

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

(TC-93-01-08-7)

RESUMEN EJECUTIVO

SOLICITANTE: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

ORGANISMO EJECUTOR: SESPAS a través de la Oficina de Coordinación Técnica (OCT) de la Comisión Nacional de Salud

BENEFICIARIO: Gobierno de la República Dominicana

FINANCIAMIENTO:

BID:	US\$ 900.000 (SF)
Aporte local:	US\$ 100.000
Total:	US\$1.000.000

PLAZOS:

Período de ejecución:	12 meses
Período de desembolso:	14 meses

CLASIFICACIÓN AMBIENTAL: El Comité del Medio Ambiente, en la reunión del 15 de mayo de 1995, clasificó esta operación en la Categoría II.

OBJETIVOS: Los objetivos del proyecto son cuatro: 1) preparar un documento de políticas sobre reforma sectorial o "libro blanco", centrado fundamentalmente pero no de forma exclusiva en la reconversión de SESPAS y del Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS); 2) realizar estudios de viabilidad para orientar el diseño y la planificación de programas; 3) crear un plan maestro de reforma del sector de la salud en la República Dominicana, y 4) establecer una base informativa suficiente para tramitar un nuevo préstamo con destino a una importante reforma del sector de la salud. Estas tareas tendrán como resultado la obtención de información y presentación de propuestas concretas para un debate con conocimiento de causa sobre la reforma sanitaria, lo que promovería el consenso entre las distintas partes interesadas.

DESCRIPCIÓN: Se examinará la posibilidad de financiamiento de las siguientes actividades:

1) Puesta en marcha de la OCT; 2) preparación de un documento de políticas sobre la reforma de la salud elaborado por el personal técnico de la OCT;

3) preparación y ejecución de estrategias de cartografía política y actividades de promoción; 4) preparación de estudios de viabilidad para la formulación y ejecución de un programa de reforma; 5) preparación de un plan maestro para la reforma del sector de la salud junto con planes de acción con componentes específicos y las correspondientes orientaciones cronológicas.

BENEFICIOS:

Los beneficios de la operación son de tres órdenes distintos: 1) definición (y justificación) de las intervenciones y del tiempo necesario para resolver los problemas fundamentales del sector de la salud en la República Dominicana; 2) consenso entre los principales protagonistas en lo que respecta al contenido de la reforma, y 3) preparación de los elementos principales de diseño de un proyecto de reforma de la salud cuya ejecución pueda ser respaldada por un préstamo del Banco.

RIESGOS:

Poderosos grupos de interés, organizaciones profesionales y minorías individuales tratan de orientar el contenido de toda propuesta de reforma. Existe el riesgo de fragmentación del proceso y un peligro todavía mayor de perder terreno en el logro de un consenso. La escasa capacidad institucional de SESPAS y del IDSS continúa contribuyendo a la falta general de orientación y dirección.

Es posible que no se llegue a un consenso sobre la reforma de la salud en el plazo de tiempo especificado (12 meses) para esta operación.

**EXCEPCIONES A LA
POLÍTICA DEL
BANCO:**

Ninguna

**CRITERIOS DE
ORIENTACIÓN HACIA
LA REDUCCIÓN DE
LA POBREZA:**

El proyecto se orienta indirectamente a los grupos de más bajos ingresos ya que éstos son los más afectados por las deficiencias del sector de la salud y, por lo tanto, la operación califica automáticamente como una inversión que está orientada a combatir la pobreza.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

Como condición previa al primer desembolso, el organismo de ejecución: i) presentará la versión oficial y definitiva de los términos de referencia, presupuesto y calendario de las consultorías nacionales e internacionales; ii) enviará una carta oficial de la Secretaría de Salud en la que se manifiesta su aprobación de un mecanismo para delegar la ejecución de la actual cooperación técnica a la OCT de la Comisión Nacional de Salud, y iii) seis meses después de la firma del contrato, el Banco realizará un examen de la evaluación de riesgos, y toda deficiencia

significativa observada con tal ocasión se señalará a las autoridades para que la corrijan en el plazo de 60 días; si no lo hicieren, el Banco interrumpirá los desembolsos.

**PLAN DE OPERACIONES
COOPERACIÓN TÉCNICA NO REEMBOLSABLE**

REPÚBLICA DOMINICANA

NOMBRE DEL PROYECTO: Programa de apoyo a la reforma del sector de la salud

NUMERO DE PROYECTO: TC-93-01087

JEFE DE EQUIPO: Pedro Sáenz, RE2/SO2

MIEMBROS DEL EQUIPO: Gerard La Forgia (RE2/SO2), Luis Hernando Rodríguez (COF/CDR) y Pedro Sáenz (RE2/SO2)

ORGANISMO EJECUTOR: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) a través de la Oficina de Coordinación Técnica (OCT) de la Comisión Nacional de Salud

BENEFICIARIO: Gobierno de la República Dominicana

PLAN DE FINANCIAMIENTO: BANCO: US\$ 900.000,00
LOCAL: US\$ 100.000,00 (estimación)
TOTAL: US\$1.000.000,00

FECHAS PROVISIONALES:

PRÓXIMA MISIÓN: 17 de julio de 1995

I. ANTECEDENTES

A. Problemas del sector de la salud

- 1.1 Los índices de salud disponibles sobre la República Dominicana revelan niveles poco satisfactorios de salud y de cobertura de la atención sanitaria. La tasa de mortalidad infantil (61 por mil nacimientos) y la esperanza de vida al nacer (67 años) son bajas si se comparan con las de otros países de América Latina. Las enfermedades transmisibles, las deficiencias nutricionales y otras enfermedades de la infancia son las principales causas de defunciones en la República Dominicana. La cobertura efectiva de todas las instituciones del sector público (incluido el Instituto Dominicano de Seguro Social, IDSS) quizá sea inferior al 40% de la población. Se estima que el 25% de la población carece de acceso a servicios sanitarios esenciales. Los gastos públicos en salud han sido crónicamente bajos (en torno al 1,2% del PIB). No obstante, los gastos privados y la ayuda exterior han compensado en parte la diferencia y permitido atender las necesidades de este sector. En consecuencia, a pesar del bajo nivel de cobertura, el gasto total

en atención de salud (con exclusión del agua y el saneamiento) en la República Dominicana es relativamente elevado, habiendo alcanzado casi el 6% del PIB en 1992.

- 1.2 El elevado nivel de gastos está asociado a varios factores: la descomposición casi total del sistema de servicios de SESPAS (especialmente en lo que se refiere a la atención preventiva y las intervenciones de salud pública), la contratación de seguros privados por un número significativo de dominicanos que contribuyen al IDSS, el hincapié del sector en la atención curativa personal, la duplicación de servicios e infraestructuras en las zonas urbanas y el predominio de sistemas del sector privado que aplican tarifas por servicios prestados.
- 1.3 Aunque las asignaciones presupuestarias del Gobierno Central destinadas al financiamiento del sector de la salud han fluctuado entre el 0,9% y el 1,2% del PIB desde 1980, estos gastos alcanzan el 1,5% cuando se incluyen también los fondos de seguridad social. El gasto público en este sector ha sido objeto de graves limitaciones en los años centrales del decenio de 1980 y comienzos del de 1990, alcanzando un mínimo crítico en 1991, en que el sector público, en general, asignó sólo el 1,2% del PIB. No obstante, varios factores han contribuido a una evolución algo más favorable en 1992; mejoraron las finanzas públicas y hubo una mayor conciencia de la sociedad civil sobre la necesidad de apoyo a los sectores sociales. En efecto, en 1994 el gasto público con destino al sector de la salud alcanzó el 2,2% del PIB. Lo que no se sabe es si este crecimiento de los gastos tuvo como consecuencia una mejora en la prestación de servicios.
- 1.4 El sector de la salud está integrado por tres grandes protagonistas: Primero, la SESPAS es el principal de ellos dentro del sector público y abarca aproximadamente a un tercio de la población. Es propietaria y administradora de una enorme red de servicios públicos de atención primaria, secundaria y terciaria. No obstante, en los últimos años, la Secretaría de la Presidencia se ha convertido en una importante fuente de financiamiento para la salud, sobre todo en lo que respecta a la adquisición de instalaciones, equipo y suministros para los servicios de SESPAS. En 1993, por ejemplo, la Presidencia aportó el 28% de los gastos gubernamentales destinados a la salud. Segundo, el IDSS tiene uno de los niveles más bajos de cobertura de la población en América Latina, ya que protege sólo al 6% de los dominicanos (17% de la población económicamente activa). Los gastos del IDSS en salud representan aproximadamente las tres cuartas partes de los efectuados por SESPAS, pero llegan a menos de una quinta parte del total de la población. En 1993, los gastos del IDSS en salud representaron el 9% de los gastos totales en este sector. El IDSS administra un sistema de prestación directa de servicios, que no contrata a empresas privadas. Tercero, el sector médico privado es la mayor fuente de financiamiento y prestación de estos servicios. En 1992 representaba el 52% del total del gasto y poseía casi el

40% de las camas de hospital. El sector privado dominicano puede dividirse en dos segmentos, según la forma de pago: tarifa por servicio y seguro pagado de antemano. El primero representa casi las tres cuartas partes de los gastos privados, mientras que el seguro abarcaría la mayor parte del resto. Aproximadamente el 12% de la población está afiliado a alguno de los planes privados de seguros, conocidos con el nombre de Igualas Médicas.

- 1.5 El sector gubernamental de la salud tropieza con muchas dificultades y se caracteriza por su falta de organización. La calidad de la atención prestada por SESPAS y el IDSS es baja. Los suministros son insuficientes, el absentismo laboral es endémico y el mantenimiento del equipo y de las instalaciones es limitado. Los centros médicos se encuentran en una situación paradójica de exceso de personal médico y, al mismo tiempo, de escasez de servicios. La productividad de los médicos del IDSS es de 0,5 consulta por hora de contrato, frente a dos consultas por hora en SESPAS.
- 1.6 La baja calidad puede contribuir a la escasa utilización y abandono de los sistemas públicos. En 1992, por ejemplo, casi la mitad de los asegurados del IDSS cotizaban también a planes de seguro privados. Las encuestas realizadas en los hogares revelan que aproximadamente el 40% de la población pobre (no asegurada) recurre a los servicios pagados del sector privado, relativamente caros. Casi dos terceras partes de las camas del IDSS y la mitad de las de SESPAS estaban desocupadas en 1992. Las camas privadas están también insuficientemente utilizadas.

B. Estrategia social del gobierno

- 1.7 El gobierno y la sociedad civil 1/ han concedido prioridad en los últimos años a los problemas del sector social. Desde los últimos años de la década del ochenta se ha observado una tendencia a una mayor justicia social. Es decir, la sociedad civil ha adoptado cada vez más la iniciativa de su propio desarrollo a través del diálogo y el consenso entre las partes interesadas, mientras que el gobierno desempeña el papel crucial, pero subsidiario, de promotor y responsable de las políticas. Aunque todavía incipiente, con el tiempo esta tendencia pueda tener como resultado un sistema equitativo de cooperación. De hecho, en 1990 la sociedad civil emprendió una serie de iniciativas orientadas a resolver los acuciantes problemas sociales, con especial atención a la educación. Estas iniciativas, que comenzaron en forma de protestas, se transformaron luego en diálogo, investigación y, finalmente,

1/ La sociedad civil está integrada por el conjunto de instituciones sociales representativas de una sociedad democrática: iglesias, universidades, sociedades científicas y culturales, clubes, equipos, etc. Aunque estas instituciones no están afiliadas al gobierno, influyen sin duda en la política pública y en su orientación.

consenso sobre algunos de los temas. Fue especialmente decisivo el Plan Decenal de Educación, que posteriormente consiguió el apoyo del gobierno, el PNUD, el Banco Mundial y el BID, que aprobó la Fase I del Préstamo para educación primaria (DR-0122) en 1991 y ahora está tramitando la Fase II (DR-0101) del mismo. Igualmente, los intentos de establecer un fondo de inversión social consiguieron amplio apoyo y el Banco colaboró aprobando en noviembre de 1994 un préstamo en favor de PROCOMUNIDAD (DR-0079). Al mismo tiempo, y en paralelo con estos esfuerzos, el Gobierno de la República Dominicana solicitó que el PNUD y el Banco le ayudaran en el diseño de un programa social. El resultado fue el documento titulado "Reforma social y combate a la pobreza", firmado en 1994 por el gobierno, organizaciones no gubernamentales (ONG) y los 16 partidos políticos. El Plan Decenal y el llamamiento a la reforma del sector de la salud se consideran los pilares básicos de ese programa.

- 1.8 Los objetivos del programa son los siguientes: 1) generar empleo para la mujer; 2) actuar como complemento del mercado cuando los niveles de empleo en las zonas deprimidas son elevados; 3) promover la formación de capital humano; 4) mantener y defender el medio ambiente; 5) reformar el sistema judicial; 6) aumentar los gastos públicos destinados a los grupos más pobres de la población; 7) dar prioridad a la formulación y supervisión del presupuesto social; 8) apoyar la participación de la sociedad civil en las decisiones gubernamentales mediante la descentralización administrativa, la reforma municipal y la creación de grupos cívicos nacionales capaces de influir en las decisiones políticas; 9) fortalecer las organizaciones civiles, y 10) formular un programa específico de mitigación de la pobreza que facilite el acceso de los pobres a los servicios de saneamiento, salud y educación básica.

C. Hacia una estrategia gubernamental del sector de la salud

- 1.9 Los esfuerzos por reformar el sector de la salud se remontan también a los finales de los años ochenta. En esas fechas, la escasa capacidad institucional, el deterioro de los servicios y el malestar civil estimularon a los dirigentes de la sociedad civil y de la profesión médica a dirigir y apoyar una serie de estudios sobre el sector sanitario. No obstante, en contraste con lo ocurrido en el sector de la educación, el diálogo entre los distintos grupos de interés chocó con una serie de obstáculos insuperables y los líderes de esos movimientos no consiguieron obligar al gobierno a actuar hasta hace muy poco. El Banco aprobó un perfil I para un proyecto de préstamo ("Apoyo a la modernización y reforma del sector salud") en mayo de 1993. Si bien continuaron los debates y en 1994 se realizaron numerosos estudios sobre las propuestas de reestructuración del IDSS, no se observó ninguna señal clara de las intenciones gubernamentales hasta enero de 1995.
- 1.10 En enero de 1995 el gobierno, en virtud de un decreto presidencial, creó la Comisión Nacional de Salud. Ésta, integrada por más de 30

representantes de distintos subsectores - entes públicos, seguridad social, entidades privadas con fines lucrativos y organismos privados sin fines de lucro -, tiene como cometido iniciar la primera fase de una amplia reforma que en último término trata de reordenar, reestructurar y recuperar el sector de la salud en la República Dominicana. La comisión será un cauce político y de promoción para las políticas de reforma. El citado decreto establecía también la creación de una Oficina de Coordinación Técnica (OCT) dentro de la Comisión, encargada de la labor técnica relacionada con la formulación y aplicación de las políticas. En resumen, estas medidas constituyen la prueba de la gran prioridad que el gobierno otorga actualmente a la reforma de este sector.

- 1.11 Aunque se ha realizado una importante labor preparativa desde 1990, es mucho más lo que queda por hacer para facilitar el camino hacia la reforma. Por ejemplo, en 1992 se encargaron seis estudios de diagnóstico para recopilar información básica y analizar los principales problemas del sector. Se estudiaron los siguientes temas: a) política y estructura del sector de la salud, b) sistemas de información, c) financiamiento, d) recursos humanos, e) sistemas de suministro y mantenimiento y f) prestación de servicios.
- 1.12 Estos estudios, concluidos a finales de 1993, se sintetizaron en (dos) informes sinópticos en los que se exponían los principales problemas y recomendaciones en materia de política. A comienzos de 1994 aparecieron informes más breves en los que se señalaban algunas pautas para la reforma de la política de salud. En conjunto, los estudios sectoriales y documentos sinópticos identifican en general los siguientes ámbitos y características de la reforma de la política de salud: a) reestructuración de la seguridad social, b) remodelación de SESPAS, c) renovación de los sistemas de prestación de servicios y d) reforma de la capacitación de recursos humanos, acreditación de hospitales y concesión de licencias.
- 1.13 Los estudios sectoriales acumularon una considerable cantidad de información y de datos sobre los sistemas y servicios de salud. No obstante, la calidad de los informes no fue siempre la misma. En términos generales, los estudios se detienen pormenorizadamente en las descripciones pero no profundizan en el análisis, y generan innumerables recomendaciones, que a su vez dan lugar a un conjunto amplio y variado de propuestas sobre políticas, proyectos y programas. Las numerosas propuestas de política no están muy bien elaboradas, y tampoco queda claro cómo se van a resolver los problemas de cobertura, eficiencia, calidad y sostenibilidad con que se encuentra el sector. Además, los estudios no contienen una labor de microanálisis necesaria para la planificación y diseño del programa de reforma. Los informes han realizado una labor positiva de identificación de los problemas que debe afrontar el sector de la salud (aunque muchas veces no se distingue entre problemas de fondo y síntomas), pero su orientación tan general no los hace

demasiado útiles para la formulación e integración de soluciones dentro de un marco de políticas.

- 1.14 Debido en parte a la incertidumbre que siguió a las elecciones, en 1994 se avanzó poco en la búsqueda de mayor claridad y especificidad en relación con las políticas de reforma. Este es el contexto en que el gobierno ha solicitado una cooperación técnica del Banco.

II. OBJETIVOS

- 2.1 Los objetivos del proyectos son cuatro: 1) preparar un documento de políticas sobre reforma sectorial o "libro blanco", centrado fundamentalmente pero no de forma exclusiva en la reconversión de SESPAS y del IDSS); 2) realizar estudios de viabilidad para orientar el diseño y planificación de programas; 3) crear un plan maestro de reforma del sector de la salud en la República Dominicana, y 4) establecer una base informativa suficiente para tramitar un nuevo préstamo con destino a una importante reforma del sector de la salud. Estas tareas, al presentar información y propuestas concretas para un debate con conocimiento de causa sobre la reforma de la salud, contribuirán a favorecer el consenso entre las diversas partes interesadas y, por lo tanto, la cooperación. El proyecto sería ejecutado por SESPAS a través de la OCT de la Comisión Nacional de Salud en un plazo de 12 meses.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

- 3.1 Se examinará la posibilidad de financiar durante los 14 próximos meses las actividades siguientes (con excepción del literal a, todas ellas requerirán asistencia técnica de consultores nacionales e internacionales):
- a. Establecimiento de la OCT, personal administrativo, locales de oficina y equipo de computadoras.
 - b. Preparación de un documento de políticas sobre la reforma de la salud preparado por el personal técnico de la OCT.
 - c. Preparación y ejecución de estrategias de cartografía política y actividades de promoción o de consulta en relación con el documento de política.

- d. Realización de estudios de viabilidad: el objetivo de estos estudios es preparar el camino para el desarrollo y ejecución de un programa de reforma. Mientras que el documento de política ofrecerá asesoramiento sobre la dirección, amplitud y profundidad de la reforma, los estudios de viabilidad facilitarán la preparación de proyectos experimentales y planes de acción.
- e. Preparación de un plan maestro para la reforma del sector de la salud junto con planes de acción con componentes específicos y los plazos correspondientes. Este plan facilitará la preparación y ejecución de una operación de préstamo a mediados de 1996.

A. Ejecución y organización

- 3.2 La responsabilidad de la ejecución de la cooperación técnica recae sobre SESPAS, que delegará su ejecución a la OCT de la Comisión Nacional de Salud. Dicha oficina es un organismo de ejecución creado para apoyar la preparación y ejecución de las decisiones y recomendaciones de la Comisión de Salud.
- 3.3 Siguiendo las recomendaciones de la Comisión Nacional de Salud, la OCT será dirigida por un secretario ejecutivo nombrado por SESPAS. Está integrada por un grupo técnico nacional de profesionales encargados de coordinar los componentes fundamentales de las actividades programáticas de la Comisión Nacional de Salud. Estos coordinadores se eligen de entre una lista de tres candidatos que el secretario ejecutivo somete a la aprobación de la Comisión Nacional de Salud y de las instituciones financieras internacionales.
- 3.4 Además del grupo técnico nacional, la OCT contratará a un administrador que se ocupará de todas las cuestiones financieras, logísticas y administrativas, incluida la contratación de consultores.
- 3.5 La OCT mantendrá estrecha coordinación con SESPAS y el IDSS para facilitar a estas instituciones la supervisión de las actividades del programa. Al mismo tiempo, informará a aquellas así como a los principales protagonistas del sector a través de la Comisión Nacional de Salud. Esta ha creado un comité directivo encargado de agilizar las comunicaciones entre la Oficina y la Comisión. Este comité presentará al secretario ejecutivo de la Comisión informes bimensuales sobre los progresos de la OCT.
- 3.6 La OCT se encarga también de conseguir la coordinación con los donantes e instituciones financieras internacionales y nacionales mediante cartas de intenciones, acuerdos e instrumentos afines. Es obvio que el éxito en este intento requiere como condición la formulación clara y precisa de un plan de actividades del programa.

B. Duración

- 3.7 Se prevé que la ejecución del proyecto durará 12 meses como máximo.

C. Seguimiento

- 3.8 Dado el grado de complejidad de este proyecto, un equipo de RE2/SO2 seguirá de cerca los progresos de las actividades del programa conjuntamente con la Representación, COF/CDR, incluido un **examen intermedio de evaluación de riesgos**. Este examen determinará la viabilidad del proyecto en lo que respecta a su capacidad de promover un ambiente de consenso. Además, se determinará el grado de aceptación del "libro blanco" en la Comisión Nacional de Salud, así como la presencia constante de personal de alto rango en la OCT. Además, el equipo de proyecto se encargará de aprobar los informes descritos en el siguiente párrafo.
- 3.9 El Secretario Ejecutivo de la OCT se ocupará de preparar y enviar al equipo de proyecto los siguientes informes:
- a. **Informes trimestrales sobre los progresos técnicos**. En ellos se presentará un resumen de las actividades realizadas y su relación con los objetivos del programa. Deberán especificarse las actividades que se van a llevar a cabo a fin de lograr los objetivos y el plan de actividades futuras orientadas a ese fin. Los informes contendrán también un resumen contable sobre el tipo, volumen y categoría de los gastos incurridos.
 - b. **Informe técnico final**. Este informe final contendrá un resumen de todas las actividades llevadas a cabo durante todo el período de ejecución del proyecto y deberá cuantificar los resultados y efectos de esta cooperación técnica.
 - c. **Informe financiero comprobado**. Tres meses después del último desembolso se presentará un informe financiero comprobado por una empresa autorizada de contabilidad pública o un contable independiente.

D. Financiamiento y costos

- 3.10 La contribución del Banco, por un monto de US\$900.000, se hará con carácter no reembolsable y con cargo a los ingresos netos del Fondo para Operaciones Especiales. El proyecto asignará fondos teniendo en cuenta los siguientes criterios:
- 3.11 **Desembolsos**: Los consultores y los bienes y servicios se contratarán y financiarán en conformidad con los procedimientos del Banco. El Gobierno de la República Dominicana podrá solicitar que se autorice a SESPAS y a la OCT a establecer y administrar un fondo rotativo para agilizar los desembolsos.

- 3.12 **Presupuesto:** En el cuadro siguiente puede verse un resumen del presupuesto estimado para el programa.

Categorías presupuestadas (US\$)

Categorías	Gobierno	BID	TOTALES
2. Consultores		750.000	750.000
6. Apoyo General	65.000	33.500	98.500
7. Publicaciones	35.000	15.000	50.000
98. Imprevistos		101.500	101.500
TOTAL	100.000	900.000	1.100.000

IV. BENEFICIOS Y RIESGOS

- 4.1 Los beneficios de la operación son de tres órdenes: 1) definición (y justificación) de las intervenciones necesarias para resolver los principales problemas del sector de la salud en la República Dominicana, con indicación de la cronología de las mismas; 2) consenso entre los principales protagonistas en lo que respecta al contenido de la reforma, y 3) preparación de los elementos principales de diseño de un proyecto de reforma de la salud cuya ejecución se pueda apoyar con un préstamo del Banco.
- 4.2 Importantes grupos de interés, organizaciones profesionales y minorías individuales tratan de condicionar la dirección y contenido de todas las propuestas de reforma. Hay un fuerte riesgo de fragmentación del proceso y, sobre todo, de fracaso en la búsqueda de consenso. Así lo demuestra la fuerte reacción suscitada por el plan del grupo de consultoría local Siglo 21 para la reforma de la seguridad social. Los grupos de interés están ejerciendo presión sobre el gobierno para que adopte este plan, a pesar de que todavía quedan por resolver muchos interrogantes sobre problemas técnicos y jurídicos y de políticas. Además, a pesar del decreto presidencial, existe todavía considerable confusión en lo que respecta al responsable del proceso de reforma. Si bien el gobierno es consciente de la necesidad de corregir esta situación y está dispuesto a intentarlo, la escasa capacidad institucional de SESPAS y del IDSS continúa contribuyendo a la falta general de orientación y dirección.
- 4.3 De la misma manera, una ley general de salud ya aprobada por la Cámara Baja y que ahora se ha sometido a la aprobación final del Senado, limita las posibilidades de incluir ciertos tipos de

reformas. Por ello, la aprobación definitiva de dicha ley dificultará la ejecución de algunos aspectos de la reforma, ya que puede provocar enfrentamientos con las interpretaciones de la ley hechas por algunos grupos de interés.

- 4.4 Dado el contexto de debilidad de las instituciones públicas, la fragmentación del sector privado y la actitud de enfrentamiento de las organizaciones profesionales, es posible que no se llegue a ningún consenso sobre la reforma de la salud en el plazo de 12 meses contemplado en esta operación.

V. OTROS DONANTES

- 5.1 El Banco Mundial está financiando actualmente algunas actividades – por ejemplo, las realizadas por consultores de la OCT (US\$250.000), y planes para financiar proyectos experimentales (que no son fundamentales pero sí convenientes) – con una donación japonesa de unos US\$900.000. El Banco ha entablado contacto con la OPS y USAID, que han manifestado su deseo de participar pero todavía no han decidido el monto de su contribución. Una vez que los resultados iniciales (en las cuatro primeras semanas de la actual cooperación técnica) ofrezcan una imagen más clara del marco de políticas y que estos organismos donantes tengan asignaciones financieras concretas, la OCT adoptará medidas para coordinar los esfuerzos de los distintos donantes.

VI. EVALUACIÓN

- 6.1 Dadas las características de la asistencia y el estrecho seguimiento que ejercerán el equipo de proyecto y la Representación, no se solicita ninguna evaluación técnica oficial. No obstante, como se señala en la sección de seguimiento (párrafo 3.8), el Banco llevará a cabo una evaluación intermedia de riesgos a fin de evaluar la viabilidad del proyecto.

PROYECTO DE RESOLUCION

REPUBLICA DOMINICANA. COOPERACION TECNICA NO REEMBOLSABLE PARA
UN PROGRAMA DE APOYO A LAS REFORMAS EN EL SECTOR DE SALUD

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe para que proceda en nombre y representación del Banco a suscribir los acuerdos necesarios con la República Dominicana y a adoptar las demás medidas pertinentes para la ejecución del plan de operaciones a que se refiere el Documento AT-_____, sobre una cooperación técnica no reembolsable para un Programa de Apoyo a las Reformas en el Sector de Salud.
2. Destinar para los fines de esta resolución, hasta la suma de US\$900.000, o su equivalente, con cargo a los ingresos netos del Fondo para Operaciones Especiales.
3. Establecer que la suma anterior sea otorgada con carácter no reembolsable.