiarios por medios electrónicos, incluyendo como mínimo: calculadora de pensiones, acceso al estado de cuenta. - Apertura de cinco nuevos puntos de información, particularmente en zonas más remotas	(5.1) Que las campañas de información hayan incorporado los cambios promovidos en el SDSS por esta operación para apoyar su socialización entre la población beneficiaria
6) El SDSS cuenta con un sistema integral de monitoreo	(6.1) Que se haya conformado un Comité Intersectorial de estadística ad hoc integrado por un representante de las siguientes instituciones: Oficina Nacional de Estadística (ONE), Superintendencia de Pensiones (SIPEN), Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), Seguro Nacional de Salud (SENASA), para diseñar y supervisar la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación del SDSS para su desarrollo integral	(6.1). Que se haya cumplido con el plan operativo establecido para el año 2015 para que el sistema de monitoreo entre en funcionamiento
7) Los beneficios de la seguridad social y el ahorro son valorados y conocidos por la población de distintas edades	(7.1) Que el CNSS haya creado un Comité Interinstitucional (ad hoc) responsable de desarrollar las pautas, normas, lineamientos técnicos y legales, así como los procedimientos para la formulación, evaluación, aprobación y ejecución del Acuerdo Nacional que promueva la cultura previsional y financiera	(7.1) Que el Comité Interinstitucional haya desarrollado planes de acción basados en el Plan Estratégico del SDSS, incluyendo: (i) las instituciones responsables, (ii) sus actividades, y (iii) un presupuesto definido para la promoción de la cultura previsional y financiera
Componente III. Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.		
8) Se inicia la separación de funciones de rectoría y provisión del Ministerio de Salud Pública (MSP)	(8.1) Que se haya iniciado la separación de funciones de rectoría y provisión del MSP, mediante la desconcentración administrativa, funcional y territorial del Vice-Ministerio de Atención a las Personas, el cual pasará a llamarse Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSPS) y se le encargará la coordinación de los servicios regionales de salud, con sus establecimientos de salud; así como, de los centros auto-gestionados de servicios de salud	(8.1) Que haya entrado en vigencia la Ley que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), una entidad pública con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa, financiera y técnica para promover, coordinar y gestionar la prestación de servicios, con el apoyo de unidades regionales desconcentradas – los SRS

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	Condiciones cumplidas PBP I	Acuerdos PBP II *
9) La provisión de servicios se ha reorganizado y con la atención primaria como puerta de entrada	(9.1) Que se haya oficializado el nuevo modelo de atención del Sistema Nacional de Salud, el cual deberá contener: i) una definición de la nueva estructura organizacional de los prestadores públicos, con la atención primaria como puerta de entrada, y funcionando en red con los demás niveles de atención, ii) la definición de los principios, directrices y parámetros a ser utilizados por los servicios regionales para brindar los servicios de salud, y iii) las responsabilidades y funciones de los actores del sector (el MSP, las direcciones provinciales de salud, las entidades aseguradoras, los prestadores de los servicios de salud individual y colectiva, y finalmente, los ciudadanos, familias y comunidad)	(9.1) Que se hayan dimensionado los recursos necesarios (físicos, humanos y tecnológicos) para el desarrollo del modelo de atención a nivel nacional (en los nueve Servicios Regionales de Salud existentes en el país) y se haya iniciado su implementación en al menos tres de estos Servicios Regionales de Salud (la implementación en el país será realizada de manera gradual)
10) El MSP desarrolla efectivamente su rol rector	(10.1) Que se haya definido una nueva estructura organizacional y funcional del MSP, que refleje la rectoría (conducción sectorial, inteligencia sanitaria y regulación y supervisión) del Sistema Nacional de Salud como su principal función, y se haya presentado al Ministerio de Administración Pública (MAP) para su aprobación	(10.1) Que la nueva estructura organizacional y funcional del MSP, enfocada en su función rectora, haya entrado en funcionamiento (10.2) Que se haya aprobado un Plan Estratégico del MSP 2015-2018, el cual deberá: (i) enfocar las líneas de acción del MSP dentro de las principales dimensiones de la función rectora, a saber: conducción sectorial, inteligencia sanitaria, y regulación y supervisión; (ii) estar alineado a los objetivos estratégicos planteados en la Estrategia Nacional de Desarrollo- 2030
11) El Sistema Nacional de Salud cuenta con una política de calidad en salud	(11.1) Que el MSP haya aprobado una política de calidad en salud que contenga: i) los estándares de calidad de la atención brindada en las entidades proveedoras de salud públicas, privadas y mixtas; ii) las directrices de seguridad, inocuidad y eficiencia de los medicamentos y de las tecnologías sanitarias	(11.1) Que el MSP haya puesto en vigencia la política de calidad de salud y se haya avanzado en la habilitación de los establecimientos del sector salud y la definición de parámetros para monitorear la calidad de la asistencia materno-infantil, en todos los niveles
12) Los recursos humanos del SNS cuentan con incentivos para la distribución geográfica equitativa y con reglamentos para el ejercicio de la profesión	(12.1) Que haya entrado en vigencia la Ley de Carrera Sanitaria; la cual establece las relaciones laborales entre los servidores públicos y el estado, bajo principios de eficiencia y eficacia, integralidad, y selección y promoción basada en el mérito	(12.1) Que se hayan elaborado los reglamentos complementarios previstos en la Ley de la Carrera Sanitaria y sometido al poder ejecutivo para su aprobación

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	Condiciones cumplidas PBP I	Acuerdos PBP II *
13)El Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) del Seguro Familiar de Salud se encuentra actualizado de acuerdo al perfil epidemiológico dominicano y las necesidades sanitarias de la población	(13.1) Que se haya licitado una consultoría internacional para elaborar la revisión y actualización del Catálogo del PDSS, sobre la base del perfil epidemiológico dominicano y las necesidades de salud de la población	(13.1) Que se haya actualizado el Catálogo del PDSS
14)SeNaSa cuenta con la capacidad necesaria para generar análisis actuariales y seguir la evolución del perfil de riesgo y costos	(14.1) Que se haya creado la Unidad de Análisis Actuarial del SeNaSa que entre sus principales funciones incluya: (i) elaboración de los estudios actuariales para brindar información para la toma de decisiones; (ii) estimación de las primas de los asegurados, por régimen de afiliación; (iii) definición de nuevos productos para los afiliados; (iv) análisis de la siniestralidad de SENASA; y (v) elaboración de la Reserva de Prima No Devengada, la Reserva de Siniestros Avisados, la Reserva de Siniestros NO Avisados (IBNR) y la Reserva de Desviación Catastrófica	(14.1) Que la Unidad de Análisis Actuarial de SENASA esté en funcionamiento