

APOYO TÉCNICO A LA UNIDAD DE REFORMA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

(TC-95-03-36)

RESUMEN EJECUTIVO

SOLICITANTE: Gobierno de Jamaica

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MOH)

BENEFICIARIO: Ministerio de Salud

FINANCIAMIENTO: BID: US\$1.650.000 (FOE)
 Aporte local: US\$ 250.000
 Total: US\$1.900.000

PLAZOS: Período de ejecución: 18 meses
 Período de desembolso: 24 meses

CLASIFICACIÓN AMBIENTAL: El Comité del Medio Ambiente, en la reunión del 16 de junio de 1995, clasificó esta operación en la Categoría II.

OBJETIVOS: El objetivo de esta operación es fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud para definir, ejecutar y evaluar los esfuerzos de reforma del sector de salud. Diseñará estrategias y políticas para un programa de reforma del sector de salud que se realizará posteriormente con asistencia del BID, destinado a mejorar la eficiencia, equidad y calidad de los servicios de atención de salud.

DESCRIPCIÓN: La operación tiene dos componentes: i) Asistencia técnica a la Unidad de Reforma del Ministerio de Salud, que se concentrará en cinco áreas: a) la reforma/reestructuración del MOH para convertirlo en una unidad reguladora y formuladora de políticas; b) la descentralización de la prestación y administración de servicios, e integración de los niveles primario y secundario de atención; c) el desarrollo de una estrategia de recursos humanos, incluida la capacitación de los requerimientos para el sector de salud; d) la evaluación de opciones: de financiamiento para el sector, y e) el mejoramiento de la administración y utilización de los recursos, y ii) Capacitación, que se focalizará en el desarrollo de las capacidades del MOH para el planeamiento estratégico y la adopción de decisiones analíticas.

Los campos de la capacitación formal se definirán a medida que se ejecute la operación, pero probablemente incluirán economía y financiamiento de la salud, gestión financiera, garantía de calidad, políticas reguladoras y seguros de salud.

BENEFICIOS:

Se espera que al término de esta operación, la Unidad de Reforma del MOH estará en pleno funcionamiento y que el Ministerio habrá aumentado sus capacidades en materia de planeamiento estratégico y análisis de políticas. El resultado directo será un sistema de salud mejor administrado, con papeles claramente definidos y un plan estratégico de sustentabilidad a largo plazo. Asimismo, el personal de salud se beneficiará de las oportunidades de capacitación y de una mejor administración, a la vez que las empresas y empresarios podrán aprovechar las mayores oportunidades para expandir la participación del sector privado en la salud, sea por intermedio de contratos con el sector público o por modificaciones en los reglamentos que promuevan las iniciativas privadas. Los beneficiarios finales serán los consumidores de la atención de salud que tendrán un acceso más amplio a servicios de mejor calidad.

RIESGOS:

El riesgo principal radica en que el esfuerzo se concentre en el diseño de las reformas, pero no se concrete en la ejecución por falta de capacidad técnica y de ejecución y/o la ausencia de acuerdo político y apoyo social a las nuevas políticas. Sin embargo, el diseño del programa contiene diversos elementos que minimizarán estos riesgos. En primer lugar, se proveerán oportunidades para lograr suficiente apoyo político y público mediante campañas de comunicación, seminarios sobre las políticas y foros públicos. Segundo, al desarrollar las capacidades de la Unidad de Reforma e identificar y capacitar al personal de contraparte apropiado, se limitarán los obstáculos de la capacidad de ejecución. Por último, los planes de la instauración de las reformas de políticas enfatizarán el método gradual a fin de aplicar alternativas con carácter experimental y aprender de las experiencias antes de aplicar políticas a nivel nacional.

**ESTRATEGIA DEL
BANCO EN EL PAÍS:**

La operación propuesta es compatible con la estrategia del Banco para el país y el sector, que respalda los esfuerzos para aumentar la sustentabilidad y la calidad de los servicios sociales, y, en el caso del sector de salud, contempla asistencia técnica al MOH para el desarrollo de un programa

global de reforma de la salud y para el fortalecimiento de las capacidades reguladoras y de adopción de políticas que se necesitan para su ejecución.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

1) El coordinador del proyecto debe contratarse en un plazo de 30 días después de la firma del convenio entre el beneficiario y el Banco, en tanto que otro personal de contraparte de la Unidad de Reforma de Salud, incluidos el especialista en salud, el planificador de salud y el especialista jurídico, deberá contratarse en un plazo de 60 días después de la suscripción del convenio; 2) los asesores en planeamiento de salud, economía de salud y temas jurídicos, deberán contratarse en un plazo de 90 días después de la firma del convenio entre el beneficiario y el Banco, y 3) nueve meses después de la firma del convenio, el MOH presentará una evaluación de mitad del período de la cooperación técnica.

I. ANTECEDENTES

A. Situación e indicadores de salud

- 1.1 Jamaica ha logrado un mejoramiento progresivo de la situación de la salud de su población en los últimos 25 años. Sus indicadores reflejan baja mortalidad infantil, mayor expectativa de vida y un complemento razonable de médicos y enfermeras de estándares internacionales. Jamaica ha avanzado en la transición demográfica y epidemiológica y ahora se encuentra con una población que envejece, un aumento de enfermedades no infecciosas, como cáncer y cardiopatías, así como problemas crecientes por la prevalencia de heridas (cuya definición incluye accidentes de vehículos y homicidios) y afecciones crónicas.

B. Infraestructura del sector de salud

- 1.2 El sector de salud en Jamaica comprende un sistema público centralizado, así como una amplia representación de médicos e instalaciones del sector privado. En el sector público, el Ministerio de Salud encabeza el sistema centralizado y tiene la responsabilidad de fijar las políticas y las actividades diarias, incluida la administración de todo el personal de la salud.
- 1.3 El MOH administra los hospitales y los centros de salud, que teóricamente están integrados, pero en la práctica funcionan como estructuras paralelas. Existen alrededor de 330 centros de salud y unas cuantas policlínicas rurales, divididas en las cuatro regiones. El sistema hospitalario público, que incluye 27 instalaciones que proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria, está organizado en diez regiones. Por lo tanto, los dos sistemas son distintos, tanto en estructura como en líneas de responsabilidad.
- 1.4 El sector privado cuenta con alrededor de 800 médicos, si bien es difícil diferenciarlos de los 400 facultativos al servicio del gobierno, la mayoría de los cuales mantiene una práctica privada. Los proveedores privados representan la mayoría (75%) de las visitas ambulatorias, pero solo una fracción de las hospitalizaciones (5%). Estas últimas tienen lugar en siete institutos privados que ofrecen atención secundaria, cinco de los cuales se encuentran en Kingston.
- 1.5 Tradicionalmente, el financiamiento de los servicios de atención de salud ha sido responsabilidad del gobierno; pero en años recientes, una proporción mayor ha sido costeadada por fuentes privadas. Cálculos actualizados revelan que el financiamiento privado (pagos personales y de seguros) representa el 68% de los gastos médicos para servicios farmacéuticos, ambulatorios y hospitalizaciones.

Los gastos totales de salud per cápita en 1993-1994 ascendieron a J\$3.583 (US\$105), incluidos J\$1.249 de gastos públicos (35%).

C. Problemas y limitaciones de las políticas sanitarias

- 1.6 El sector de la salud de Jamaica se ve hoy día ante la doble exigencia de mantener los avances logrados en las últimas décadas y buscar fórmulas que cambien el énfasis en las tendencias de las nuevas afecciones. Para ello, el gobierno debe encarar una serie de interrogantes sobre políticas y estructuras relacionadas con el papel del gobierno y del sector privado en el sistema de la salud, sus estrategias para financiar los servicios de salud y la forma de abordar los problemas de la equidad en el acceso y en la calidad de los servicios.
- 1.7 Recientemente, el Ministerio de Salud anunció su intención de acometer un amplio programa de reformas para el sector, comenzando con la creación de la Unidad de Reforma de Salud en el MOH. Esta Unidad será responsable de supervisar el diseño y la ejecución de diversas reformas de políticas en los años venideros y, posteriormente, asumirá la responsabilidad de su adopción para el sector.
- 1.8 Bajo esta responsabilidad, la Unidad de Reforma deberá identificar las áreas problemáticas, investigar las opciones de solución disponibles, analizar sus repercusiones y aplicarlas cuando ello sea factible. Las siguientes áreas de reforma han sido indicadas como prioritarias para el MOH: crear en el ministerio una unidad para la toma de decisiones, fiscalización y evaluación; descentralizar la administración de servicios e integrar los cuidados primarios y secundarios; evaluar sistemas de financiamiento alternativos de la salud; y mejorar la administración de la infraestructura.

D. Estrategia del Banco

- 1.9 Uno de los objetivos de la estrategia del Banco para el período 1995-1997 es mejorar la sustentabilidad y la calidad de los servicios sociales. En el sector de la salud, la estrategia prevé el desarrollo de un esfuerzo global de reforma que incluiría: i) una definición más clara del papel de las instituciones y del financiamiento del sector público, que deberían prestar mayor atención a las medidas de salud pública y a intervenciones más eficaces en función de los costos; ii) la creación de un esquema regulador más eficiente e incentivado para una provisión más autónoma de servicios de salud por los sectores público y privado; iii) el establecimiento de un sistema de financiación sostenible para la atención de salud que asegure acceso universal a los servicios básicos de salud, y iv) una mayor flexibilidad en los procedimientos de recursos humanos a fin de subsanar la persistente falta de personal de la salud. Esta focalización es compatible con los planes del MOH ya mencionados en el párrafo anterior y con las actividades contempladas en esta cooperación técnica.

E. Experiencia del Banco en el sector

- 1.10 El Banco participó en el sector en diciembre de 1989 cuando aprobó el préstamo (579/OC-JA) por un monto de US\$70,5 millones y una asistencia técnica paralela no reembolsable (ATN/SF-3406-JA) por US\$3 millones para financiar un Programa de Racionalización de los Servicios de Salud (HSRP). Los objetivos del programa, que tuvo un costo aproximado de US\$97,9 millones, fueron fortalecer las políticas y los programas del sector de salud, el planeamiento, la administración y el mantenimiento del sistema de salud, y las capacidades de servicio con énfasis en el mejoramiento de la calidad y la disponibilidad de servicios de atención secundaria y terciaria en apoyo de la red de cuidados primarios.
- 1.11 El programa consideró la rehabilitación, expansión y reequipamiento de cuatro hospitales regionales, la reconstrucción de otro y la construcción y reequipamiento de instalaciones de diagnóstico y de capacitación en el Hospital Universitario de las Indias Occidentales, además de capacitación a nivel nacional para personal de salud de 16 categorías diferentes. El componente de obras físicas del programa ha sido afectado por problemas derivados de la falta de eficiencia de la unidad ejecutora del proyecto que provocó un retraso de tres años en su ejecución. Por otra parte, el componente de capacitación no ha dado los resultados esperados por un porcentaje elevado de renunciaciones del personal adiestrado. Hasta la fecha se ha desembolsado solo el 30% (US\$20,9 millones) de los recursos del préstamo.
- 1.12 Los objetivos de la cooperación técnica fueron prestar asistencia al Ministerio de Salud del gobierno en el diseño y en la ejecución de políticas y estrategias que solucionaran las limitaciones institucionales y fortalecieran las capacidades del planeamiento y administración del sistema de salud pública. Para lograr estas metas, la CT proporcionó recursos para asistencia técnica y capacitación. Si bien se lograron algunos de estos objetivos, el progreso fue obstaculizado por una variedad de factores, entre ellos, el lento avance del componente de obras civiles y de proyectos de otros donantes, modificación de las prioridades, demoras en la toma de decisiones y ausencia de contraparte técnica en el MOH.
- 1.13 Sin embargo, se están registrando progresos. En el último trimestre de 1994, el Ministerio de Salud suscribió un contrato con la Corporación de Desarrollo Urbano, mediante el cual la ejecución de todas las obras restantes se encomendará a una entidad con capacidad comprobada en la implantación de proyectos financiados por el Banco. En términos de cooperación técnica, se logró acuerdo para la reprogramación del saldo de US\$2,3 millones que ahora se aplicará a: i) sistemas de información gerencial para hospitales; ii) instalaciones de salud y mantenimiento de equipo; iii) servicios médicos de urgencia; iv) control de calidad, y v) administración/coordinación de proyectos. Las primeras indica-

ciones en ambos campos, esto es, en las obras físicas y en la cooperación técnica, es que los cambios han tenido un efecto positivo en la ejecución del HSRP.

- 1.14 Las mejoras en la instauración del HSRP tienen lugar en momentos en que una nueva administración se ha hecho cargo del control del sector y ha adoptado decisiones importantes en relación con el futuro de la reforma de la salud. La ejecución satisfactoria de las actividades previstas en el HSRP en los campos del mejoramiento de la administración y del fortalecimiento institucional en cada entidad, complementarán las iniciativas de reformas del sector que las nuevas autoridades intentan realizar con el apoyo del Banco y en la forma descrita en este Plan de Operaciones. En cierta manera, esta nueva CT constituirá un puente entre el HRSP y el futuro programa de reforma del sector.

F. Coordinación con otros donantes en el sector

- 1.15 Esta cooperación técnica complementará programas de otros donantes en el sector de salud. El proyecto del Banco Mundial de reforma del sector público se concentrará en los amplios problemas sectoriales, en tanto que esta CT se focalizará en reformas sustantivas de políticas y en problemas específicos del sector de salud. El Proyecto de Iniciativas para el Desarrollo del Sector de Salud, de la USAID, comprende una serie de pruebas experimentales y actividades en el campo, que aportarán insumos para el análisis de políticas y la adopción de decisiones en áreas fundamentales de las reformas que serán apoyadas por la CT.

II. OBJETIVOS

- 2.1 El objetivo principal de esta operación es fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud, así como otras instituciones del sector, para definir, ejecutar y evaluar los esfuerzos de reformas de las políticas de salud. Diseñará estrategias y políticas para un programa de reforma del sector de salud que se realizará posteriormente con asistencia del BID, destinado a mejorar la eficiencia, equidad y calidad de los servicios de atención de salud.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A. El proyecto

- 3.1 La operación consta de dos componentes, a saber: asistencia técnica para la Unidad de Reforma del Ministerio de Salud y capacitación para el personal de este ministerio.

1. Asistencia técnica para la unidad de reforma

- 3.2 Este componente se orientará a la identificación de las áreas que requieren reformarse, analizando y evaluando las consecuencias jurídicas, económicas y técnicas de las posibles opciones, para luego seleccionar las apropiadas y preparar los planes de ejecución. El programa de reforma de las políticas de salud se concentrará en cinco áreas principales:
- a. Reforma/reestructuración del MOH para convertirlo en una unidad reguladora y formuladora de políticas.
 - b. Descentralización de la prestación y administración de servicios, e integración de los niveles primario y secundario de atención.
 - c. Desarrollo de una estrategia de recursos humanos, incluidos los requerimientos de capacitación para el sector de salud.
 - d. Evaluación de alternativas de financiamiento para el sector.
 - e. Mejoramiento de la administración y utilización de los recursos.
- 3.3 Los asesores que se contraten con esta CT, en colaboración con la contraparte del MOH, evaluarán las opciones de las reformas de las políticas, presentarán propuestas a las autoridades y asistirán en la selección de las opciones específicas y en la definición de planes de trabajo para su ejecución. El proceso de diseño y de evaluación enfatizará la capacitación y experiencia del personal del MOH.

2. Capacitación

- 3.4 Este componente ofrecerá oportunidades de capacitación formal y no formal. Comprenderá cursos dictados en Jamaica y en el exterior, así como capacitación en el lugar de trabajo, que se orientará a desarrollar las capacidades del Ministerio de Salud en planeamiento estratégico y adopción de decisiones analíticas. Los campos de la capacitación formal se definirán a medida que se ejecuta la operación, pero probablemente incluirán economía y financiamiento de la salud, gestión financiera, garantía de calidad, políticas reguladoras y seguros de salud.

B. Actividades

1. Asistencia técnica a la unidad de reforma

- 3.5 El apoyo técnico se proveerá por intermedio de asesores a largo plazo y consultores por tiempo breve para la Unidad de Reforma del MOH y, en general, para el Ministerio de Salud en cada una de las

cinco áreas prioritarias mencionadas. Algunos ejemplos ilustrativos de las actividades son los siguientes:

- 3.6 Reforma/reestructuración del Ministerio de Salud: El Ministerio de Salud desempeña en la actualidad funciones operativas y directivas para el sector de la salud en su papel centralizado de proveedor, financista y regulador. A fin de mejorar la eficacia de sus actividades, el MOH transferirá su función de proveedor a las autoridades regionales. Un ministerio reorganizado y fortalecido podrá asumir un mayor liderazgo, concentrándose en la adopción de políticas, el planeamiento, la fiscalización, la evaluación y la regulación. La fijación de estas nuevas funciones en el ministerio exigirá la definición de una nueva estructura orgánica, examen (y posible revisión) de la legislación que determina la estructura y las responsabilidades del ministerio, identificación de las capacidades de los recursos humanos, capacitación y contratación.
- 3.7 Hay un área específica que debe considerarse en el ejercicio de las nuevas funciones: el papel que le corresponderá al sector público y al privado en el sistema de salud. Esto incluirá, por ejemplo, determinar si los proveedores públicos y privados deben proporcionar servicios competitivos o complementarios, evaluar las posibles limitaciones de los servicios que puedan o deban prestarse y analizar la forma de mantener la calidad, eficiencia y equidad del sistema. El MOH también debe estructurar un paquete básico accesible de servicios de salud, incluida la evaluación de los servicios que deban considerarse, quién puede y debe prestarlos y su financiamiento.
- 3.8 Descentralización de la prestación y administración de los servicios: La responsabilidad centralizada de la operación de los servicios de atención de salud pública debe entregarse a las nuevas autoridades regionales y locales. Estas autoridades dispondrán de mayor autonomía en la administración de dichos servicios y en el uso de sus presupuestos, con lo que se espera resolver algunos de los problemas generados por la centralización de la toma de decisiones. Esta reforma requerirá la definición de una nueva estructura global del sector de salud, comprendida la evaluación de las connotaciones legislativas, los procedimientos para la asignación de recursos y la creación de sistemas de notificación e integración. Asimismo, se necesitará un sistema de información gerencial que conecte al MOH con las regiones y que proporcione datos regionales e institucionales a la autoridad central.
- 3.9 Desarrollo de una estrategia de recursos humanos: Se dará asistencia técnica al MOH para definir una estrategia general para la utilización de los recursos humanos en el sector de salud. Se estudiarán los problemas de ciertas profesiones deficitarias (como la enfermería) y se buscarán los incentivos apropiados para atraer y retener profesionales calificados, al tiempo que se analizan los requisitos de capacitación del sector. Esto último conducirá al

establecimiento de la estrategia de capacitación del sector, tomando en cuenta los nuevos rumbos, los cambios impuestos por la reforma del ministerio de salud y evaluará las posibilidades de adiestrar a los profesionales de la salud mediante mecanismos alternativos, incluida la Universidad de las Indias Occidentales, el Colegio de Artes, Ciencias y Tecnología y/o el sector privado.

- 3.10 Evaluación de financiamiento alternativo: Se prestará asistencia técnica a la unidad de reforma del MOH para evaluar el potencial de nuevos mecanismos de financiamiento de los servicios de atención de salud. Estos comprenderán sistemas de prepago y un plan nacional de seguro de salud. Las alternativas de financiamiento se considerarán en los esquemas de otras reformas que se están estudiando, como por ejemplo, en la definición del paquete básico de servicios de atención de salud y en la descentralización y mayor autonomía de las instalaciones públicas.
- 3.11 Mejoramiento de la administración y utilización de los recursos: El Ministerio de Salud está examinando fórmulas para mejorar la relación costo-eficiencia en la utilización de sus recursos, incluyendo sus tierras, plantas físicas, equipos y materiales. Se espera que estos avances tengan un efecto en los costos y en la calidad de los servicios. Se proporcionará asistencia técnica para identificar cuándo y dónde se pueden introducir las mejoras, para desarrollar y ejecutar programas que destaquen el mantenimiento y el control del inventario y para fiscalizar y evaluar los niveles de costos y efectividad. El trabajo en esta área estará estrechamente relacionado con la definición de los papeles de los sectores público y privado y examinará la posibilidad de privatización de servicios o actividades seleccionadas que actualmente realiza el MOH.
- 3.12 Los resultados del componente de la asistencia técnica comprenderán: la definición de las reformas de políticas específicas que se implantarán a corto, mediano y largo plazo; los planes detallados para ejecutar y evaluar las reformas específicas; el fortalecimiento de la capacidad analítica y de planeamiento del MOH; y el establecimiento de una Unidad de Reforma de la Salud. En su totalidad, estos resultados permitirán al Ministerio de Salud del gobierno iniciar un programa posterior de reforma al sector de salud.
- 3.13 El componente de asistencia técnica de esta operación requiere 83 meses-persona de servicios de consultoría, incluida la asistencia técnica de corto y largo plazo, la coordinación de servicios del proyecto y 108 meses-persona de personal de contraparte en la Unidad de Reforma del MOH.

2. Capacitación

- 3.14 En los primeros dos meses de sus actividades, los consultores y sus contrapartes del MOH desarrollarán un plan general de capacitación durante la vigencia de la CT, evaluando las necesidades y las áreas prioritarias, identificando los criterios para la selección de candidatos, estableciendo un proceso de selección y determinando los lugares más apropiados para la capacitación. El plan de instrucción será revisado y aprobado por el MOH y por el Banco antes de iniciar sus actividades. La selección individual de los candidatos será hecha por el Coordinador del Proyecto, los asesores a largo plazo y el Director de la Unidad de Reforma. Los participantes en los programas de mejoramiento profesional de esta CT se comprometerán a desempeñar los cargos para los cuales están siendo capacitados, a fin de asegurar que los resultados de la CT beneficien a las instituciones focalizadas.
- 3.15 El adiestramiento formal incluirá capacitación en el extranjero para unas diez personas en planeamiento, gestión, administración y economía de la salud, y en financiamiento, control de calidad u otras áreas prioritarias que determinen los consultores, el Coordinador del Proyecto o el Director de la Unidad de Reforma.
- 3.16 El adiestramiento en el país consistirá en aproximadamente diez talleres o seminarios. Estos incluirán temas de políticas y se constituirán en un foro para que el personal superior analice los aspectos técnicos, administrativos y políticos de las opciones, y concluya con la selección de una política específica. A estos seminarios concurrirán funcionarios del MOH y de otras secretarías pertinentes (como la de Hacienda, el PIOJ, etc.) y de entidades de los sectores público y privado que participen en el proceso de reformas de las políticas.
- 3.17 Las actividades locales de capacitación también pueden incluir seminarios sobre temas técnicos determinados, como presupuesto, seguros de salud, administración de inventarios, etc., o talleres de ejecución para capacitación en áreas muy prioritarias para el personal que intervendrá en los nuevos procedimientos o sistemas. Se espera que estas actividades requieran 15-20 funcionarios del MOH por una semana, los que, a su vez, podrán entrenar a otros empleados del MOH.
- 3.18 La cooperación técnica profundizará la instrucción en el lugar de trabajo que ofrecerá el equipo de consultores a sus contrapartes en la Unidad de Reforma y en todo el MOH. El esfuerzo de cada mes-persona de consultoría será compensado en idéntica forma por un funcionario del MOH, y los contratos de los consultores estipularán explícitamente el entrenamiento que deben dar a sus contrapartes. Esta experiencia práctica, con directa aplicabilidad al sector de salud de Jamaica, será la contribución más efectiva al fortalecimiento y a la capacitación institucional.

- 3.19 Los resultados generales del componente de adiestramiento incluirán: personal capacitado en áreas clave, entre ellas, análisis de políticas, planeamiento estratégico y administración. Los resultados específicos comprenderán: 12 personas entrenadas en programas de corto y mediano plazo en el extranjero; alrededor de 20 personas instruidas en los seminarios sobre políticas; 80 en los talleres y seminarios de ejecución; y 65 meses-persona de adiestramiento en el lugar de trabajo a los funcionarios de contraparte.
- 3.20 El componente de capacitación requerirá un total de 12 meses-persona de servicios de consultoría, que cubrirán los talleres técnicos nacionales y la administración de las becas en el exterior. También comprenderá 52 meses-persona de empleados del MOH que participarán en el adiestramiento formal (talleres, seminarios y especialización en el extranjero) y 65 meses-persona de funcionarios del MOH que recibirán capacitación en el lugar de trabajo.

C. Ejecución del proyecto

- 3.21 El Ministerio de Salud, por intermedio de la Unidad de Reforma de Salud, será responsable de la ejecución del proyecto. Para este propósito, la Unidad será fortalecida con la adición del personal siguiente, cuyo costo será cargado al proyecto: a) un coordinador del proyecto, por 18 meses; b) un planificador de salud, por 18 meses; c) un economista de salud, por 18 meses; d) un especialista jurídico, por 18 meses; e) un especialista en MIS, por 18 meses, y f) un especialista en comunicaciones, por 18 meses. Los términos de referencia de estos cargos se incluyen en el Anexo I. El Coordinador del Proyecto deberá contratarse en un plazo de 30 días después de la firma del convenio entre el Beneficiario y el Banco, en tanto que los especialistas en salud, planificación, MIS, comunicaciones y derecho deben contratarse en un plazo de 60 días después de la suscripción del convenio ^{1/}.
- 3.22 Se espera que los profesionales contratados para la Unidad de Reforma sean residentes de Jamaica; los primeros esfuerzos revelan la disponibilidad de personal calificado. Asimismo, se prevé que estas personas continúen trabajando para el Ministerio de Salud una vez concluida esta CT. Este hecho tiene gran importancia porque se espera que esta operación de cooperación técnica dé paso a un proyecto para ejecutar las reformas de políticas y las estrategias sectoriales que se diseñarán en los próximos 18 meses. La contratación de estos profesionales se hará con cargo a los recursos de esta operación. Tras la compleción de esta CT, el financiamiento de estos cargos será responsabilidad del Ministerio de Salud. El Director de la Unidad de Reforma, ya en funciones y

^{1/} Véanse las condiciones contractuales.

contratado por el MOH, será pagado con fondos de contraparte, al igual que el personal de secretaría de la Unidad.

- 3.23 El organismo ejecutor, en el ejercicio de sus funciones, contará con el apoyo de un equipo de consultores, integrado por: a) un asesor en planeamiento de la salud, por 15 meses; b) un asesor en economía de la salud, por 15 meses; c) un asesor jurídico, por 15 meses; d) especialistas técnicos de corto plazo, por 10 meses, y e) especialistas en capacitación, por 2 meses. Estos expertos trabajarán con sus contrapartes en la Unidad de Reforma, de acuerdo con los términos de referencia presentados en el Anexo I. Los asesores en planeamiento, aspectos jurídicos y economía de la salud deben ser contratados en un plazo de 90 días a contar de la firma del convenio entre el beneficiario y el Banco 2/. Debe mencionarse que un elemento importante del trabajo de los consultores será proporcionar instrucción y orientación técnica en el lugar de trabajo al personal de la Unidad de Reforma que, después de la conclusión del proyecto, asumirá gradualmente las responsabilidades técnicas de las actividades de reforma.
- 3.24 Los asesores a largo plazo en planeamiento y economía de la salud, así como los especialistas internacionales a corto plazo en aspectos técnicos y de capacitación, podrán ser contratados en forma individual o colectiva aplicando procedimientos que sean aceptables para el Banco. Se ha previsto que el asesor jurídico, los especialistas técnicos y en capacitación locales, así como el personal de la Unidad de Reforma de Salud, serán contratados individualmente. En todos los casos, los términos de referencia y los contratos provisionales deben ser sometidos a la aprobación del Banco.

IV. INFORMES Y FISCALIZACIÓN

- 4.1 La fiscalización de este proyecto se realizará por medio de los informes de progreso y técnicos programados.
- 4.2 Se creará un Grupo de Trabajo interinstitucional para fiscalizar el avance y los resultados técnicos. Serán miembros de este comité el Ministro de Salud, el Secretario Permanente, el Oficial Médico Principal, el Director de la Unidad de Reforma, el Coordinador del Proyecto, un representante del Instituto de Planificación de Jamaica y un representante del BID. Las responsabilidades del Grupo de Trabajo incluirán la fiscalización de los avances de las actividades de CT y la revisión de resultados técnicos específicos (informes, recomendaciones de políticas) que se vayan obteniendo.

2/ Véanse las condiciones contractuales.

- 4.3 El Coordinador del Proyecto presentará informes de progreso trimestrales, documentando la asistencia técnica y las actividades de capacitación durante los tres meses previos, los problemas, los próximos pasos y las variaciones que se registren en relación al plan de trabajo del proyecto. Estos informes serán presentados al grupo de trabajo y al BID en un plazo que no exceda 30 días después de completados periodos trimestrales.
- 4.4 Después de nueve meses de la firma del convenio, se llevará a efecto una evaluación formal de mitad del periodo de la cooperación técnica 3/. Este estudio evaluará el progreso alcanzado y determinará si se requieren ajustes. Asimismo, esta evaluación constituirá una oportunidad para establecer un marco de referencia para la implantación de las reformas de las políticas que será ejecutada por el Ministerio de Salud con la colaboración del Banco. El Coordinador del Proyecto preparará una versión preliminar del informe final que sintetice los resultados de la cooperación técnica, la cual será presentada a la aprobación del Banco 30 días después de finalizadas las actividades de esta operación. Los comentarios del Banco serán incorporados en la versión final dos semanas después de recibidos.
- 4.5 Los consultores, sus contrapartes y el Coordinador del Proyecto someterán al Banco, al MOH y al Grupo de Trabajo versiones provisionales de informes técnicos que detallen opciones de políticas. El MOH y el Grupo de Trabajo estudiarán los informes y recomendaciones de los consultores y presentarán sus opiniones o alternativas por escrito.
- 4.6 El organismo ejecutor presentará estados financieros anuales y uno final sobre los usos de la contribución del Banco y de los fondos de contraparte local. Estos estados serán certificados por auditores independientes seleccionados por mutuo acuerdo entre el Beneficiario y el Banco y con procedimientos aceptables para el BID. Los estados financieros anuales se elevarán en un plazo de 90 días después del cierre de cada año fiscal y el último, 90 días después de la fecha del desembolso final de los aportes del Banco.

V. COSTO Y FINANCIAMIENTO

- 5.1 Se estima que el costo de esta cooperación técnica asciende a \$1.900.000, de los cuales \$1.650.000 serán aportados por el Banco, con carácter no reembolsable, con cargo a los ingresos netos del Fondo para Operaciones Especiales (FOE) y el equivalente a US\$250.000 por el Gobierno de Jamaica. Estos recursos cubrirán 203 meses-persona de consultores y 117 meses-persona de apoyo a la

3/ Véanse las condiciones contractuales.

capacitación como parte del diseño y ejecución de las reformas de políticas. El presupuesto consolidado se presenta en el cuadro siguiente y sus detalles en el Anexo II.

**Presupuesto consolidado
(US\$ equivalente)**

RUBRO	BID	GOBIERNO	TOTAL
Servicios de asesores	798.000	-	798.000
Personal de la Unidad de Reforma	477.600	43.200	520.800
Capacitación	84.000	60.000	144.000
Apoyo general	106.600	126.000	232.600
Imprevistos	183.800	20.800	204.600
TOTAL	1.850.000	250.000	1.900.000
PORCENTAJES	87%	13%	100%

- 5.2 La contribución del Banco financiará honorarios, transporte, viáticos, becas y equipo básico. El financiamiento de contraparte local incluirá la remuneración del Director de la Unidad de Reforma, los costos de oficina y servicios esenciales, vehículos, apoyo secretarial y logístico, suministros de oficina y otros costos locales. A fin de asegurar que el proyecto continúe siendo un esfuerzo jamaquino y que se cumpla el adiestramiento en el lugar de trabajo, el convenio con el gobierno incluirá una cláusula contractual especial que exija que el Ministerio de Salud del gobierno garantice la disponibilidad de personal local de contraparte (estimado en 146 meses-persona en un período de 18 meses) para trabajar con los asesores y consultores a largo plazo.
- 5.3 Se comprarán aproximadamente US\$80.000 en equipos (vehículos, computadoras y equipo de oficina) para la Unidad de Reforma. El Coordinador del Proyecto y el Director de la Unidad de Reforma definirán necesidades especiales de equipo, sujetas a la aprobación del BID, y que con toda seguridad incluirán computadoras, impresoras, programas de computación (procesamiento de palabras, planillas electrónicas y gráficas), fotocopadoras, facsímiles, proyector de transparencias y otro equipo audiovisual. Este equipo pasará a ser propiedad del MOH tras la finalización de la cooperación técnica.

VI. DESEMBOLSOS

- 6.1 El desembolso de la contribución del Banco se realizará en un período de 24 meses a contar de la fecha del convenio entre el Beneficiario y el Banco, conforme a los requerimientos del proyecto y a los procedimientos estándares del BID. El beneficiario presentará la solicitud final de fondos al menos 30 días antes de la expiración del período de desembolso. A solicitud del beneficiario, el Banco podrá establecer un anticipo de recursos hasta por el equivalente del 10% de la contribución y repondrá este avance, parcial o totalmente, a petición del beneficiario y contra la presentación de la documentación de los gastos efectuados.
- 6.2 Antes de la solicitud del primer desembolso de los recursos del Banco, el Ministerio de Salud del gobierno presentará, a la satisfacción del BID: a) una comunicación escrita indicando el nombre de la persona o personas que representarán al gobierno en todas las comunicaciones con el Banco relativas a la ejecución del proyecto; b) una solicitud escrita para el desembolso del fondo rotatorio; c) los términos de referencia y borradores de contratos para el Coordinador del Proyecto, los asesores a largo plazo y el personal de contraparte de la Unidad de Reforma, y d) evidencia de que el beneficiario y el Banco han convenido en los auditores independientes 4/.

VII. BENEFICIOS Y RIESGOS

- 7.1 Los resultados que se esperan de esta cooperación técnica son una capacidad mayor del MOH en materia de planificación estratégica, administración y análisis de políticas y el desarrollo pleno de una Unidad de Reforma (Unidad de Políticas) en el Ministerio de Salud. También se prevé que esta cooperación técnica resulte en la ejecución de planes y calendarios para los esfuerzos de reforma de políticas del MOH, que conduzcan a políticas mejoradas y sostenibles para una mayor eficiencia, equidad y calidad de los servicios.
- 7.2 Los beneficiarios de esta cooperación técnica comprenden el gobierno y al MOH, que se beneficiarán de un sistema de salud mejor administrado, con papeles claramente definidos y de un plan estratégico para una sustentabilidad a largo plazo. El personal de la salud se beneficiará de las oportunidades de capacitación y de la mejor administración. Las empresas y empresarios dispondrán de mayores oportunidades para expandir la participación del sector privado en actividades de la salud, una de las áreas de

4/ Véanse las condiciones contractuales.

focalización de esta CT, sea por intermedio de contratos con el sector público o por modificaciones en los reglamentos que promuevan las iniciativas privadas. Los beneficiarios finales serán los consumidores de la atención de salud que tendrán un acceso más amplio a servicios de mejor calidad.

- 7.3 Los riesgos principales del proyecto son que el esfuerzo principal se concentre en el diseño de las reformas, pero no se concrete en la ejecución por falta de capacidad técnica y de ejecución o por la ausencia de acuerdo político y apoyo social a las nuevas políticas. Sin embargo, estos riesgos pueden ser minimizados directamente por la cooperación técnica. En primer lugar, el diseño de esta operación incorpora en el proceso de análisis de políticas oportunidades para lograr suficiente apoyo político y público mediante campañas de comunicación, seminarios sobre las políticas y foros públicos. Segundo, la CT busca especialmente mitigar las limitaciones de ejecución al desarrollar las capacidades de la Unidad de Reforma e identificar y adiestrar al personal de contraparte apropiado. Si bien el problema de atraer y retener profesionales calificados es un tema de mayor amplitud que va más allá de la propia Unidad de Reforma, la CT intenta afrontar el tema de los recursos humanos como parte integral del proceso de reforma del sector de la salud y elaborar soluciones a largo plazo. Tercero, los planes de la instauración de las reformas de políticas enfatizarán el método gradual a fin de experimentar alternativas a una escala pequeña y aprender de las experiencias antes de aplicar políticas a nivel nacional.

PROYECTO DE RESOLUCION

JAMAICA. COOPERACION TECNICA NO REEMBOLSABLE
PARA EL GOBIERNO DE JAMAICA

(Programa para el Apoyo Técnico a
la Unidad de Reforma de Salud del Ministerio 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 y a adoptar las demás medidas pertinentes para la ejecución del plan de operaciones a que se refiere el Documento AT-_____ sobre cooperación técnica con el Gobierno de Jamaica para un programa para el apoyo técnico a la unidad de reforma de salud del Ministerio de Salud.

2. Destinar para los fines de esta resolución, hasta la suma de US\$1.650.000, 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.