

DANILO MEDINA
Presidente de la República Dominicana

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 128 de la Constitución de la República.

PROMULGO la presente Ley y mando que sea publicada en la Gaceta Oficial, para su conocimiento y cumplimiento.

DADA en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año dos mil quince (2015); años 172 de la Independencia y 153 de la Restauración.

DANILO MEDINA

Res. No. 261-15 que aprueba el Convenio de Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) No.DR-X1010, suscrito en fecha 16 de diciembre de 2014, entre la República Dominicana y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto de trescientos millones de dólares (US\$300,000,000.00), para financiar compras de bienes y servicios para un Programa de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud. G. O. No. 10819 del 20 de noviembre de 2015.

EL CONGRESO NACIONAL
En Nombre de la República

Res. No. 261-15

VISTO: El Artículo 93, numeral 1), literal L), de la Constitución de la República.

VISTO: El Convenio de Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) No.DR-X1010, suscrito en fecha 16 de diciembre de 2014, entre la República Dominicana y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

R E S U E L V E:

ÚNICO: APROBAR el Convenio de Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) No.DR-X1010, suscrito en fecha 16 de diciembre de 2014, entre la República Dominicana, representada por el señor **SIMÓN LIZARDO MÉZQUITA**,

Ministro de Hacienda y el **BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO**, representado por la señora **FLORA MONTEALEGRE PAINTER**, Representante en la República Dominicana, por un monto de trescientos millones de dólares (US\$300,000.000.00). El objetivo del presente Convenio es establecer una Línea de Crédito Condicional a fin de cooperar con el Prestatario para financiar la compra de bienes y servicios para apoyar un programa de apoyo al fortalecimiento de la gestión del sector salud, en adelante denominado el “Programa”, a través de la ejecución de Proyectos Individuales consistentes con esta finalidad a ser acordados entre las partes oportunamente; cuyo Organismo Ejecutor será el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), que copiado a la letra dice así:



Danilo Medina
Presidente de la República Dominicana

P. E. Núm.: 6-15

PODER ESPECIAL AL MINISTRO DE HACIENDA

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 128 de la Constitución de la República, y de conformidad con el Artículo 3, de la Ley No. 1486, del 20 de marzo del 1938, sobre la Representación del Estado en los Actos Jurídicos, por el presente documento, **ratifico**, con efecto retroactivo, el Convenio de Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) No. DR-X1010, suscrito el 16 de diciembre de 2014, entre el Estado dominicano, representado por el **MINISTRO DE HACIENDA y el BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)**. Mediante dicho Convenio, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) pone a disposición de la República Dominicana, una suma de hasta trescientos millones de dólares estadounidenses con 00/100 (US\$300,000,000.00), para ser utilizada en Proyectos Individuales de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud, a través de proyectos individuales.

DADO en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los cinco (5) días del mes de marzo del año dos mil quince (2015).

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

Danilo Medina



Danilo Medina
Presidente de la República Dominicana

P. E. Núm.: 188-14

PODER ESPECIAL AL MINISTRO DE HACIENDA

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 128, de la Constitución de la República, y de conformidad con las disposiciones de la Ley No. 1486, del 20 de marzo del 1938, sobre la Representación del Estado en los Actos Jurídicos, por el presente documento otorgo **PODER ESPECIAL al MINISTRO DE HACIENDA**, para que, a nombre y en representación del Estado dominicano, suscriba con el **BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)**, el Contrato de Préstamo, por un monto de hasta ciento millones de dólares estadounidenses con 00/100 (US\$100,000,000.00), para ser utilizado en el financiamiento del Programa de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud, el cual será ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).

DADO en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los doce (12) días del mes de diciembre del año dos mil catorce (2014).

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

Danilo Medina

**CONVENIO DE LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL PARA
PROYECTOS DE INVERSION (CCLIP) No. DR-X1010**

entre la

REPÚBLICA DOMINICANA

y el

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Programa de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud

16 de diciembre de 2014

CONVENIO DE LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL

CONVENIO celebrado el 16 de diciembre de 2014 entre la REPÚBLICA DOMINICANA, en adelante denominada el “Prestatario”, y el BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, en adelante denominado el “Banco”, para el establecimiento de una Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) de apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud.

Sección 1. Antecedentes. Mediante la Resolución DE-60/14, el Directorio Ejecutivo del Banco aprobó el otorgamiento de la Línea de Crédito Condicional para la concesión de préstamos al Prestatario, con el fin de financiar uno o más proyectos individuales dirigidos a cooperar en la ejecución de un programa de apoyo al fortalecimiento de la gestión del sector salud.

Sección 2. Definiciones Particulares. Para los fines de este Convenio, se adoptan las siguientes definiciones, sin exclusión de las contenidas en el Capítulo II de las Normas Generales de los contratos de préstamos o garantías individuales:

- (a) “Línea de Crédito Condicional” es la línea de crédito puesta a disposición del Prestatario por el Banco a través del presente Convenio y que sólo se materializa tras la firma de los respectivos Contratos de Préstamo Individuales.
- (b) “Contrato de Préstamo” es cada uno de los Contratos de Préstamos individuales que el Prestatario podrá celebrar con el Banco para financiar un Proyecto Individual dentro de la Línea de Crédito Condicional establecida por el presente Convenio.
- (c) “Proyecto(s) Individual(es)” u “Operación(es) Individual(es)” son los préstamos concedidos por el Banco al Prestatario, dentro de la Línea de Crédito Condicional abierta de acuerdo con el presente Convenio, para financiar cada uno de los proyectos.
- (d) “Dólar” o “US\$” significa exclusivamente la moneda de curso legal en los Estados Unidos de América.

Sección 3. Objeto. El objeto del presente Convenio es establecer una Línea de Crédito Condicional a fin de cooperar con el Prestatario para financiar la compra de bienes y servicios para apoyar un programa de apoyo al fortalecimiento de la gestión del sector salud, en adelante denominado el “Programa”, a través de la ejecución de Proyectos Individuales consistentes con esta finalidad a ser acordados entre las partes oportunamente.

Sección 4. Organismo Ejecutor. El Organismo Ejecutor del Programa será el Prestatario, por intermedio de su Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (“MISPAS”).

Sección 5. Monto del Programa y del primer Proyecto Individual: (a) El costo total del Programa se estima en trescientos millones de dólares (US\$300.000.000) que serán financiados con cargo a los recursos del Capital Ordinario del Banco, mediante Préstamos Individuales aprobados en el marco de este Convenio.

(b) El primer Proyecto Individual para el Programa será hasta por la suma de cien millones de dólares (US\$100.000.000).

Sección 6. Utilización de la Línea de Crédito Condicional: (a) La utilización de la Línea de Crédito Condicional por parte del Prestatario quedará habilitada a partir de la vigencia del presente Convenio.

(b) La celebración por las partes de cada Contrato de Préstamo Individual dependerá: (i) de la presentación de parte del Prestatario al Banco de la solicitud correspondiente; (ii) de la disponibilidad de recursos suficientes, sujeta a las limitaciones generales de programación del Banco y determinada a exclusivo criterio del Directorio Ejecutivo, de recursos suficientes del Capital Ordinario para los respectivos financiamientos, y (iii) de la aprobación pertinente por el Directorio Ejecutivo de cada Proyecto Individual, sobre la base de la solicitud de la referida Operación Individual y del análisis del caso presentado por la Administración del Banco.

(c) La continuidad en la utilización de los recursos para el financiamiento de Operaciones Individuales subsiguientes a la primera Operación Individual está sujeta al cumplimiento de los siguientes requisitos, en la forma que el Banco considere aceptable: (i) el Organismo Ejecutor es el mismo; (ii) un análisis institucional actualizado del Organismo Ejecutor, y de su desempeño, que permita prever una trayectoria de desempeño satisfactorio de la Operación Individual contemplada; y (iii) los objetivos del Programa contemplado para ser financiado por la Línea de Crédito Condicional continúen figurando entre las prioridades definidas en la estrategia y el programa acordados entre el Prestatario y el Banco.

(d) Asimismo, será requisito para el procesamiento de cada Operación Individual subsiguiente a la primera que el Prestatario, a través del Organismo Ejecutor, presente al Banco los resultados de una revisión del desempeño del proyecto anterior financiado con recursos de la Línea y que se haya comprometido como mínimo el setenta y cinco por ciento (75%) o desembolsado el cincuenta por ciento (50%) de los recursos del proyecto anterior.

(e) La utilización de la Línea podrá comprender todo tipo de instrumentos de préstamos de inversión y podrá acceder a cualquier facilidad vigente, en las condiciones que se establezcan en cada Operación Individual.

Sección 7. Plazo de Utilización de la Línea de Crédito Condicional. El plazo de utilización de la Línea de Crédito Condicional será de hasta ocho (8) años, contados a partir de la fecha de vigencia del presente Convenio. El plazo anteriormente señalado podrá ser modificado por acuerdo escrito entre las partes.

Sección 8. Compromiso de Recursos por parte del Banco. El Banco sólo comprometerá recursos cuando el Directorio Ejecutivo del Banco apruebe la Operación Individual y en el monto correspondiente al Préstamo Individual respectivo. En consecuencia, el Prestatario no incurrirá en ningún gasto por comisiones aplicables al presente Convenio.

Sección 9. Términos y Condiciones Financieras de las Operaciones Individuales. La tasa de interés, comisión de crédito, comisión de inspección y vigilancia, período de gracia, plazo de amortización y demás condiciones y términos financieros de cada Préstamo Individual serán los vigentes en la fecha de aprobación de la Operación Individual por el Directorio Ejecutivo del Banco, para los préstamos con garantía soberana que el Banco otorgue con cargo a los recursos del Capital Ordinario del Banco.

Sección 10. Cancelación, Reducción y Suspensión de la utilización de la Línea de Crédito Condicional: (a) La Línea de Crédito Condicional podrá ser cancelada en cualquier momento por acuerdo mutuo de las partes. Asimismo, si no hubiera saldos deudores derivados de Operaciones Individuales, el Prestatario podrá renunciar a la Línea de Crédito Condicional. También podrá solicitar la reducción del monto de la referida Línea mediante comunicación por escrito al Banco. El Prestatario no estará obligado a pagar intereses, ni comisión de crédito, ni ningún otro cargo al Banco por la parte de la Línea de Crédito que no fuera utilizada.

(b) El Banco podrá, mediante comunicación escrita al Prestatario, cancelar total o parcialmente la Línea de Crédito Condicional o suspender su utilización en las Operaciones Individuales, de mediar las circunstancias siguientes:

- (i) El retiro o la suspensión del Prestatario como miembro del Banco;
- (ii) La determinación, a criterio del Banco, de que la Línea de Crédito Condicional no está siendo utilizada en la consecución de los objetivos para los cuales fue propuesta, o el monto de las Operaciones Individuales ejecutadas no justifica, a criterio de las Partes, la utilización total o parcial de la Línea;
- (iii) El atraso, por parte del Prestatario, de pagos al Banco por concepto de monto del principal, comisiones, intereses, devolución de adelantos o cualquier otra deuda asociada a las Operaciones Individuales otorgadas conforme al presente Convenio o a cualquier otro Contrato de Préstamo celebrado entre el Banco y el Prestatario; y

- (iv) Los propósitos que fueron considerados para la concesión de la Línea de Crédito Condicional se hayan visto comprometidos por alguna restricción, modificación o alteración de la capacidad legal o financiera, de las funciones, o del patrimonio del Prestatario.

(c) El Banco podrá cancelar total o parcialmente la Línea de Crédito Condicional o suspender su utilización en las Operaciones Individuales: (i) si alguna de las circunstancias previstas en los incisos (b)(i) y (b)(iii) se prolongase más de sesenta (60) días; o (ii) si la información que razonablemente solicitará el Banco o las aclaraciones o informaciones adicionales presentadas por el Prestatario o el Organismo Ejecutor no fueran satisfactorias para el Banco, después de transcurrido treinta (30) días de la solicitud o de la presentación de las aclaraciones o informaciones adicionales solicitadas en desarrollo de alguna de las circunstancias previstas en los incisos (b)(ii) y (b)(iv).

(d) La cancelación, reducción o suspensión de la utilización de la Línea de Crédito Condicional no acarreará ninguna prima o penalidad a ninguna de las partes.

Sección 11. Obligaciones no afectadas. No obstante lo dispuesto en la Sección 10, la cancelación o reducción de la Línea de Crédito Condicional o la suspensión de su utilización no podrá afectar las Operaciones Individuales cuya ejecución ya se haya iniciado, las que serán gobernadas por los Contratos de Préstamos Individuales respectivos.

Sección 12. Disposiciones no afectadas. La aplicación de las medidas establecidas en la Sección 10 no afectará las obligaciones del Prestatario establecidas en el presente Convenio, las cuales tendrán plena vigencia, salvo en el caso de que la Línea de Crédito Condicional fuera totalmente cancelada, continuando vigentes sólo las obligaciones pecuniarias del Prestatario emergentes de los Contratos de Préstamos Individuales vigentes.

Sección 13. Reserva de derechos. El retardo o el no ejercicio por parte del Banco de los derechos acordados en este Convenio no podrán ser interpretados como renuncia del Banco a tales derechos, ni como aceptación de los hechos o circunstancias que hubieran habilitado el ejercicio de tales derechos.

Sección 14. Limitaciones a las Obligaciones de las Partes. Este Convenio no implica obligación alguna por parte del Banco de financiar total o parcialmente alguna Operación Individual solicitada, como tampoco implica obligación alguna de parte del Prestatario de solicitar al Banco financiamiento para Operaciones Individuales.

Sección 15. Normas Aplicables a las Operaciones Individuales. Las Operaciones Individuales acordadas en los Contratos de Préstamos Individuales se registrarán por lo previsto en dichos Contratos y sus Anexos; en las Normas Generales correspondientes y en las disposiciones del presente Convenio en lo que les fueren aplicables.

Sección 16. Seguimiento y Evaluación. Durante la ejecución de las Operaciones Individuales, el Prestatario o el Organismo Ejecutor y el Banco se reunirán, al menos, una vez al año para intercambiar información técnica de interés común. En esa reunión se

discutirá, entre otros, la marcha de las operaciones dentro de un contexto relacionado con: (a) la utilización de la Línea de Crédito de que trata el presente Convenio; (b) el intercambio y la divulgación de experiencias de interés mutuo relativas al cumplimiento de: (i) las metas, objetivos y resultados obtenidos sobre la base del marco de indicadores acordado entre las Partes; y (ii) los requisitos en materia de medio ambiente estipulados en la legislación del Prestatario y en las políticas del Banco en lo que fueran aplicables a las operaciones individuales en curso; y (c) la conveniencia de introducir cualquier cambio sustancial en las operaciones individuales. En caso de evaluarse que las operaciones individuales no estuvieran alcanzando los objetivos previstos, las Partes tomarán las medidas apropiadas para corregir las deficiencias del caso.

Sección 17. Vigencia: (a) Las Partes dejan constancia de que la vigencia de este Convenio se inicia en la fecha en que, de acuerdo con las normas de la República Dominicana, adquiera plena validez jurídica. El Prestatario se obliga a notificar por escrito al Banco dicha fecha de entrada en vigencia, acompañando la documentación que así lo acredite.

(b) Si en el plazo de un (1) año contado a partir de la firma del presente instrumento, salvo que las Partes acuerden por escrito una extensión de dicho plazo, este Convenio no hubiere entrado en vigencia, todas sus disposiciones se reputarán inexistentes para todos los efectos legales sin necesidad de notificaciones y, por lo tanto, no habrá lugar a responsabilidad para ninguna de las Partes.

(c) El Convenio permanecerá vigente hasta la fecha en que sea amortizado el último Contrato de Préstamo Individual celebrado.

Sección 18. Validez. Este Convenio es válido y exigible, de acuerdo con los términos en él establecidos, sin referencia a la legislación de ningún país.

Sección 19. Comunicaciones. Salvo acuerdo escrito en que se establezca otro procedimiento, todo aviso, solicitud o comunicación que las Partes deban enviarse entre sí en virtud del presente Convenio, deberá efectuarse por escrito y se considerará efectuado en el momento en que el documento correspondiente sea entregado al destinatario en las respectivas direcciones abajo indicadas:

Del Prestatario:

Dirección postal:

Ministerio de Hacienda
Av. México No. 45, Gazcue
Santo Domingo de Guzmán, D. N.
República Dominicana

Facsímil: (809) 688-8838

Del Organismo Ejecutor:

Dirección postal:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ave. Tiradentes, Esq. Héctor Homero Hernández, Ens. La Fe
Santo Domingo de Guzmán, D. N.
República Dominicana

Facsímil: (809) 547-2946

Del Banco:

Dirección Postal:

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Ave., N.W.
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América

Facsímil: (202) 623-3096

Sección 20. Cláusula de Arbitraje. Para la solución de cualquier controversia derivada del presente Convenio que no sea dirimida por acuerdo entre las Partes, éstas se someten incondicional e irrevocablemente al proceso y fallo del Tribunal Arbitral, en los términos previstos en el Capítulo X de las Normas Generales del contrato de préstamo del primer Proyecto Individual al que hace referencia la Sección 5 letra (b) del presente Convenio.

EN FE DE LO CUAL, el Prestatario y el Banco, actuando cada uno por medio de su representante autorizado, firman el presente Contrato en dos (2) ejemplares de igual tenor, en Santo Domingo, República Dominicana, el día arriba indicado.

REPUBLICA DOMINICANA

BANCO INTERAMERICANO
DE DESARROLLO

Simón Lizardo Mézquita
Ministro de Hacienda

Flora Montealegre Painter
Representante en República Dominicana

PÚBLICO
DIVULGACIÓN SIMULTÁNEA

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

REPÚBLICA DOMINICANA

**LÍNEA DE CRÉDITO CONDICIONAL PARA EL PROGRAMA DE APOYO AL
FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL SECTOR SALUD**

(DR-X1010)

**PRIMER PROYECTO DE APOYO AL FORTALECIMIENTO
DE LA GESTIÓN DEL SECTOR SALUD**

(DR-L1069)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Ignez Tristao (SPH/CME), jefa de equipo; Sandro Parodi (SPH/ CDR), jefe equipo alterno; Willy Bendix (FMP/CDR); Jonathan Cali (SCL/SPH); Awilda Castillo (CID/CDR); Christian Contin (FMP/CDR); Marcella Distrutti (SPH/CDR); Martha Guerra (SCL/SPH); Rudy Loo-Kung (CID/CID); Diego Valenzuela (LEG/SGO); Alejandro Moline, Agustín Sarria y Madiery Vásquez (consultores).

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

- I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS
 - A. Antecedentes, problemas y justificación
 - B. Objetivos, componentes y costo
- II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS
 - A. Riesgos ambientales y sociales
 - B. Riesgos fiduciarios
 - C. Otros riesgos
- III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN
 - A. Resumen de medidas de implementación
 - B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

Anexos	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	Plan de Ejecución del Proyecto (PEP) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38732299
2.	Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38737462
3.	Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38731591
4.	Formularios de Salvaguardia Ambiental http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38803902
OPCIONALES	
1.	Análisis Económico http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38732317
2.	Inversiones de Salud http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38733334
3.	Nota Técnica sobre Financiamiento en Salud Basado en Resultados http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38782016
4.	Análisis de la Capacidad Institucional del Organismo Ejecutor http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37835309
5.	Relación de operaciones http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38761733
6.	Evaluación Institucional del MISPAS http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38762437

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
AP	Atención Primaria
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BM	Banco Mundial
CAP	Centro de Atención Primaria
CCLIP	Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CT	Cooperación Técnica
DDEI	Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional
DGDF	Dirección General de Drogas y Farmacias
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
GORD	Gobierno de República Dominicana
ICSS	Instituto Coordinador de los Servicios Públicos de Atención a la Salud
IDSS	Instituto Dominicano de Seguridad Social
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MO	Manual Operativo
MP	Ministerio de la Presidencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVE	Oficina de Evaluación
PAPPS	Programa Multifase de Apoyo al Programa de Protección Social
PBS	Paquete Básico de Salud
PEP	Plan de Ejecución del Proyecto
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016
RC	Régimen Contributivo
RCS	Régimen Contributivo-Subsidiado
RD	República Dominicana
RS	Régimen Subsidiado
RUSS	Red Única de Servicios de Salud
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SGC	Sistema de Gestión Clínica
SGHO	Sistema de Gestión Hospitalario
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SRS	Servicio Regional de Salud
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto
VPP	Vida Promedio Ponderada

RESUMEN DEL PROYECTO
REPÚBLICA DOMINICANA
LINEA DE CREDITO CONDICIONAL (CCLIP) PARA EL PROGRAMA DE APOYO AL
FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DEL SECTOR SALUD (DR-X1010)

PRIMER PROYECTO DE APOYO AL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL SECTOR SALUD
(DR-L1069)

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: República Dominicana Organismo Ejecutor: Prestatario a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			Facilidad de Financiamiento Flexible*		
			Plazo de amortización:	16,5 años	
			VPP Original	15,21 años**	
			Período de Desembolso:	48 meses	
			Período de gracia:	14 años	
Fuente	Programa CCLIP (US\$ Millones)	Primer Préstamo (US\$ Millones)	Tasa de interés:	LIBOR	
BID (CO)	300	100	Comisión de inspección y vigilancia:	***	
Local	0		Comisión de crédito:	***	
Total	300	100	Moneda:	Dólares estadounidenses con cargo al Capital Ordinario del Banco	
Esquema del Programa					
Objetivo del CCLIP: El objetivo general del programa CLIPP es incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud y mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a la población más vulnerable de República Dominicana (RD), por medio de una mayor capacidad de gestión de los servicios y Financiamiento Basado en Resultados (FBR). El primer proyecto de la línea CCLIP tiene como objetivos específicos expandir el modelo de FBR hacia el Servicio Regional de Salud (SRS) "0", y fortalecer la provisión de servicios de salud y la capacidad rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).					
Condiciones especiales previas al primer desembolso: se acordó la presentación de evidencia por parte del Organismo Ejecutor, de: (i) la actualización del Manual Operativo (MO) de la operación DR-L1067 con las actividades de la presente operación y su entrada en vigencia, contando con la previa no objeción del Banco; y (ii) la entrada en vigencia de la enmienda a los acuerdos de gestión que incorporen el FBR, entre el MISPAS, el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y el SRS de la Región "0" (§3.3).					
Obligaciones contractuales especiales de ejecución: presentación de evidencia por parte del Organismo Ejecutor, de: (i) Cualquier cambio o actualización al MO de la operación deberá de contar con la no objeción del Banco; y (ii) se habrá de contratar una auditoría concurrente para la verificación del cumplimiento de las metas de adscripción y de resultados en conformidad con lo establecido en el MO del proyecto a más tardar en el mes de marzo del 2015 (§3.3).					
Excepciones a las políticas del Banco: Se solicita una dispensa parcial a las políticas aplicables al instrumento CCLIP (GN-2246-4 y revisiones posteriores), en tanto que el MISPAS no ha completado un proyecto similar en los últimos cinco años (ver pár. 1.22-1.24).					
El proyecto califica como: SEQ ☒ PTI ☒ Sector ☒ Geográfica ☐ % de beneficiarios ☒					

(*) Bajo la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1), el prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones al calendario de amortización, así como conversiones de moneda y de tipo de interés, con sujeción en todos los casos a la fecha de amortización final y la Vida Promedio Ponderada (VPP) original. Al considerar esas solicitudes, el Banco tendrá en cuenta las condiciones de mercado, así como consideraciones operacionales y de gestión de riesgos.

(**) La Vida Promedio Ponderada original será definida en el momento de la fecha de firma del contrato.

(***) 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.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 En el año 2001, con la promulgación de la Ley General de Salud (Ley 42-01) y de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01), el Gobierno de la República Dominicana (GORD) inició un proceso de transformación del sistema de salud, con el objetivo de garantizar a toda la población el acceso universal, integral e igualitario a los servicios de salud. El marco regulatorio creó el Seguro Familiar de Salud (SFS), basado en tres regímenes de afiliación. La población pobre, adscrita a un Centro de Atención Primaria (CAP), está cubierta en el Régimen Subsidiado (RS). El Régimen Contributivo (RC) cubre a los trabajadores no pobres y del sector formal (público y privado) y el Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) cubriría los trabajadores independientes no pobres. Este último todavía no ha iniciado sus funciones. El SFS define un conjunto mínimo de servicios de salud que debe ser garantizado a toda la población afiliada. Estos servicios están definidos en el Paquete Básico de Salud (PBS).
- 1.2 En términos institucionales, la normativa planteó la separación de las funciones básicas del sistema de salud - rectoría, financiamiento y provisión. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) asume el rol rector para la definición de políticas y el direccionamiento del sistema. El financiamiento se da a través del aseguramiento por entidades llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que tienen una red de proveedores públicos y privados. Las ARS privadas proveen aseguramiento a la población afiliada al RC. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, provee el aseguramiento de la población afiliada al RS; y la población no afiliada a un seguro médico accede a servicios de salud con proveedores públicos (gratuitos) o privados (mediante pago de bolsillo). Los Servicios Regionales de Salud (SRS), unidades administrativas desconcentradas del MISPAS, proveen los servicios de salud públicos.
- 1.3 Pasados más de diez años desde la promulgación de las leyes, las evidencias existentes sugieren que éstas han logrado resultados positivos en República Dominicana (RD). La mortalidad materna e infantil, por ejemplo, disminuyeron en más de 30%¹ y se incrementó el número de personas afiliadas a un seguro médico (de 6% a 56,5%)². Sin embargo, todavía las tasas de mortalidad materna e infantil se mantienen por encima del promedio de la región de América Latina y del Caribe (ALC)³, y una alta proporción de la población aún no está afiliada a un seguro médico. Asimismo, el país está pasando por una transición demográfica y un cambio en el perfil epidemiológico de la población, lo que acarrea nuevos desafíos

¹ Situación de Salud en RD (Tristao 2010) y datos administrativos del MISPAS

² Datos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2013).

³ En comparación a ALC RD ha presentado 45,9 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y 8,8 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos a más que el promedio regional. *Health Indicators database, Organización Panamericana de la Salud* (2009); *World Development Indicators* (2010).

para el sistema de salud. En el último decenio, hubo una rápida desaceleración del crecimiento poblacional, un aumento de la expectativa de vida y un aumento de la prevalencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), creando presiones cada vez mayores en el gasto público y al sistema de salud⁴. Para enfrentar estos retos, es fundamental que el país enfrente los desafíos pendientes en el financiamiento, la provisión de servicios y la rectoría del sistema.

- 1.4 **El financiamiento del sistema de salud.** Si bien, el gasto público per cápita en salud de RD es bajo en comparación con países de ingresos similares⁵, existen ineficiencias que resaltan cuando se coteja con resultados obtenidos por países que poseen un gasto inferior o equivalente al de RD. Por ejemplo, en 2011, RD tuvo un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita (US\$9.194) similar a Jamaica (US\$8,850) y Ecuador (US\$9,202), y un gasto público anual en salud per cápita superior (US\$256 versus US\$220 en Jamaica y US\$255 en Ecuador)⁶. Sin embargo, según estimativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), RD tuvo tasas más altas de mortalidad materna que ambos países (125,9 versus 110 muertes por 100.000 nacidos vivos en Jamaica y Ecuador)^{7, 8}.
- 1.5 Entre los factores que contribuyen a la ineficiencia del gasto público en salud se destacan la baja eficiencia en la asignación de los recursos, la baja cobertura de aseguramiento y el mecanismo de financiamiento de prestadores usado en RD. En 2012, 86,9% del gasto público en salud financió costos de emergencias y atención hospitalaria, mientras que sólo 1,9% fue utilizado para servicios de prevención⁹. Intervenciones costo-efectivas, como inmunización infantil presentan baja cobertura¹⁰. En cuanto al aseguramiento, a pesar de que éste ha aumentado, el 43,5% de la población todavía no está afiliada a un seguro médico. El bajo nivel de aseguramiento constituye una barrera de acceso a los servicios preventivos, ya las personas sin aseguramiento tienden a buscar los servicios de salud cuando ya están enfermas, afectando los resultados en salud y aumentando los costos del sistema¹¹.

⁴ Entre 2000 y 2011, la tasa anual de crecimiento bajó de 2,5% a 1,3% (Oficina Nacional de Estadística). Entre 2002 y 2012, la esperanza de vida al nacer subió 10,3% (OPS 2002). Las enfermedades cardíacas son la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad perdidos en RD (100% de aumento entre 1990 y 2010), IHME 2010. Entre las principales causas de muerte están infarto, accidente vascular encefálico, hemorragia intraencefálica, y tumor de próstata. (Anuario Estadístico de Salud 2012).

⁵ El gasto total en salud como porcentaje del PIB fue de 5,4% versus 7,7% en ALC.

⁶ Gasto público per cápita en salud: US\$169 en Paraguay; US\$169 en Honduras; y US\$158 en Nicaragua. Razón de mortalidad materna: 99/100.000 en Paraguay; 100/100.000 en Honduras; y 95/100.000 en Nicaragua. Tasa de mortalidad infantil estimada: 21/1.000 en RD; 19/1.000 en Paraguay; 18/1.000 en Honduras; y 22/1.000 en Nicaragua. Fuente: Estadísticas Sanitarias OMS (2013).

⁷ Health Indicators database, OPS (2009).

⁸ Marinho et al. (2012) analiza la eficiencia de los sistemas de salud de varios países y concluye en 8 de 12 modelos que RD es más ineficiente que Ecuador y Jamaica en el uso de sus recursos.

⁹ Informe Gasto Público en Salud en RD, MISPAS (2012).

¹⁰ Por ejemplo, la diferencia entre las coberturas de la vacuna de sarampión entre los quintiles de riqueza inferior y superior era de 14% y más de 10% por debajo del promedio de la región. OPS, 2011.

¹¹ Según la ENDESA 2007, las tasas de utilización de servicios preventivos son bajas: 4,8% utilizan algún servicio y solo 50,1% de las mujeres sexualmente activas hacen examen de Papanicolaou, OPS (2011).

- 1.6 Es importante mencionar que el modelo actual de financiamiento de prestadores usado en RD también contribuye a la ineficiencia del gasto público en salud. La mayor parte de los recursos financieros del sistema público son asignados a los SRS por el MISPAS en base a un presupuesto histórico. Estos recursos son transferidos a los CAP sin una vinculación a resultados, constituyendo una compra “pasiva” de servicios de salud. En este modelo, no existen incentivos para el cumplimiento de metas sanitarias y mecanismos de rendición de cuentas, contribuyendo a las ineficiencias ya mencionadas. En un modelo de compra “activa”, el MISPAS define los servicios que deben ser ofertados y las metas a ser alcanzadas, influenciando a sus prestadores a ofrecer servicios preventivos más costo-efectivos, ya que la transferencia de recursos está vinculada a esas metas¹².
- 1.7 Recientemente, el Banco aprobó la operación “Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud” (DR-L1067; 2973/OC-DR), que extendió a los SRS I-V un esquema de Financiamiento Basado en Resultados (FBR) para servicios de salud que se implementaba desde 2009 en tres SRS (VI-VIII). El FBR mejora la eficiencia en la asignación de los recursos a través de un modelo de compra activa de servicios, mediante el cual los recursos financieros son transferidos a prestadores con base al cumplimiento de metas sanitarias, principalmente en salud materna e infantil y prevención de las ECNT¹³. Hasta el momento, el FBR implementado en los SRS VI-VIII ha mostrado resultados positivos: (i) se ha incrementado el uso de servicios preventivos de salud; (ii) se ha mejorado la calidad de la Atención Primaria (AP)¹⁴; y (iii) se ha incrementado la adscripción de la población a sus respectivos CAPs¹⁵. Además, el FBR ha contribuido para elevar la utilización de sistemas de información en el primer nivel Sistema de Gestión Clínico-Administrativo. Para una revisión de la evidencia acerca del FBR en otros países y en RD, ver Enlace.

¹² En una compra activa, se asigna de forma más efectiva los recursos a prestadores, explicitando decisiones: cuáles servicios comprar en base al perfil epidemiológico, las metas institucionales, la evidencia y costo- efectividad; cómo deben ser compradas (mecanismos contractuales y de pago); y para quién (población beneficiaria). OMS. *The World Health Report Health Systems: Improving Performance*, 2000.

¹³ El Banco Mundial (BM) financia el FBR en los SRS VI-VIII, y el Banco en los SRS I-V, los cuales representan, 17% y 47% de la población de RD, respectivamente. El MISPAS y el SENASA transfieren fondos a los SRS para financiar el PBS a la población no asegurada y asegurada al RS. La cápita transferida representa el costo promedio unitario de los servicios. Las transferencias se realizan en dos tramos: (i) monto fijo (50% de la cápita) que está sujeto a la adscripción de personas a los CAP; y (ii) monto variable (50% de la cápita) que se transfiere proporcionalmente al cumplimiento de 10 metas cuatrimestrales, acordadas mediante convenios de gestión y reportadas a través del SGC. Esos indicadores promueven servicios de salud preventiva (ver [lista de indicadores](#)). La adscripción y el cumplimiento de las metas son objeto de auditorías concurrentes independientes. Las operaciones del Banco y del BM comparten: (i) manual de operaciones (MO) para el componente de FBR; (ii) la firma de auditoría para el cumplimiento de metas, y (iii) el mismo coordinador técnico responsable.

¹⁴ El porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo pasó de 0,43% a 13%; el porcentaje de menores de 15 meses con esquema completo de vacunación subió 25%; el porcentaje de adultos tamizados para hipertensión pasó de 0,9% a 38%. Evaluación *Health Sector Reform Adaptable Program Loan*, BM.

¹⁵ La adscripción agiliza el proceso de aseguramiento al RS, aportando a la cobertura universal.

- 1.8 Frente a los resultados positivos logrados por el FBR en los SRS VI-VIII, el GORD decidió expandir este modelo a todo el país, ampliando, a través de esta primera operación de Línea de Crédito Condicional (CCLIP), hacia el SRS “0”, el único sin FBR. En la(s) subsecuente(s) operación(es) del programa se espera extender el FBR a un mayor número de población y/o niveles de atención buscando mejorar la calidad de los servicios de salud y al mismo tiempo incrementar la eficiencia y la efectividad del gasto en salud. El SRS “0” es el mayor del país y sirve al 37% de la población nacional. Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2013 muestran que la AP del SRS “0” es, en algunos aspectos, menos resolutive que la de otros SRS, posiblemente por la alta concentración de hospitales en esta región¹⁶. La ampliación del modelo de FBR a esa región beneficiará a 884.012 personas pobres, cerca del 29% de la población pobre del país¹⁷.
- 1.9 Además, se buscará aumentar la adscripción de los hombres a los servicios de atención primaria para que accedan a actividades preventivas de salud. En general, como ocurre en otros países de la región, en RD los hombres utilizan menos los servicios de salud que las mujeres: 55% de los hombres mayores de 14 años reportan haberse medido la presión arterial alguna vez por un profesional de salud, versus 85,7% de las mujeres; 24% de los hombres reportan haberse medido la glicemia en la sangre alguna vez, versus 43% de las mujeres; y 16% de los hombres reportan haberse medido el nivel de colesterol, versus 29,5% de las mujeres¹⁸. Esta operación incorpora un enfoque de género en las metas de los indicadores del FBR (más altos para hombres) para corregir esa brecha.
- 1.10 **La provisión de los servicios de salud.** Los SRS deberían organizar y articular los establecimientos de salud de todos los niveles de atención para garantizar la oferta del PBS de forma integral y continua a los pacientes de cada regional. Sin embargo, en la práctica ha sido difícil lograr esta articulación por la baja calidad de la AP, las debilidades en el sistema nacional de referencia y contra-referencia, y la fragmentación de la oferta pública de servicios (establecimientos de salud del MISPAS y del Instituto Dominicano de Seguridad Social - IDSS)¹⁹.
- 1.11 La baja calidad de la AP hace que la población acceda directamente a los servicios hospitalarios. Según datos del Programa Nacional de Tuberculosis, por ejemplo, cerca de 60% de los casos de tuberculosis son diagnosticados en el nivel especializado y no en el nivel de AP. Estimaciones del MISPAS muestran que sólo 33% de la actividad ambulatoria en el país ocurre en la AP, cuando la OMS recomienda que sea 80%²⁰. La baja calidad de la atención también es evidente

¹⁶ El SRS “0” presenta el menor porcentaje de niños de 12-23 meses con vacunación completa en el país.

¹⁷ Estimaciones del equipo con base a datos del Censo (2010) y del SIUBEN (2012).

¹⁸ “Encuesta para el Análisis de Cobertura Efectiva, Gasto en Salud y Acceso Equitativo a Servicios en el Primer Nivel de Atención (SRS VI y VIII)”, Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2013).

¹⁹ Las auditorías a las muertes maternas observan como denominador común la demora en la asistencia debido a la falta de referencias definidas para cada CAP.

²⁰ “Adecuación del modelo de red de los servicios regionales de salud”. Consultoría Gestión, RD, 2012.

cuando se observa que el 15% de la población pobre del país prefiere utilizar los proveedores privados para consultas ambulatorias y el 20% para hospitalización²¹. Como resultado, RD está entre los países de la región con más alto gasto de bolsillo (39% en el 2011)²², contribuyendo al empobrecimiento de las familias. Asimismo, la baja calidad de la AP impide que la misma actúe como puerta de entrada del sistema de salud²³. Fortalecer la AP, sobretudo en el SRS “0”, es fundamental para descongestionar los hospitales y aumentar la eficiencia del gasto público en salud.

- 1.12 En relación al sistema de referencia y contra-referencia, no existe una adecuada coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales. Los pacientes acuden sin indicación a los establecimientos de salud, generando largas listas de espera y demoras en la atención²⁴. Asimismo, las CAP deberían tener definidas sus referencias al nivel especializado, exámenes diagnósticos y otros procedimientos, lo que no ocurre en la práctica²⁵ debido (entre otros factores) a la insuficiente autonomía y capacidad de gestión de los SRS para organizar y articular los establecimientos de salud en cada regional.
- 1.13 La oferta pública de servicios está fragmentada entre los establecimientos de salud del MISPAS y del IDSS. La población no afiliada a la seguridad social no puede acceder a los establecimientos del IDSS, aunque el promedio de ocupación de los hospitales del IDSS es bajo (33,5% en el 2013)²⁶, mientras existe una sobreutilización de los establecimientos del MISPAS.
- 1.14 Para hacer frente a los desafíos mencionados, en el 2014 el GORD tiene planificado transferir los establecimientos del IDSS al MISPAS y organizar todos los establecimientos públicos de salud bajo un modelo de redes integradas de servicios²⁷, llamada Red Única de Servicios de Salud (RUSS), y crear el Instituto Coordinador de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (ICSS)²⁸. El ICSS será responsable por certificar, dirigir, coordinar y supervisar los SRS, los cuales asumirían, en efecto, la gestión de los establecimientos de salud. El MISPAS quedaría responsable por la rectoría del sistema de salud, lográndose de esta forma la separación definitiva de las funciones de rectoría y provisión. La presente

²¹ ENDESA (2007).

²² Fundación Plenitud (2012). Estimación del gasto nacional en salud de la RD, 1995-2011.

²³ En un sistema de salud eficiente, el médico de la AP actúa como un gestor del paciente, realizando la primera consulta; referenciando el mismo para una consulta más especializada, si necesario; y acompañando al paciente en su retomo del nivel especializado (contra-referencia).

²⁴ Adecuación del modelo de red de los SRS”. Consultoría Gestión, RD, 2012.

²⁵ Con base a criterios poblacionales, territoriales, parámetros clínicos, y la oferta y demanda de servicios.

²⁶ Datos del IDSS.

²⁷ Las redes de servicio son modelos de atención promisoros para ALC. Han sido implementados con éxito en Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba. Estudios sugieren que las redes mejoran la accesibilidad del sistema y la eficiencia, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, disminuyen costos de producción y responden mejor a las necesidades y expectativas de los pacientes. OPS. Washington, 2010.

²⁸ El proyecto de Ley que crea la RUSS y el ICSS está en el Congreso; el ICSS sería una institución pública con personalidad jurídica y autonomía administrativa, financiera y técnica, adscripta al MISPAS.

operación apoyará la consolidación del modelo de redes de servicio a través de la implementación de la RUSS y del ICSS, lo que lograría mejorar significativamente la calidad de la AP y las limitaciones del sistema actual de referencia y contra-referencia, y beneficiaría a cerca de 3 millones de personas.

- 1.15 **La rectoría del sistema de salud.** En relación al rol rector del MISPAS, todavía existe la necesidad de fortalecer la capacidad institucional del Ministerio para ejercer las funciones de regulación e inteligencia sanitaria. Entre los principales problemas identificados por actores claves del sistema en una consulta realizada en el 2011²⁹ están: (i) debilidades en las funciones de supervisión y regulación, incluyendo las áreas de medicamentos y control de la calidad de la atención; y (ii) necesidad de mejorar la información sanitaria para el análisis, la difusión y el uso de la misma en la toma de decisiones. Diversos factores contribuyen a esos problemas: la baja capacidad y falta de experiencia en la formulación de políticas y normativas, el bajo número de técnicos del MISPAS capacitados para liderar las funciones de rectoría, la falta de sistemas de información para el ejercicio de actividades claves y la limitada capacidad de planeamiento y gerenciamiento.
- 1.16 En temas de regulación, es importante mencionar la necesidad de actualizar las normas nacionales para el registro sanitario de medicamentos y otros productos sujetos a regulación por parte de la Dirección General de Drogas y Farmacias (DGDF) del MISPAS. Asimismo, es necesario capacitar a los técnicos de la DGDF en la aplicación de las normas en el proceso de evaluación de la documentación sometida por los requirentes. La DGDF recibe un promedio de 1.680 solicitudes de emisiones de nuevos registros y renovaciones de productos farmacéuticos por trimestre, pero tiene capacidad para evaluar menos de un tercio de la demanda recibida. Esto se debe a la falta de actualización de las normas nacionales para el registro sanitario, a la falta de capacitación de los técnicos de la DGDF y a la ausencia de una plataforma informática que permita la recepción de la documentación técnica de los expedientes en soporte digital, la evaluación de la documentación y el control y monitoreo sanitario de forma más expedita. Esta operación apoyará al MISPAS en esos tres aspectos para mejorar la gestión de los procesos de registro, control y monitoreo sanitarios.
- 1.17 Otro factor importante relacionado a la regulación es la necesidad de apoyar al MISPAS en la elaboración de protocolos clínicos basados en evidencia para el tratamiento de enfermedades, lo que es fundamental para garantizar la calidad de la atención y la eficiencia en el uso de insumos y medicamentos. Actualmente, muchos protocolos están desactualizados y hay poca información sobre las responsabilidades de cada nivel de prestación de servicios en la atención a un paciente³⁰. Esta operación apoyará la elaboración de protocolos para las enfermedades más prevalentes en RD, la capacitación de los profesionales de salud

²⁹ Estos resultados están en línea con una evaluación cualitativa sobre la función rectora del MISPAS. MISPAS, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), OPS, Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en RD, 2006.

³⁰ Gonzalez-Pons S. Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud, 2011.

en esos protocolos y el monitoreo del cumplimiento de los mismos, lo que será realizado a través del sistema de control de calidad que será financiado en el contexto de las RUSS. Estas actividades de regulación beneficiarán a toda la población de RD.

- 1.18 En relación a la inteligencia sanitaria y la necesidad de mejorar la información sanitaria para la toma de decisiones (1.15 (ii)), la operación DR-L1067 (2973/OC-DR) está financiando la adaptación de un Sistema de Gestión clínico- administrativo en el segundo y tercer niveles de atención del Sistema de Gestión Hospitalario (SGHO), vinculado al SGC implantado en el primer nivel por la operación (DR-L1044, 2426/OC-DR). Este sistema es fundamental para captar y sistematizar la información sobre la producción clínica y financiera de los hospitales, esencial para monitorear la eficiencia de la red, y para mejorar el manejo de referencias y contra-referencias entre los distintos niveles de atención. Esta operación apoyará la expansión del SGHO a 15 hospitales del país³¹.
- 1.19 **Avances del GORD en los últimos años en el área de salud.** A través del Programa Multifase de “Apoyo al Programa de Protección Social” y de la operación “Apoyo al Programa de Protección Social y el Sector Salud, DR-L1053³², el Banco ha venido apoyando el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas “Progresando con Solidaridad” que promueve la utilización de servicios preventivos de salud para la población pobre. Estas operaciones han apoyado el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud y han logrado: (i) el desarrollo y la implementación del SGC en el 100% de los CAP; (ii) acceso a o mejoría de la conectividad a internet en todas los CAP; (iii) la ampliación del número de CAPs habilitadas (de 7% a 35%) y la construcción o remodelación de otras (cerca de 15%) que estarán habilitadas hasta el 2015; (iv) la capacitación de médicos/as y enfermeros/as en protocolos de atención en AP; y (v) la adquisición de equipamientos para el fortalecimiento de los centros de vacunación y los bancos de sangre que permitirán lograr su habilitación. Bajo la operación DR-L1067, 2973/OC-DR (1.7), se han firmado los convenios de gestión entre los SRS I-V y SENASA y el MISPAS que permiten la implementación del FBR. También se ha iniciado el proceso de adscripción en esas regiones. Para una descripción de inversiones en el sector financiadas por préstamos anteriores del Banco y su complementariedad, ver [Enlace](#).
- 1.20 **Lecciones aprendidas.** La presente operación, así como el Proyecto 2973/OC-DR, incorporó diversas lecciones aprendidas de la operación P106619 del BM, que financia la implementación del FBR en los SRS VI-VIII desde 2009. La mayor parte de estas se refiere a mejoras operacionales (por ejemplo, en la adscripción y la validación de la población, en el uso del SGC para el reporte de metas, en el manejo de los fondos asignados y en el proceso de rendición de cuentas), las cuales

³¹ La selección de estos hospitales se harán con base a criterios de optimización de las redes de servicio.

³² -L1039, DR-L1044, y DR-L1047, que a la fecha han alcanzado los siguientes niveles de ejecución: 100%, 88%, y 54%. El DR-L1053, ha alcanzado 54% de ejecución.

fueron incorporadas en el MO, en los Convenios de Gestión entre el MSP y el SENASA y los SRS, y en los términos de referencia de la UCP. Además, se identificó la necesidad de fortalecer el SENASA en el proceso de validación de la adscripción y del monitoreo del FBR, que resultó en la incorporación de un coordinador de adscripción a la UCP que apoyará el SENASA en esos procesos. La experiencia con las operaciones anteriores del Banco en el sector, también evidenció que a pesar de los avances logrados por el modelo de FBR en términos de aumento de cobertura y calidad de los servicios (1.7), es necesario fortalecer la rectoría y las redes de servicios para garantizar que la atención primaria actúe como puerta de entrada del sistema de salud. Por este motivo, la presente operación apoyará la implementación de la RUSS; la organización y la articulación de las redes de servicios, aliadas a este modelo de financiamiento de los prestadores, son claves para promover los cambios necesarios en la provisión de servicios y potencializar los resultados del FBR. La presente operación realizará una evaluación operativa del FBR para identificar posibilidades de mejoras en la operatividad del modelo en futuras operaciones del CCLIP (1.30).

- 121 **Apoyo del Banco/Estrategia de País con RD.** Esta operación está alineada con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2030 y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016 (PNPSP), que incluyen entre sus ejes principales: (i) la universalización del acceso a la salud; (ii) el desarrollo de redes de asistencia y el fortalecimiento de la AP; y (iii) el fortalecimiento de la función de rectoría del MISPAS y de los SRS, incluyendo la garantía de acceso de la población a medicamentos de calidad y la consolidación de un sistema de información gerencial en salud. También está alineada con el objetivo estratégico de la Estrategia del Banco con el País (2013-2016) de “mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y sostenibilidad financiera del sector” y sus resultados esperados: (i) mejoría del acceso a servicios preventivos; (ii) mejoría de la calidad de los servicios de atención materna-infantil; y (iii) aumento de la cobertura del seguro de salud de la población. Además, el proyecto es prioritario para el primer semestre de 2014 en la programación de país. Asimismo, está en línea con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición del Banco³³ con las prioridades del financiamiento de: (i) préstamos a países pequeños y vulnerables; y (ii) préstamos para la reducción de la pobreza y promoción de la equidad, destacadas en el Informe sobre el Noveno Aumento General de Recursos del Banco (AB-2764)³⁴.
- 122 Justificación del Programa CCLIP. De acuerdo con la política vigente para la modalidad de financiamiento CCLIP (GN-2246-4 y revisiones posteriores), la utilización de este instrumento del Banco se justifica por su apoyo específico a las estrategias nacionales de desarrollo de largo plazo ya mencionadas. A través del

³³ Acceso a servicios de salud y nutrición de alta calidad y de manera oportuna y continua, protección financiera a través de un gasto público en salud eficiente y rectoría efectiva del sistema.

³⁴ Aporta a las metas regionales: pobreza extrema, mortalidad materna-infantil, gasto público gestionado a nivel descentralizado; contribuye al número de individuos con un paquete básico de servicios de salud.

CCLIP, se lograría reforzar el enfoque programático, orientado a apoyar programas y no proyectos individuales, a través de una adecuada planificación de las intervenciones en el sector salud, en consonancia con la Estrategia del Banco con el País 2013-2016, y con las recomendaciones de la evaluación de programa de país 2009-2013 realizada por la Oficina de Evaluación del Banco (OVE) ³⁵.

- 1.23 Actualmente el MISPAS ejecuta o co-ejecuta cinco operaciones similares al CCLIP, todas contando con un buen desempeño; cuatro de estas con financiamiento del Banco (DR-L1044, DR-L1047, DR-L1053 y DR-L1067) y una quinta con financiamiento del Banco Mundial (BM) (P106619). Con respecto a las operaciones en las cuales el MISPAS es el ejecutor, P106619 y DR-L1067 (34,6% de ejecución), éste es el responsable por la ejecución técnica y financiera del proyecto. Las actividades de esos proyectos son sustancialmente similares a las actividades propuestas en esa operación ya que todas implementan el modelo de FBR en distintas regiones del país. Las auditorías de los últimos dos años del proyecto del BM (70% de ejecución), concluyen que los estados financieros auditados están bien en todos sus aspectos sustanciales. En 2013, el Banco realizó un análisis de la capacidad institucional y fiduciaria del MISPAS, lo cual reveló que éste posee un nivel de capacidad institucional satisfactoria y de bajo riesgo³⁶. El análisis recomendó que se fortaleciera al equipo del MISPAS en las políticas y procesos específicos del Banco. En abril de 2014, el Banco realizó un nuevo análisis de la capacidad institucional del MISPAS, el cual confirmó que el MISPAS sigue contando con una buena capacidad institucional y bajo riesgo. Además que él mismo viene implementando las recomendaciones del análisis institucional del 2013 de capacitar su personal en las políticas y procesos específicos del Banco. En las otras tres operaciones del Banco, en las cuales el MISPAS es co-ejecutor³⁷, el mismo ha sido encargado de preparar la documentación y términos de referencia para las licitaciones. Los instrumentos de ejecución están actualizados y los avances presentados en los Informes de Seguimiento de Progreso indican un buen desempeño. Todos los informes de ejecución y los informes financieros auditados se han entregado a tiempo, cuentan con buena calidad y no han habido observaciones. Ver tabla resumen para el grado de avance de cada operación.
- 1.24 El Párrafo 1.16 de la política vigente para la modalidad de financiamiento CCLIP (GN-2246-4 y revisiones posteriores) establece que “el Organismo Ejecutor debe haber completado un proyecto similar (financiado por el Banco o por otras instituciones financieras) en los cinco años anteriores”. Si bien el MISPAS, institución que actuaría como Organismo Ejecutor de las operaciones contempladas en la línea CCLIP, no ha completado un proyecto similar en los últimos cinco años,

³⁵ Es más difícil apoyar a RD en el mediano plazo a través de operaciones independientes que, en corto plazo, financian la expansión de la misma intervención o de intervenciones similares. Las operaciones en este CCLIP pueden implementarse de forma independiente ya que no dependen de resultados de operaciones anteriores.

³⁶ Ver “Informes del Análisis de la Capacidad Institucional del MISPAS de RD”.

³⁷ Existe un Convenio de Cooperación entre el MISPAS y el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales que establece que el primero es co-ejecutor de las actividades de salud de las operaciones.

el equipo de proyecto, por las razones que se indican en el párrafo anterior, considera que el MISPAS cuenta con la experiencia y la capacidad institucional necesarias para garantizar una eficiente preparación y ejecución de las operaciones bajo la línea CCLIP, aspecto fundamental que el criterio particular establecido en los lineamientos del instrumento CCLIP pretende resguardar. De igual manera, la utilización del instrumento CCLIP es recomendable, en cuanto permite reforzar el enfoque programático del apoyo que viene realizando el Banco en RD. En razón de lo anterior, se solicita otorgar una dispensa parcial a dichos lineamientos a fin de que se apruebe la línea CCLIP para apoyar el fortalecimiento de la gestión del sector salud en la República Dominicana.

B. Objetivos, componentes y costos.

- 1.25 El objetivo general del programa CLIPP es incrementar la eficiencia y la efectividad del gasto en salud y mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a la población más vulnerable de RD, por medio de una mayor capacidad de gestión de los servicios y del FBR. El CCLIP sería aprobado por un valor de hasta US\$300 millones³⁸.
- 1.326 El primer Proyecto del Programa CCLIP tiene como objetivos específicos expandir el modelo de FBR hacia el SRS “0”, fortalecer la provisión de servicios de salud y la capacidad rectora del MISPAS. Se espera que la(s) siguiente(s) operación(es) individual(es) del programa continúe expandiendo el FBR a un mayor número de población y/o niveles de atención. Al final del CCLIP, se espera mejorar los indicadores de cobertura y calidad de la atención, sobretodo en servicios preventivos. Además, se espera aumentar la adscripción de la población a CAPs contribuyendo al aumento del aseguramiento.
- 1.27 **Componente 1. Financiamiento de prestaciones basado en resultados en salud (US\$90 millones).** El objetivo del componente es mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del modelo de FBR hacia el SRS “0”, con énfasis en el primer nivel de atención. Esto permitirá que RD financie, en todos los SRS, la atención primaria bajo un esquema que vincula recursos al cumplimiento de metas de cobertura y de calidad en la asistencia³⁹. El componente financiará: (i) las prestaciones capitadas del primer nivel referente a la población pobre no asegurada y a la población cubierta por el RS en el SRS “0”; y (ii) asistencia técnica para fortalecer el SRS “0” y el SENASA en: (a) la implementación y gestión del modelo

³⁸ Valor necesario para financiar, de forma decreciente (del 71% a 11%), el financiamiento de las prestaciones capitadas para la población pobre cubierta por el RS para los próximos cinco años, asegurando la sostenibilidad del modelo de RBF. Ese monto financiaría también el costo operativo de implementación del modelo de RBF (auditorías concurrentes, mejoras en gestión y sistemas de información, aplicación de protocolos clínicos, etc.). Ese monto representa 9,4% del presupuesto total anual del sector salud.

³⁹ Las debilidades del sistema en cuanto a la calidad y la continuidad de la atención, limitan los resultados potenciales del modelo, por eso la importancia del fortalecimiento de la red de servicios y de la rectoría.

de FBR; (b) la adscripción de la población beneficiaria; (c) las auditorías concurrentes para la verificación de los resultados del FBR; y (d) asistencia técnica para diseñar indicadores de FBR para el segundo y tercer niveles de atención, creando las bases para la expansión del modelo en la(s) próxima(s) operación(es) del CCLIP a otros niveles.

- 1.28 **Componente 2. Fortalecimiento de la provisión de los servicios públicos de salud (US\$1,41 millones).** El objetivo del componente es promover la integralidad de la asistencia para la población a través de la implementación de la RUSS⁴⁰. El componente financiará asistencia técnica para diseñar e implantar los planes de implementación de la RUSS en cada SRS, incluyendo la organización de los establecimientos de salud (territorialización y programación), el fortalecimiento del sistema de referencia y contra-referencia y la gestión de la red. En particular, para la RUSS, se financiará: (i) la ampliación del mapa sanitario para incluir los establecimientos de salud del IDSS y del sector privado (con y sin fines lucrativos)⁴¹; (ii) la revisión de la referencia y contra-referencia con base al nuevo mapa sanitario; (iii) la implementación del nuevo modelo de contratación de recursos humanos; (iv) el diseño e implementación de un programa de capacitación y desarrollo de los recursos humanos; (v) la implementación de los contratos de gestión al interior de la red; (vi) el diseño e implantación de un nuevo modelo de gestión de la calidad; y (vii) el desarrollo e implementación de mecanismos explícitos de coordinación al interior de la red (comités inter-niveles, con representantes de los SRS, establecimientos de salud y usuarios). Además, el componente apoyará los SRS en la implementación de protocolos clínicos en los establecimientos de salud (elaboración será financiada por el Componente 3). Adicionalmente financiará asistencia técnica para financiar el plan de implementación del ICSS.
- 1.29 **Componente 3. Fortalecimiento institucional de la función de rectoría del sector salud (US\$4,69 millones).** El objetivo del componente es apoyar al MISPAS en la conducción del sector salud a través de su fortalecimiento institucional en las áreas de regulación e inteligencia sanitaria. El componente financiará asistencia técnica para: (i) el diseño, la implementación y la evaluación de normas nacionales para el registro sanitario de medicamentos y otros productos sujetos a regulación; (ii) la adquisición y la implantación de una plataforma informática, y equipos para la DGDF; (iii) la capacitación de los técnicos de la DGDF (normas y plataforma informática); (iv) la elaboración de protocolos clínicos basados en evidencia para el tratamiento de enfermedades, por nivel de atención; y (v) la implementación del SGHO para 15 hospitales.
- 1.30 **Componente 4. Evaluación (US\$0,5 millones).** Tiene como objetivo de generar conocimientos para asegurar la gestión y la implementación de calidad del modelo

⁴⁰ El MISPAS cuenta con recursos propios, recursos del BM y asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud para financiar parte de las actividades necesarias para implementar la RUSS.

⁴¹ El préstamo 2733/OC-DR (DR-L1053) financia el mapa sanitario para los centros de salud del MISPAS.

FBR. El componente financiará una evaluación operativa del modelo, en complemento a la evaluación de impacto que está siendo financiada por el préstamo 2973/OC-DR y un análisis económico ex post. La evaluación operativa analizará el nivel de satisfacción con el modelo (gerentes del SRS y profesionales de salud) y la implementación de los procesos en la práctica. El análisis económico consistirá en un análisis de costo-efectividad ex post del Componente 1. A partir de los resultados, serán extraídas recomendaciones de mejora al proceso de implementación y conclusiones respecto a la expansión del modelo al SRS “0”.

- 1.31 **Costos.** El costo total del programa CCLIP asciende a US\$300 millones. El primer proyecto del programa CCLIP tiene un costo de US\$100 millones (ver Cuadro 1-2). Los recursos del préstamo financiarán todos los costos inherentes al proyecto, incluyendo los impuestos aplicables a las adquisiciones y contrataciones.
- 1.32 **Indicadores clave de la matriz de resultados.** El impacto esperado de la operación es la mejoría de la cobertura, de la calidad y del acceso de los servicios de salud para la población más vulnerable de RD (ver DEM y Matriz de Resultados). Los principales indicadores de resultado son: (i) cantidad de población pobre no cubierta por el RS a las que se les garantiza acceso a servicios de AP a través del modelo de FBR, en el SRS “0”; (ii) porcentaje de prestaciones capitadas del SENASA pagadas contra resultados; (iii) porcentaje de intervenciones ambulatorias en los SRS que ocurren en la AP; y (iv) porcentaje de consultas de las 10 patologías de mayor prevalencia en la AP realizadas en base a protocolos clínicos.

Cuadro 1-2. Resumen de costos

Componente	US\$(CO)
1. Financiamiento de prestaciones basado en resultados en salud	90.000.000
2. Fortalecimiento de la provisión de los servicios públicos de salud	1.410.000
3. Fortalecimiento institucional de la función de rectoría del sector salud	4.690.000
4. Evaluación	500.000
Auditoría, administración e imprevistos	3.400.000
Total	100.000.000

- 1.33 **Evaluación Económica.** Se realizó el análisis de costo-efectividad usando los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) como medida de efectividad. Se simuló dos cohortes cerradas (de no realizar el proyecto y realizarlo) mediante un modelo de estados discretos. Los costos y los desenlaces fueron descontados mensualmente a una tasa del 12% efectiva anual. Para el análisis de sensibilidad, se corrió el modelo sin descuento y con una tasa de descuento de 3%. En el caso base, la efectividad incremental de realizar el proyecto es de 56,809 DALYs evitados frente a no realizarlo y el costo incremental es de US\$808,923. El índice de costo-efectividad incremental es US\$14.24 por DALY evitado que corresponde a un 0,26% PIB *per cápita* por DALY evitado, que significa que el proyecto es muy

costo-efectivo. El análisis de sensibilidad demuestra que el índice de costo-efectividad incremental permanece muy por debajo del umbral de 1% de PIB *per capita* por DALY evitado, demostrando la robustez de los resultados.

II. Estructura del Financiamiento y Riesgos

A. Riesgos ambientales y sociales

- 2.1 De acuerdo a la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703), ESR otorgó al proyecto la clasificación “C”. Se velará por el cumplimiento de la Política sobre Igualdad de Género en el Desarrollo (OP-270).

B. Riesgos fiduciarios

- 2.2 En la preparación de la operación se realizó un análisis de la capacidad institucional de la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI) del MISPAS, Organismo Ejecutor de la operación, que reveló que ésta posee un nivel de capacidad institucional satisfactorio y un riesgo bajo.

C. Otros riesgos

- 2.3 **Macroeconómicos.** Limitaciones o reducciones en el espacio fiscal durante la ejecución del proyecto pueden ocasionar retrasos de ejecución en las actividades de fortalecimiento institucional del MISPAS o de la RUSS. Durante la ejecución del proyecto, el MISPAS hará las gestiones necesarias con el Ministerio de Hacienda (MH) y el Ministerio de la Presidencia (MP) (2.6) para garantizar el flujo efectivo de recursos para la implementación oportuna de todos los componentes según la programación contenida en el Plan de Ejecución del Proyecto (PEP). Las prestaciones del RS están en los programas protegidos establecidos en el PNPSP 2013-2016, lo que indica su prioridad en términos de política y espacio fiscal. Además, el programa contribuye a la reducción de las transferencias presupuestarias del gobierno central y por ende a la transparencia y sostenibilidad del sector.
- 2.4 **Sostenibilidad del FBR.** Este riesgo está referido a que el gobierno no dé continuidad al FBR una vez se termine la presente operación por falta de financiamiento o apoyo político a los cambios introducidos por el modelo en relación a la transparencia y gestión en el financiamiento de las prestaciones de salud. Del punto de vista del financiamiento, el financiamiento de la prestación de servicios bajo el RS, forma parte del grupo de programas protegidos establecidos en el PNPSP 2013-2016, lo que asegura su financiamiento y sostenibilidad en el mediano plazo⁴². Por otro lado, el esquema propuesto de financiamiento de las

⁴² El GORD ha logrado movilizar recursos adicionales para salud en los últimos años. En el 2013, el gobierno expandió el RS a 450.000 personas pobres. El presupuesto de 2014, contempla la afiliación de 375.000 nuevos beneficiarios. La meta para los próximos dos años es afiliar 525.000 personas pobres.

prestaciones es decreciente en el tiempo para la población del RS; la población no cubierta por un seguro de salud, adscripta y elegible bajo el RS será encaminada al SENASA para ser incorporada al seguro subsidiado, de acuerdo a las metas de expansión del aseguramiento del gobierno. Con respecto al apoyo político, la Ley que establece la RUSS y el ICSS crearán los arreglos institucionales para que se separe el financiamiento, de la prestación de servicios. Con base a los buenos resultados del FBR en las regiones VI-VIII, se está considerando el FBR como modelo de financiamiento para la RUSS. El Banco financiará la asistencia técnica para elaborar la reglamentación de la ley.

- 2.5 **Desarrollo.** Posibles dificultades de coordinación entre el MISPAS y la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), ejecutora del FBR en las tres regiones que han piloteado el modelo (VI-VIII), pueden generar retrasos y pérdida de eficiencia en la implementación de la operación. Las operaciones del Banco y del BM que financian el FBR en los SRS (I-VIII) comparten: (i) manual de operaciones para el componente de RBF; (ii) la firma de auditoría para el cumplimiento de metas; y (iii) el mismo coordinador técnico responsable. La presente operación utilizará el mismo esquema de ejecución ya acordado.
- 2.6 **Gestión Pública y gobernabilidad.** Se pueden presentar retrasos por parte del Congreso Nacional en la aprobación de la presente operación. El MISPAS realizará las gestiones necesarias y pertinentes ante las comisiones del Senado y la Cámara de Diputados para la consideración del Proyecto de Ley de la operación inmediatamente posterior a la aprobación del préstamo por parte del Directorio del Banco. Adicionalmente, retrasos en la reglamentación de la ley que establece la RUSS y el ICSS podrían aplazar el inicio de la ejecución de las consultorías para la reglamentación (no afectarían otras actividades de la operación pero limitarían la mejora potencial en los indicadores del FBR en su primer año de operación). La Comisión de Asesores en Seguridad Social y Salud del MP tiene como sus objetivos principales en 2014 la aprobación de esa ley. Se anticipa un bajo riesgo de no aprobación de la misma ya que el gobierno cuenta con mayoría en el Congreso.

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen de medidas de implementación

- 3.1 **Marco de ejecución.** El organismo executor de la operación será el Prestatario a través del MISPAS y su dirección DDEI. La DDEI, con el apoyo de una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), ejecuta las operaciones DR-L1067 y P106619 del BM. La UCP realiza las adquisiciones, contrataciones y pagos, y cuenta con un coordinador y especialistas en adquisiciones, financieros y administrativos contratados para apoyar la ejecución del proyecto. La presente financiará el apoyo adicional de un gerente de campo para el SRS "0". La presente operación utilizará el mismo esquema de ejecución y la misma UCP de la DR-L1067. Además utilizará

el mismo esquema de coordinación entre el MISPAS y la CERSS descrito en el Párrafo 2.5 y los convenios de gestión firmados entre el MISPAS, el SENASA y el SRS “0”.

- 3.2 **Adquisición de bienes y servicios.** La adquisición de bienes y servicios y la selección y contratación de servicios de consultoría se realizarán conforme a las políticas del Banco. La supervisión de adquisiciones se realizará en función de la capacidad del Organismo Ejecutor y de acuerdo a lo que se establezca en el plan de adquisiciones y sus futuras actualizaciones. Se prevé financiar con recursos del proyecto las contrataciones directas, de acuerdo con la política para la Selección y Contratación de consultores financiados por el BID (GN-2350-9; Párrafo 3.10): (i) de la firma *GESAWORLD Group* que se encargará de las auditorías concurrentes para valorar el cumplimiento de los indicadores de resultado del FBR, pues los nuevos servicios constituyen una continuación natural de los servicios realizados por la firma hasta el momento, ya que la firma tiene a su cargo las auditorías concurrentes para valorar el cumplimiento de los FBR en los SRS I—VIII en la operación P106619 que está siendo financiada por BM y por el préstamo 2973/OC DR (DR-L1067); y (ii) la contratación directa sin competencia de la firma *Netword & Success* para la implementación en 15 hospitales del *software* de gestión clínico-administrativa, justificada en la continuación natural de los servicios realizados por la firma hasta el momento en el desarrollo e implementación del mismo *software* en 14% de los hospitales del país bajo la operación DR-L1067 (2973/OC-DR)⁴³.
- 3.3 Condiciones contractuales. Se acordó que las condiciones especiales previas al primer desembolso son: **(i) la actualización del MO de la operación DR-L1067 con las actividades de la presente operación y su entrada en vigencia, contando con la previa no objeción del Banco; y (ii) la entrada en vigencia de la enmienda a los acuerdos de gestión que incorporen el FBR, entre el MISPAS, el SENASA y el SRS “0”.** Las obligaciones contractuales especiales de ejecución son: (i) cualquier cambio o actualización al manual operativo de la operación habrá de contar con la no objeción del Banco; y (ii) se habrá de contratar una auditoría concurrente para la verificación del cumplimiento de las metas de adscripción y de resultados en conformidad con lo establecido en el MO del proyecto a más tardar tres meses después de la operación tener lograda la elegibilidad.
- 3.4 **Desembolsos y flujo de caja.** El plazo de desembolsos del proyecto es de 48 meses. El desembolso para el Componente 1 se realizará a través de reembolso de gastos, con excepción del primer desembolso, el cual se hará bajo la modalidad de anticipo de fondos con el propósito de fortalecer las capacidades; técnicas y administrativas del SRS “0” para implementar y gestionar el modelo de FBR. El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, los gastos con prestaciones de salud bajo el RS (hasta por el 20% del monto del préstamo)

⁴³ La operación 2973/OC-DR (DR-L1067) otorgó el método de contratación directa a ambas firmas justificado en una continuación natural de servicios realizados por la firma *GESAWORLD Group* y de una experiencia de valor excepcional de la firma *Netword & Success* por su desarrollo del *software* SGHO.

efectuado por el Prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir de la fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, 16 de abril de 2014, pero en ningún caso, se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo. Los costos de la auditoría concurrente serán financiados con recursos de este préstamo. Los demás componentes se desembolsarán bajo la modalidad de adelanto de fondos de acuerdo a la programación de actividades acordadas.

B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.5 **Monitoreo y evaluación.** La UCP implementará el Plan de Monitoreo y Evaluación del CCLIP. Las medidas de monitoreo y evaluación tendrán como referente a la Matriz de Resultados. Los principales mecanismos de seguimiento establecidos son: (i) los informes semestrales; (ii) las auditorías concurrentes asociadas al Componente 1; (iii) el PEP; (iv) el plan de adquisiciones; y (v) el SGC y el SGHO⁴⁴. La agenda de evaluación está alineada a los objetivos del Componente 1 de la operación y persigue la evaluación operativa de la expansión del modelo FBR en el sector salud, que se centra en el análisis y extracción de recomendaciones del funcionamiento e implementación del modelo. Esta primera parte del plan propuesto es complementario al plan de monitoreo y evaluación de la operación DR-L1067 que realizará una evaluación de impacto cuasi-experimental de la expansión del modelo FBR en el primer nivel de atención. Además, al final de la operación será realizado un análisis de costo-efectividad ex post de la implementación del modelo de FBR en la región de salud “0”.

⁴⁴ El SGC será la fuente de información para la AP, y el SGHO será la fuente para hospitales.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
A. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Programa de préstamos	i) Préstamos a países pequeños y vulnerables, y ii) Préstamos para la reducción de la pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	i) Tasa de pobreza extrema, ii) Tasa de mortalidad materna, iii) Tasa de mortalidad infantil y iv) Gasto público administrado en forma descentralizada como porcentaje del gasto público total.		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Individuos que reciben un paquete básico de servicios de salud (todos).		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2748	Mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y sostenibilidad financiera del sector.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2756	La Intervención está incluida en el Documento de Programación de País 2014.	
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)			
B. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad		Evaluación	Ponderación
			Puntuación máxima
3. Evaluación basada en pruebas y solución		10.0	20.00%
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0	
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	20.00%
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Effectividad o Análisis Económico General		4.0	
4.2 Beneficiarios Identificados y Cuantificados		2.4	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados		1.3	
4.4 Supuestos Razonables		1.3	
4.5 Análisis de Sensibilidad		1.3	
5. Evaluación y seguimiento		6.7	20.00%
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5	
5.2 Plan de Evaluación		4.2	
C. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación por riesgo global y grado de probabilidad de los riesgos*		Medio	
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		SI	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		SI	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		SI	
Calificación de los riesgos ambientales y sociales		C	
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/PDP)	SI	Administración Financiera: Presupuesto, Tesorería y Contabilidad y emisión de Informes. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de Información.	
No Fiduciarios			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	SI	El Componente 1 de la operación intentará aumentar la adscripción de hombres a los servicios de atención primaria, para que tengan acceso a actividades preventivas de salud. En general, los hombres utilizan menos los servicios de salud que las mujeres, lo que también ocurre en República Dominicana.	
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	SI	Actualmente, el Banco está apoyando a la República Dominicana con distintas asistencias técnicas en el sector salud, en relación con operaciones recientes que han sido aprobadas y están en ejecución, como 2973-OC-DR (DR-L1087) y 2783/OC-DR (DR-L1083). Las cooperaciones técnicas aprobadas también fortalecerán la capacidad del sector salud para la ejecución del proyecto, tales como ATN/OC-14167-DR (DR-T1111) y DR-73096, que está en elaboración.	
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.			

La Línea de Crédito Condicional para el Programa de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud (DR-X1010) y el Primer Proyecto de Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud (DR-L1069) tienen como objetivo mejorar la salud de la población más vulnerable de República Dominicana mediante el incremento en la eficiencia y efectividad del gasto en salud y la mejora de la calidad de los servicios de salud para esta población. Para lograr estos objetivos el programa financia la extensión del esquema de financiamiento basado en resultados al Servicio de Salud de la Región "D", así como actividades a nivel nacional para fortalecer la provisión de servicios de salud públicos y la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS). Mediante la extensión del sistema de financiamiento basado en resultados se espera beneficiar a alrededor del 29% de la población pobre del país (casi 900.000 personas). El fortalecimiento de la provisión de servicios y de la capacidad institucional beneficiará a todo el país.

El marco lógico del programa presentado en el documento es consistente, y cubre insumos, productos, resultados e impactos. La matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos y resultados del programa, aunque no se pretende monitorear impactos finales. Los indicadores en la matriz de resultados cumplen los criterios SMART e incluyen los valores de línea de base y metas. El Ministerio de Salud y Población y Asistencia Social será responsable de las actividades de monitoreo y evaluación, que han sido presupuestadas y planificadas. Las fuentes de datos para el monitoreo incluyen reportes de auditorías, informes de consultorías, datos administrativos y encuestas a nivel nacional.

La evaluación propuesta para el programa es una evaluación operativa y de costo-efectividad ex post. Se está haciendo una evaluación de impacto cuasi-experimental bajo otra operación (2973-OC-DR), la cual mide el impacto de la extensión del modelo de financiamiento basado en resultados a cinco regiones de salud de República Dominicana. Por esta razón, la exclusión de una evaluación de impacto en esta operación está justificada.

MARCO DE RESULTADOS - MATRIZ DE INDICADORES

OBJETIVO DEL PROYECTO	Incrementar la eficiencia y la efectividad del gasto en salud y mejorar la calidad de los servicios de salud destinada a la población más vulnerable de República Dominicana.								
IMPACTO ESPERADO	Mejorar la cobertura, la calidad y el acceso de los servicios de salud para la población más vulnerable de República Dominicana (RD).								
INDICADORES DE RESULTADO	Línea de Base	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta al Final del Proyecto ¹	Frecuencia de los Reportes	Instrumento Para Recolección de la Data	Responsables/Observa ciones
Cantidad de Población Pobre (SUBEN I - II) no cubierta por ningún régimen a las que se les garantiza acceso a servicios de primer nivel a través del modelo de Financiamiento Basado en Resultados (FBR), en el Servicio Regional de Salud (SRS) ¹⁰⁰ 2.	0	7.550	7.550	7.550	7.550	30.199	Cuatrimestral	Reportes de auditorías concurrentes	Firma auditora externa / Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI)
Porcentaje de prestaciones capituladas del Seguro Nacional de Salud (SENASA) pagadas contra resultados.	69% ³	31pp	0	0	0	31pp	Anual	Reportes de auditorías concurrentes	Firma auditora externa / DDEI
% de las intervenciones ambulatorias en los SRS que ocurre en el primer nivel de atención.	33%	4pp	3pp	5pp	5pp	17pp	Anual	SGC y formulario 67A	Dirección de Estadísticas (DIES)
Porcentaje de consultas de las 10 patologías de mayor prevalencia realizadas en base a protocolos clínicos ⁴ en el primer nivel de atención.	0	0pp	10pp	15pp	20pp	45pp	Cuatrimestral	Reportes de auditorías concurrentes	Firma auditora externa / DDEI/ DIES

COMPLEMENTO I: Instrumentación de prestaciones basadas en resultados en salud									
Indicadores de producción	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observa ciones
Población pobre I y II del SUBEN en el SRS 0 afiliada al régimen subsidiado cuya copia se financia a través del FBR	0	853.812	853.812	853.812	853.812	853.812	Cuatrimestral (tramo variable)	Reportes a partir de la base de datos de UNIPAGO	SENASA y DDEI

- Las metas para los indicadores que no tienen línea de base relacionados al FBR se determinaron con base a la experiencia de los SRS que ya operan el modelo.
- La garantía de acceso se refiere a la adscripción de la población a un Centro de Atención Primaria (CAP) y al llenado de la Ficha Familiar de Salud.
- Numerador: El monto de prestaciones capituladas para la población de RS en las regiones I-VIII (US\$53 * 1,899,983). Denominador: Monto de prestaciones capituladas de RS totales, incluyendo la región "0" (US\$53 * 2,753,795).
- Los protocolos clínicos basados en evidencia definen la manera más efectiva de manejar una enfermedad. En este sentido, un mayor porcentaje de consultas realizada con base a protocolos clínicos implica un aumento en la efectividad de la atención.

Ofis lab
gremio le noo obstetriga

Anexo II – DR-L1069
Página 2 de 7

COMPLEMENTO E: Financiamiento de prestaciones basadas en resultados en salud									
Indicadores de resultados intermedios	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observa ciones
1. Porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo del embarazo realizada antes de la semana 15 de embarazo en la SRS "0" de Salud de Salud ⁵ .	81,9% ⁶	1,31pp	2,62pp	3,93pp	5,24pp	13,1pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
2. Porcentaje de mujeres puérperas referidas del hospital a su unidad de atención primaria correspondiente con la documentación adecuada incluida en los archivos clínicos del centro de salud en las región 0 ⁷ .	4% ⁸	9,3pp	9,4pp	18,6pp	18,7pp	56pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
3. Porcentaje de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud ⁹ .	23% ¹⁰	6,2pp	6,2pp	12,3pp	12,3pp	37pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
4. Porcentaje de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud ¹¹ .	42% ¹²	3,0pp	3,0pp	6,0pp	6,0pp	18pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
5. Porcentaje de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud ¹³ .	14% ¹⁴	7,7pp	7,7pp	15,3pp	15,3pp	46pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI

3. Numerador: Número de mujeres embarazadas de la población objetivo a las que durante el cuatrimestre se les lleva a cabo evaluación de riesgo antes de la 15ª semana de embarazo; Denominador: Estimación del número de embarazadas de la población objetivo relevante para el cuatrimestre.
6. Estimación basada en el porcentaje de mujeres en la RD que fue a la primera visita de control a menos de cuatro meses de embarazo (ENDESA 2007, p. 151).
7. Numerador: Número de puérperas de la población objetivo que: registran una consulta realizada durante el cuatrimestre y que cumplen con las dos siguientes condiciones: (i) la consulta se realiza dentro de los 15 días posteriores al parto; y (ii) la documentación de contra-referencia (resumen clínico del caso) está disponible en los archivos clínicos del primer nivel de atención; Denominador: Estimación del número de nacidos vivos en la población objetivo en el año.
8. Estimación basada en porcentaje de de mujeres puérperas referidas del hospital a su unidad de atención primaria correspondiente con la documentación adecuada en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PAKSS2).
9. Numerador: Número de niños de la población objetivo menores de 15 meses con esquema de vacunación completado de acuerdo al protocolo nacional para su edad; Denominador: Estimación del número de niños de la población objetivo menores de 15 meses al último día del cuatrimestre.
10. Estimación basada en porcentaje de niños menores de 13 meses en la RD con esquema de vacunación completo (ENDESA 2007).
11. Numerador: Número de niños adscritos mayores de 15 meses y menores de 24 meses en el cuatrimestre con esquema de vacunación completo según protocolo nacional para su edad; Denominador: Estimación del número de niños de la población objetivo mayores de 15 meses y menores de 24 meses al último día del cuatrimestre.
12. Estimación basada en el porcentaje de niños 12-23 meses en la Región 0 que habían tenido todas las vacunaciones en el tiempo de la encuesta (ENDESA 2013, cuadro 5.5).

COMPONENTE I: Financiamiento de prestaciones basadas en resultados en salud									
	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsable(s) Objetos Grupos
6. Porcentaje de individuos sintomáticos respiratorios capados con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel en la Región 0 de Salud de Salud ¹⁶ .	4% ¹⁵	4,6pp	4,6pp	18,4pp	18,4pp	46pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
7.1 Porcentaje de hombres mayores de 18 años tamizados para hipertensión arterial según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud ¹⁷ .	19% ¹⁸	4,7pp	4,0pp	15,5pp	14,8pp	39pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / Censo 2010	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
7.2 Porcentaje de mujeres mayores de 18 años tamizadas para hipertensión arterial según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud.	19% ¹⁹	4,7pp	4,0pp	15,5pp	14,8pp	39pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / Censo 2010	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
8.1 Porcentaje de hombres diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud ²⁰ .	91,2% ²¹	0,46pp	0,59pp	1,4pp	1,5pp	3,8pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
8.2 Porcentaje de mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud.	91,2% ²²	0,46pp	0,59pp	1,4pp	1,5pp	3,8pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI

- 13 Numerador: Número de niños pertenecientes a la población objetivo menores que 24 meses y que posean el cronograma completo de controles desde el nacimiento según protocolo nacional. Denominador: Estimación del número de niños de la población objetivo menores de 24 meses al último día del cuatrimestre.
- 14 Estimación basada en porcentaje de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PARSS2).
- 15 Numerador: Número de individuos sintomáticos respiratorios de la población objetivo para el cuatrimestre con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel. Denominador: Número estimado de sintomáticos respiratorios de la población objetivo para el cuatrimestre en cuestión.
- 16 Estimación basada en % de individuos sintomáticos respiratorios capados con resultados de baciloscopia documentado en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PARSS2).
- 17 Numerador: Número de hombres mayores de 18 años de la población objetivo con medición de tensión arterial en el cuatrimestre. Denominador: Estimación de hombres de la población objetivo mayores de 18 años relevantes para el cuatrimestre.
- 18 Estimación basada en porcentaje de individuos que recibieron tamizaje para hipertensión en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PARSS2).
- 19 Estimación basada en porcentaje de individuos que recibieron tamizaje para hipertensión en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PARSS2).
- 20 Numerador: Número de hombres de la población objetivo con HTA que están en tratamiento conforme al protocolo nacional. Denominador: Estimación de hombres hipertensos en la población objetivo mayor de 18 años para el año en cuestión.
- 21 Estimación basada en porcentaje de personas con hipertensión en la región 0 que recibía tratamiento (ENDESA 2007).
- 22 Estimación basada en porcentaje de personas con hipertensión en la región 0 que recibía tratamiento (ENDESA 2007).

COMPONENTE I. Mantenimiento de prestaciones basadas en resultados en salud									
	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Obreros crimes
9.1 Porcentaje de hombres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en la Región 0 de Salud de Salud ²²	4% ²⁴	6,5pp	5,6pp	21,4pp	20,5pp	54pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / Censo 2010	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
9.2 Porcentaje de mujeres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en la Región 0 de Salud de Salud	4% ²⁵	4,6pp	4,6pp	18,4pp	18,4pp	46pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / Censo 2010	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
10.1 Porcentaje de hombres diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud ²⁶	92,1% ²⁷	0,4pp	0,25pp	1,15pp	1,1pp	2,9pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
10.2 Porcentaje de mujeres diagnosticadas con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en la Región 0 de Salud de Salud	92,1% ²⁸	0,4pp	0,25pp	1,15pp	1,1pp	2,9pp	Cuatrimestral (ejecución final)	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC) / ENDESA 2013	Unidad de Monitoreo, Auditoría Concurrente y DDEI
11. Porcentaje de población SUBEN I y II afiliados al régimen subsidiado con carnets de afiliación en la Región 0 de Salud de Salud ²⁹	87% ³⁰	1,0	2,0pp	2,0pp	3,0pp	8,0pp	Cuatrimestral	Informes de empresa encargada de elaboración y entrega de carnets/ reportes de auditorías concurrentes / Base de datos del SENASA	SENASA

- ²² Numerador: Número de hombres mayores de 18 años pertenecientes a la población objetivo que han sido tamizados para diabetes en el cuatrimestre. Denominador: Estimación de hombres de la población objetivo mayores de 18 años relevantes para el cuatrimestre.
- ²⁴ Estimación basada en porcentaje de individuos que recibieron tamizaje para diabetes en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PARSS2).
- ²⁵ Estimación basada en porcentaje de individuos que recibieron tamizaje para diabetes en la región VIII, septiembre- diciembre 2012 (Informe de Progreso 2012, PARSS2).
- ²⁶ Numerador: Número de hombres mayores de 18 años de la población objetivo diagnosticados con diabetes tipo II que están en tratamiento conforme a protocolo nacional. Denominador: Estimación de hombres diabéticos tipo II en la población objetivo mayor de 18 años para el año en cuestión.
- ²⁷ Estimación basada en porcentaje de personas con diabetes en la región 0 que recibía tratamiento (ENDESA 2007).
- ²⁸ Numerador: Número de individuos SUBEN I y II que los reportes de auditorías concurrentes señalan que poseen carnet de afiliación al régimen subsidiado. Denominador: Total de individuos afiliados al régimen subsidiado.
- ²⁹ Estimación basada en el porcentaje de personas pobres en la RD que contestaron que tenían un carnet cuando fueron al centro de salud (IEEPS 2010).

COMPLEMENTO II: Fortalecimiento de la provisión de los servicios públicos de salud									
Indicadores de producto	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observa- ciones
12. Cantidad de dependientes de afiliados al régimen subsidiado que poseen información de acta de nacimiento en la base de datos de afiliados del SENASA en la Región 0 de Salud aumentado.	325 732 ³¹	20 000	30 000	30 000	40 000	120 000	Cuatrimestral	Reporte de base de datos del SENASA / ENDESA 2013	SENASA

COMPLEMENTO II: Fortalecimiento de la provisión de los servicios públicos de salud									
Indicadores de producto	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observa- ciones
Plan de Implementación de la Red Pública Única en cada SRS ejecutado (nueve planes).	0	0	0	4	5	9	Semestral	Planes de Implementación y documentos de monitoreo y/o evaluación de planes	DDEI
Mapa sanitario de la RD incluyendo los establecimientos del antiguo IDSS y del sector privado.	0	0	1	0	0	1	Semestral	El mapa sanitario completo	DDEI
Plan Estratégico de Desarrollo y Fortalecimiento del Ente Coordinador elaborado y con planes operativos ejecutados en al menos un 80% anualmente.	0	0pp	50pp	20pp	10pp	80pp	Semestral	Plan Estratégico, planes operativos anuales y documentos de monitoreo y/o evaluación de planes	DDEI
RRHH de los SRS contratados de acuerdo a modelo de contratación de los SRS.	0	0pp	20pp	20pp	20pp	60pp	Semestral	Auditoría de contratos de los SRS	DDEI
RRHH de los SRS capacitados en el modelo de gestión de la Red Pública Única.	0	0pp	40pp	40pp	20pp	100pp	Semestral	Registro de participantes	DDEI
Oficinas Regionales de Salud y hospitales de los SRR con nuevo modelo de gestión de la calidad asistencial e institucional implementado.	0	0	0	50pp	50pp	100pp	Semestral	Resolución Ministerial estableciendo el modelo	DDEI
Comités de Seguimiento al Desarrollo de los SRS, integrados por representantes de las oficinas regionales, de los establecimientos de salud y de los usuarios, instituidos en cada regional de salud.	0	9	9	9	9	9	Semestral	Actas de Comités de Seguimiento al Desarrollo de los SRS	DDEI

³¹ Estimación basada en el número de afiliados al Régimen Subsidiado de la Región 0, el porcentaje de la población con menos de 18 años de edad y el porcentaje de niños que poseen un registro de nacimiento.

COMPONENTE II: Fortalecimiento de la provisión de los servicios públicos de salud									
Indicadores de producto	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
Hospitales de los SRS determinan los costos de sus servicios de acuerdo a una metodología estándar.	0	0	30pp de los hospitales de cada SRS	40pp de los hospitales de cada SRS	20pp de los hospitales de cada SRS	90pp de los hospitales de cada SRS	Semestral	Documentos de costos de los servicios hospitalarios	DDEI
Indicadores de resultados intermedios:									
Hospitales de la red única funcionando de acuerdo al nuevo modelo organizativo de redes de servicios.	0	0	tres SRS	cinco SRS	nueve SRS	nueve SRS	Semestral	Informe de consultoría sobre funcionamiento del modelo organizativo de las redes de servicios de los SRS	DDEI
COMPONENTE III: Fortalecimiento institucional de la función de regulación del sector salud									
Indicadores de producto	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
Normas nacionales para el registro sanitario de medicamentos y otros productos sujetos a regulación actualizadas y aprobadas.	0	0	0	3	3	6 ³²	Semestral	Publicación en la página web del MSPAS.	DDEI/DGDF
Nueva plataforma informática para la Dirección General de Drogas y Farmacias (DGDF) implementada.	0	0	0	1	0	100%	Semestral	Auditoría informática	DDEI/DGDF
Técnicos de la DGDF capacitados en la utilización de las normas nacionales actualizadas para el registro sanitario de medicamentos y otros productos sujetos a regulación.	0	0	0	50pp	30pp	80pp	Semestral	Registros de capacitación	DDEI/DGDF
Técnicos de la DGDF capacitados en la utilización de la nueva plataforma informática.	0	0	0	80pp	20pp	100pp	Semestral	Registros de capacitación	DDEI/DGDF
Protocolos clínicos basados en evidencia para el tratamiento de enfermedades elaboradas (número de protocolos).	0	0	10	40	40	90	Semestral	Protocolos elaborados	DDEI

³² Guía de farmaco-vigilancia, norma de registro de productos sanitarios y dispositivos médicos, norma de registro de productos cosméticos e higiene, norma de registro de productos de especialidades farmacéuticas de medicamentos biológicos y biotecnológicos, normativa para los medicamento de venta libre y norma de buenas prácticas de manufactura.

COMPONENTE III: Fortalecimiento institucional de la función de registro del sector salud									
Indicadores de producto	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observa ciones
Sistema de Gestión Clínica Hospitalario (SGCH) para el segundo y tercer niveles implementado en hospitales de la Red Pública Única	3% ³³	2pp	5pp	5pp	5pp	17pp	Semestral	Reportes anuales de evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MISPAS	Vice-Ministerio de Atención a las Personas del MISPAS
Indicadores de resultados intermedios									
Disminución de tiempo de respuesta de registro sanitario de medicamentos e insumos clínicos.	0	0	20pp	5pp	10pp	35pp	Semestral	Auditoría de proceso	DDEI/DGDF
COMPONENTE IV: Evaluación									
Indicadores de producto	Base 2014	Año 1 2015	Año 2 2016	Año 3 2017	Año 4 2018	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observa ciones
Evaluación operativa de la implementación del modelo FBR elaborada.	0	0	0	1	0	1	N/A	Informe de consultoría	Vice-Ministerio de Atención a las Personas/DDEI
Plan de mejora del proceso de implementación del modelo FBR elaborado.	0	0	0	1	0	1	N/A	Informe de consultoría	Vice-Ministerio de Atención a las Personas/DDEI
Plan de mejora del proceso de implementación del modelo FBR implantado.	0	0	0	0	1	1	N/A	Informe de consultoría	Vice-Ministerio de Atención a las Personas/DDEI

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: República Dominicana

PROYECTO N°: DR-L1069

NOMBRE: Apoyo al Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud Pública (MSP)

PREPARADO POR: Christian Contin (Gestión Financiera); Willy Bendix (Adquisiciones). Ambos FMP/CDR

I Resumen ejecutivo

- 1.1 Como insumo a la elaboración de este documento, se tomó en cuenta el resultado de la capacidad institucional del MSP realizada a efectos de la operación DR-L1067 “Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en República Dominicana” de reciente aprobación en el Banco, inclusive la evaluación de los diferentes componentes que conforman la herramienta del Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI), que incluye: (i) capacidad de planificación y organización (sistema de planificación de actividades y sistema de organización administrativa); (ii) capacidad de ejecución (sistema de administración de personal, sistema de administración de bienes y servicios, y sistema de administración financiera); (iii) capacidad de control (sistema de control interno y sistema de control externo); y (iv) sistema operativo de compras y contrataciones. Como parte del análisis se realizó un relevamiento de información referente a las fortalezas y debilidades del Seguro Nacional de Salud (SENASA), así como las evaluaciones PEFA 2010 y 2011. La Unidad Coordinadora del Programa (UCP) empleará el UEPEX, que es un subsistema del SIGEF (Sistema de Información de la Gestión Financiera), concebido para la gestión financiera y contable de proyectos públicos con financiamiento externo. Las instituciones de control interno y externo del país se encuentran actualmente en un proceso de fortalecimiento, tanto técnico como institucional. Con relación al sistema de contratación pública, el Banco brindó asistencia técnica y acompañamiento para realizar el diagnóstico MAPS/OECD; el resultado deja ver que el sistema posee fortalezas como la estructura de su marco legal; asimismo, se advierten algunos desafíos y retos que se irán superando hasta alcanzar un grado de desarrollo con estándares internacionales que permita su aplicación en las operaciones del Banco.

II Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

- 2.1 Actualmente el MSP es Ejecutor de la operación 2973/OC-DR “Fortalecimiento de la Gestión por resultados del sector Salud en República Dominicana”, a través de su Unidad Coordinadora del Programa (UCP) dentro de la Dirección Desarrollo

Estratégico Institucional (DDEI), la cual es financiada por el BID. La DDEI es la Dirección Encargada en el MSP de ejecutar proyectos con financiamiento del exterior y actualmente ejecuta dos componentes de una operación de inversión con el Banco Mundial (BM), “Programa de Apoyo a la Reforma del Sector de Salud - Fase II” (PARSS2). Para llevar a cabo la ejecución de la operación DR-L1069, se ha decidido que sea la misma UCP dentro de la DDEI quien se encargue de esta ejecución, haciéndose responsable de la gestión financiera de todos los componentes ante el Banco, así como de realizar las adquisiciones, contrataciones y pagos a solicitud de la DDEI. El MISPAS contaba con experiencia en co-ejecución de programas financiados por el Banco a través de un convenio de cooperación con el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, donde el MISPAS es encargado de preparar la documentación y términos de referencia para las licitaciones de las actividades de inversión en salud de tres operaciones del Banco (DR-L1044, DR-L1047, y DR-L1053). Además, ya podemos señalar que la operación 2973/OC-DR entró en vigencia recientemente, y que junto con ella, y su experiencia previa en un programa con el BM, lo que agilizará la ejecución de esta nueva operación con el BID. Sin embargo, se propone seguir fortaleciendo las áreas fiduciarias del MISPAS y de la UCP mediante la continua capacitación del personal en las políticas y procesos específicos del Banco.

III Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

- 3.1 El análisis de Capacidad Institucional¹ reveló que la ejecución de la operación PARSS2 financiada por el BM, le ha dado al Ministerio, a través de la DDEI, una sólida experiencia en el manejo y gestión administrativa y técnica de recursos externos, y ha sentado las bases para asumir las responsabilidades de ejecución de la operación 2973/OC-DR del Banco, que se encuentra iniciando su ejecución. En particular, la DDEI, a través de sus unidades internas de coordinación de proyectos ha generado experiencia en la aplicación de políticas de compras y contrataciones del BM y ha sido capacitado en las políticas del BID. Asimismo, ha adoptado el sistema de Unidades Ejecutoras de Proyectos de Financiamiento Externo (UEPEX/SIGEF) para la gestión de recursos financieros y compras, así como la generación de reportes financieros acorde con los requerimientos de los organismos financiadores.
- 3.2 No obstante, la evaluación institucional ha identificado que la ejecución se ha llevado de manera independiente al interno de la DDEI, no existiendo una coordinación efectiva con el Viceministerio Administrativo Financiero en su Dirección Financiera y Dirección de Compras y Contrataciones (AFDFDCC). Desde el punto de desarrollo institucional, así como de adopción plena de sistemas nacionales, es recomendable una integración de sistemas administrativos tanto en el marco del SIGEF como de la nueva plataforma ERP Dynamics a ser implementada

¹ Ver análisis de capacidad Institucional del MISPAS.

por el MSP. La presente operación promoverá esa integración a través de capacitaciones conjuntas y reuniones periódicas de revisión de los avances de la operación con la participación de la UCP y de la AFDFDCC.

IV Aspectos a ser considerados en las Estipulaciones Especiales de los contratos

4.1 A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de LEG, se incluyen a continuación aquellos acuerdos y requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:

- a. Condiciones previas al primer desembolso:** Se acordó que las condiciones especiales previas al primer desembolso son: (i) la actualización del MO de la operación DR-L1067 con las actividades de la presente operación y su entrada en vigencia, contando con la previa no objeción del Banco; y (ii) la entrada en vigencia de la enmienda a los acuerdos de gestión que incorporen el FBR, entre el MISPAS y SENASA y el SRS “0”
- b. Las obligaciones contractuales especiales de ejecución son:** (i) cualquier cambio o actualización al manual operativo de la operación habrá de contar con la no objeción del Banco; y (ii) se habrá de contratar una auditoría concurrente para la verificación del cumplimiento de las metas de adscripción y de resultados en conformidad con lo establecido en el MO del proyecto a más tardar el mes de marzo del 2015.
- c. Tipo de cambio acordado con el Ejecutor para la rendición de cuentas:** El tipo de cambio que se aplicará será la tasa efectiva al momento de la conversión de los recursos desembolsados por el Banco en dólares a la moneda local. (Artículo 4.09 (a) (1)).
- d. Informes Financieros Auditados:** (i) presentación de Informes Financieros Anuales Auditados del programa dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico del Organismo Ejecutor y durante el plazo original del desembolso (48 meses) o cualquier extensión acordada, y debidamente dictaminados por una firma de auditores independientes elegible al Banco. El último de estos informes será presentado dentro del plazo de 120 días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del programa; y (ii) presentación de Informes Financieros Intermedios dentro de 60 días siguientes al 30 de junio durante el plazo original del desembolso por el periodo comprendido de enero 1 al 30 de junio por la misma firma que dictaminará por cada cierre de ejercicio económico. Los informes intermedios forman parte del contrato anual de auditoría externa, por lo tanto no requieren de financiamiento adicional.

V Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

5.1 Los acuerdos y requisitos fiduciarios en adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

1. Ejecución de las Adquisiciones. La Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), con el apoyo de una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), será la encargada de llevar a cabo los procesos de selección, licitación, contratación, supervisión y recepción de las adquisiciones del programa.

a. Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría. Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELs) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación del Proyecto. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección es responsabilidad del Especialista Sectorial/Jefe del Equipo.

b. Selección y Contratación de Consultores. Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida o acordada con el Banco. La revisión de los términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del Especialista Sectorial/Jefe del Equipo del proyecto. La selección de consultores individuales: A criterio del Ejecutor, la contratación de consultores individuales se podrá solicitar mediante anuncios locales o internacionales a fin de conformar una lista corta de individuos calificados.

c. Contrataciones Directas. Se prevé financiar con recursos de la operación y de acuerdo con lo establecido en el Párrafo 3.10 (a) de la GN-2350-9, la contratación directa: (i) de la firma GESAWOR1D, Group que se encargará de las auditorías concurrentes para valorar el cumplimiento de los Indicadores de Monitoreo y Resultados definidas para el modelo FBR, pues los nuevos servicios constituyen una continuación natural de servicios realizados por la firma; y (ii) la contratación directa sin competencia de la firma Network & Success para la expansión del sistema automatizado de Gestión Hospitalaria (SGHO) de segundo y tercer nivel ya identificado por el MSP bajo la operación 2973/OC-DR, justificada en la experiencia de valor excepcional con que cuenta la firma seleccionada en el desarrollo de este sistema de gestión hospitalaria, ya que es la misma empresa que participó en el desarrollo inicial del sistema.

- d. **Gastos Recurrentes.** Estos son aquellos gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el proyecto durante su ejecución, los que serían financiados por el mismo dentro del plan de adquisiciones y realizados siguiendo los procedimientos acordados con el Banco. Adicionalmente, los gastos recurrentes incluyen los costos de los consultores contratados para asistir a la Unidad Coordinadora del Proyecto durante el período de ejecución de la operación. Los costos de operación no incluyen salarios de funcionarios en ejercicio público, ni otros gastos operativos ordinarios del MSP que deberán ser priorizados para el desarrollo del programa dentro del presupuesto institucional de la entidad.
- e. **Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo.** No se identifica la existencia de Adquisiciones Anticipadas ni financiamiento retroactivo de obras, bienes o servicios de consultoría a ser financiados con recursos del préstamo.
- f. **Montos Límites.** Los umbrales que determina el uso de la licitación pública internacional y la integración de la lista corta con consultores internacionales, serán puestos a disposición del Organismo Ejecutor, en la página www.iadb.org/procurement. Por debajo de dichos umbrales, el método de selección se determinará de acuerdo con la complejidad y características de la adquisición o contratación, lo cual deberá reflejarse en el Plan de Adquisiciones aprobado por el Banco.

2. **Adquisiciones Principales.** Las adquisiciones principales previstas en esta operación se detallan a continuación.

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado (miles US\$)
Bienes			
Equipo informático para Hospitales	LPI	Sep. - 16	250.0
Obras			
Obras de adecuación de data centers en varios hospitales	LPN	Mayo - 16	600.0
Servicios de consultoría			
Auditoría concurrente para valorar el cumplimiento de indicadores de monitoreo y Resultados	SD	Oct - 14	2.500.0
Implementación de resultados del Piloto del modelo FBR con presupuesto consolidado	SBCC	Enero - 15	200.0
Diseño de plataforma informática para la gestión de las solicitudes y emisión de registros sanitarios	SBCC	Enero - 15	400.0
Expansión del Sistema Automatizado de Gestión Hospitalaria(SGHO) a hospitales de todas las regiones	SD	Feb. - 15	2.000.0
Evaluación operativa del modelo FBR	SBCC	Feb. - 15	300.0

*Para acceder al plan de adquisiciones de los 18 primeros meses, haga [click aquí](#).

3. **Supervisión de Adquisiciones.** De acuerdo al nivel de riesgo fiduciario identificado para el proyecto, el método de supervisión será el que se establece en el plan de adquisiciones y sus posteriores actualizaciones, las revisiones ex post serán realizadas cada seis meses de acuerdo con el Plan de Supervisión del Proyecto. Los reportes de revisión ex post incluirán al menos una visita de inspección física de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión ex post. Los umbrales para las revisiones ex post de los procesos de adquisiciones serán los que se establezcan en el Plan de Adquisiciones del programa.
4. **Registros y Archivos.** La UCP será la encargada de mantener los archivos y documentación de soporte de los procesos de adquisiciones y todos los comprobantes de los pagos que se realicen con recursos del proyecto, así como de efectuarlos utilizando los procedimientos establecidos.

VI Gestión Financiera

1. **Programación y presupuesto.** El presupuesto anual es elaborado por el Ministerio de Hacienda (MH), a través de la Dirección General de Presupuesto, en coordinación con el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, así como con las demás entidades del Gobierno. Aun cuando esta operación no requiere fondos de contrapartida, la UCP tendrá la responsabilidad de velar para que la asignación presupuestaria para los recursos de financiamiento estén disponibles para cumplir con las actividades incluidas en las herramientas de planificación del Banco (POA, PEP, y PA) así como solicitar al Banco, las modificaciones presupuestarias (transferencias) cuando los montos asignados en los componente no fueran suficientes para llevar a cabo las actividades previstas.
2. **Contabilidad y sistemas de información.** La base de contabilidad utilizada por programa es la de efectivo o caja. La UCP deberá utilizar para el registro contable y generación de informes financieros el módulo UEPEX/SIGEF, el cual es el Sistema Nacional oficial y de uso generalizado para las unidades ejecutoras que reciben recursos financieros de organismos internacionales. Este módulo permite mantener en línea la disponibilidad de los recursos del programa, el control presupuestario, el control de los contratos, así como la generación automática de las solicitudes de desembolsos y sus formularios anexos a ser presentados al Banco. A partir del 2013 la rectoría del módulo UEPEX/SIGEF pasó a formar parte de la Dirección General de Contabilidad Gubernamental (DIGECOG) quien actualmente se encuentra en un proceso para la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP) que permitirá en un mediano plazo la utilización de la base contable de lo devengado para el Sector Público No Financiero.
3. **Desembolsos y flujo de caja.** Los recursos a ser administrados por el Organismo Ejecutor por concepto de anticipos de fondos pueden: (i) depositarse en una cuenta bancaria especial a nombre del proyecto, abierta por

el Prestatario en el Banco Central (en USD) y en el Banco de Reservas (en DOP) a través de la Tesorería Nacional; y (ii) ser registrados en la cuenta general del Prestatario (en caso de que antes a la elegibilidad para desembolsos del programa entrara en plena aplicación la “Cuenta Única” del Tesoro, actualmente en fase piloto de implantación), y luego en una subcuenta contable separada, a nombre del proyecto, en la cual se registrarán todos los movimientos de ingreso de fondos y de pagos correspondientes a la operación financiada por el Banco (siempre que este mecanismo sea satisfactorio para el Banco). La UCP transferirá al Ministerio de Hacienda los recursos correspondientes al costo de la prestación de la población afiliada al régimen subsidiado a través del modelo FBR del SENASA. La UCP y SENASA tendrán que asegurarse de que cuentan con las apropiaciones presupuestarias requeridas y estar enmarcadas dentro de la Ley de Presupuesto Nacional; de ese mismo modo, la UCP será responsable por la justificación de los gastos del proyecto y su elegibilidad así como la canalización de las solicitudes de no objeción ante el Banco. Los recursos del proyecto deben ser usados por el Prestatario y por el Organismo Ejecutor exclusivamente para gastos elegibles, debiendo contarse con un adecuado sistema de gestión financiera y controles para su ejecución, siguiendo los procesamientos establecidos en el Contrato de Préstamo y reflejados en el Manual de Operaciones y conforme el plan financiero acordado periódicamente con el Banco. El desembolso para el Componente 1 se realizará a través de reembolso de gastos, con excepción del primer desembolso, el cual se hará bajo la modalidad de anticipo de fondos con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas y administrativas del SRS “0” para implementar y gestionar el modelo de FBR. El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, los gastos con prestaciones de salud bajo el RS (hasta por el 20% del monto del préstamo) efectuado por el Prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir de la fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, 16 de abril de 2014, pero en ningún caso, se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo. Los costos de la auditoría concurrente serán financiados con recursos de este préstamo. Los demás componentes se desembolsarán bajo la modalidad de adelanto de fondos de acuerdo a la programación de actividades acordadas. El primer desembolso incluirá el financiamiento retroactivo de hasta US\$20 millones para el financiamiento de las Capitas del Seguro Familiar de Salud, siempre y cuando las Capitas cumplan con lo establecido en el contrato de préstamo.

4. **Control Interno y auditoría interna.** La Contraloría General de la República (CGR) es el Organismo del Poder Ejecutivo responsable del diseño, vigencia, actualización y supervisión del Sistema Nacional de Control Interno del Sector Público, que incluye el funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, que trajeron como resultado la emisión de las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) las

cuales consisten en el conjunto de guías y pautas que definen el ambiente de control, la gestión de riesgos, las actividades de control, comunicación, monitoreo y rendición de cuentas de las entidades públicas. Sin embargo, la aplicación de dichas normas, que son de carácter obligatorio, no se han implementado como se esperaba y la CGR no realiza efectivamente la función de auditoría interna a los procesos de control, sino que continua enfocándose en la revisión de los libramientos de pagos. Esta situación puede afectar los tiempos para el pago de bienes y servicios del proyecto y consecuentemente la ejecución, por lo que se requiere que la UCP mantenga una estrecha comunicación con la UAI y a su vez inicie un proceso de adopción para cumplir con las NOBACI.

5. **Control Externo e Informes.** La Cámara de Cuentas (CC) es el órgano superior externo de control fiscal de los recursos públicos, de los procesos administrativos y del patrimonio del Estado. Sin embargo, la CC presenta limitaciones institucionales que no la hacen elegible para que realice la auditoría externa del programa, por lo tanto esta función será realizada por una firma de auditores independientes elegible para el Banco. Los informes de auditoría externa y los términos de referencia deberán cumplir con los requisitos y lineamientos establecidos en la Guía de Informes Financieros y Auditoría Externa de las operaciones financiadas por el Banco.
6. **Plan de supervisión financiera.** Tomando en cuenta que la UCP tiene una experiencia limitada con el Banco, la supervisión financiera, la capacitación, el acompañamiento y el seguimiento serán fundamentales en el éxito de la ejecución financiera del programa, por lo que durante el primer año se requiere de un programa de visitas intensivo que contemple la realización de las actividades anteriormente descritas y la implementación de las acciones de fortalecimiento incluidas en la evaluación de capacidad institucional. También se procurará incorporar al auditor externo y a los auditores de procesos en el proceso de revisión de los controles internos y se realizará una reunión entre el Organismo Ejecutor y el Banco, para revisar los resultados del informe preliminar de auditoría, antes de finalizar el período fiscal de cada año. El riesgo de la operación deberá ser monitoreado permanentemente por el equipo de proyecto a cargo, especialmente durante el primer año de ejecución de la operación.
7. **Mecanismo de Ejecución.** El Organismo Ejecutor de la operación será el MSP, ente rector del sistema de salud. El proyecto será ejecutado por la Dirección del Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), con el apoyo de una Unidad; Coordinadora del Proyecto (UCP). La DDEI es la dirección encargada en el MSP de ejecutar proyectos con financiamiento de multilaterales. La UCP será la encargada de realizar adquisiciones, contrataciones y pagos a solicitud de la DDEI y del SENASA. Por su parte, el

SENASA contará con un equipo técnico coordinador responsable de la preparación de las especificaciones técnicas de sus actividades de inversión, seleccionará los consultores y hará seguimiento a los contratos. El equipo técnico del SENASA coordinará con la UCP para proporcionar todos los documentos y requerimientos necesarios para que la UCP solicite al Banco los desembolsos. La UCP es el Coordinador General del Programa y es la responsable por la ejecución y el logro de los objetivos de la operación.

8. Otros Acuerdos y Requisitos de Gestión Financiera. Ninguno.

DADA en la Sala de Sesiones del Senado, Palacio del Congreso Nacional, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los diez (10) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015); años 172 de la Independencia y 153 de la Restauración.

Cristina Altagracia Lizardo Mézquita
Presidenta

Amarilis Santana Cedano
Secretaria

Antonio De Jesús Cruz Torres
Secretario

DADA en la Sala de Sesiones de la Cámara de Diputados, Palacio del Congreso Nacional, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los tres (3) días del mes de noviembre del año dos mil quince (2015); años 172 de la Independencia y 153 de la Restauración.

Abel Martínez Durán
Presidente

Orfelina Liseloth Arias Medrano
Secretaria

José Luis Cosme Mercedes
Secretario

DANILO MEDINA
Presidente de la República Dominicana

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 128 de la Constitución de la República.

PROMULGO la presente Resolución y mando que sea publicada en la Gaceta Oficial, para su conocimiento y cumplimiento.

DADA en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año dos mil quince (2015); años 172 de la Independencia y 153 de la Restauración.

DANILO MEDINA