

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

ECUADOR

PROGRAMA DE EMPRESARIADO SOCIAL

RESUMEN EJECUTIVO

**EXPANDIENDO ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA PACIENTES DE BAJOS INGRESOS
A TRAVÉS DE UN MODELO PRIVADO SOSTENIBLE**

(EC-S1017)

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Alexandra Sánchez (FOMIN/CEC); José Tadeo Martínez (LEG/NSG); Santiago Schneider (PDP/CEC); Marco Alemán (PDP/CEC); Dora Moscoso (FOMIN/DEU); Edgar Carvajal (Consultor); y Dieter Wittkowski (FOMIN/ATF) Jefe de Equipo.

El presente documento contiene información confidencial comprendida en una o más de las diez excepciones de la Política de Acceso a Información y, por lo tanto, no se puede divulgar fuera del Banco.

ÍNDICE

I.	INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO	1
A.	Agencia Ejecutora	1
B.	Monto y fuente de financiamiento	1
C.	Términos y condiciones	1
D.	Declaración de No Objeción.....	1
II.	ANTECEDENTES Y DEFINICION DEL PROBLEMA.....	1
III.	EL PROYECTO	6
A.	Objetivos	6
B.	Descripción.....	6
C.	Sostenibilidad y resultados del análisis financiero.....	7
D.	Riesgo Crediticio para el Banco.....	8
E.	Resultados esperados y captura de beneficios	9
F.	Estrategia del Banco.....	10
G.	Estrategia del Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN).....	10
H.	Resumen de la Revisión Ambiental y Social.....	10
I.	Condiciones especiales, desembolsos y adquisiciones.....	11
J.	Informes, evaluacionaes y auditorías.....	13
K.	Riesgos del proyecto y mitigantes.....	14
L.	Excepciones a la política del Banco.....	15

INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN LOS ARCHIVOS TÉCNICOS DEL PROYECTO

Preparación

- Solicitud de Proyecto
- Perfil aprobado de Proyecto
- Documentos de constitución, registro legal y estatutos de SALUDESA y de Andean Health & Development (AHD)
- Estados Financieros Auditados 2008, 2009, 2010 de SALUDESA y de AHD
- Documento de Análisis de Riesgo para Operaciones de CT FOMIN
- Formulario de QED (Calidad para Efectividad en el Desarrollo) del FOMIN
- Presupuesto detallado de las inversiones y adquisiciones para el Hospital Hesburgh
- Estrategia Ambiental y Social (EAS) del Proyecto
- Carta de autorización del Ministerio de Salud Pública (MSP) para la construcción del hospital
- Análisis FODA de SALUDESA
- Organigrama de SALUDESA
- Informes del Directorio de AHD
- Resumen de la Campaña de Recaudación de Fondos para el Hospital Hesburgh

DOC 1	Marco Lógico
DOC 2	Análisis Institucional y Ejecución de la Operación, con Proyecciones Financieras del Proyecto
DOC 3	Tabla de Planificación de hitos de la Cooperación Técnica
DOC 4	Plan de Operaciones de la Cooperación Técnica, Presupuesto Detallado y Cronograma de Ejecución
DOC 5	Estados Financieros históricos de AHD y SALUDESA 2008 – 2010
DOC 6	Borrador del Plan de Adquisiciones
DOC 7	Resumen de las condiciones financieras del proyecto
DOC 8	Términos y Condiciones del Préstamo
DOC 9	Integrity Review Summary

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AHD	Andean Health & Development
BCE	Banco Central del Ecuador
BDH	Bono de Desarrollo Humano
BID o Banco	Banco Interamericano de Desarrollo
CFI	Corporación Financiera Internacional
CT	Cooperación Técnica no Reembolsable
EAS	Estrategia Ambiental y Social
EEUU	Estados Unidos de Norteamérica
FOMIN	Fondo Multilateral de Inversiones
HPVM	Hospital Pedro Vicente Maldonado
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización No Gubernamental
PES	Programa de Empresariado Social
PMAS	Plan de Manejo Ambiental y Social
PSR	Informe de Progreso del Proyecto
PVM	Pedro Vicente Maldonado
RR.HH.	Recursos Humanos
SALUDESA	Salud y Desarrollo Andino
US\$	Dólar de los Estados Unidos de América

I. INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

A. Prestatarios y Agencia Ejecutora: Andean Health & Development (AHD) – **Co-prestatario;** y Fundación Salud y Desarrollo Andino (SALUDESA) – **Co-prestatario y Agencia Ejecutora.**

B. Monto y fuente de financiamiento:

	<u>BID US\$</u>	<u>Local US\$</u>	<u>Total US\$</u>
Financiamiento Reembolsable :	800.000	1.000.000	1.800.000
Cooperación Técnica (CT):	<u>200.000</u>	<u>110.800</u>	<u>310.800</u>
Total:	1.000.000	1.110.800	2.110.800

Fuente: Recursos Especiales del Capital Ordinario para el Programa de Empresariado Social (ORC)

C. Términos y condiciones:

Plazo:	8 Años
Período de Gracia:	36 meses para el capital
Tasa de Interés:	6 % anual fijo, sobre saldos
Moneda:	Dólares americanos
Períodos de Ejecución:	36 meses para la Cooperación Técnica 30 meses para el Financiamiento Reembolsable
Períodos de Desembolso:	42 meses para la Cooperación Técnica 36 meses para el Financiamiento Reembolsable

El financiamiento reembolsable será denominado, desembolsado y repagado en Dólares Americanos. El periodo de gracia se aplicará al pago del capital y no a los intereses.

D. Declaración de No Objeción: El Banco y el Gobierno de Ecuador acordaron que operaciones con el sector privado y con características afines a proyectos como el presente no precisan una declaración de “no objeción” anticipada, bastando con presentarla para información una vez aprobado el proyecto.

II. ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1 El Estado de Emergencia en el sistema de salud Ecuatoriana: En Marzo de 2011, el Presidente Correa declaró un estado de emergencia en el sistema de salud del Ecuador, debido a las malas condiciones encontradas en los hospitales, centros de salud y clínicas. Por ejemplo, en Abril de 2011, la *Defensoría del Pueblo* declaró que solamente 4 de los 28 hospitales neonatales públicos que había inspeccionado en 18 provincias del país cumplieron con estándares de calidad. Similarmente, existe una situación constante de demanda insatisfecha y falta de recursos en muchos hospitales, ilustrado por el hecho que durante los primeros meses de 2011, 12 recién nacidos prematuros murieron en un hospital neonatal público en la ciudad de Santo Domingo, debido a atención inadecuada, la presencia de bacterias mortales y una carencia de infraestructura (cunas) suficientes para los recién nacidos.¹ El enfoque de salud en el Ecuador ha sido durante años la atención primaria, lo cual ha resultado en mejoras en la cobertura de vacunas y otros indicadores de salud materno-infantil. En cuanto a atención terciaria, existen hospitales en las ciudades principales (Quito y Guayaquil); sin embargo, en ciudades secundarias y áreas rurales, el acceso a servicios hospitalarios básicos es muy limitado. Un caso específico es la ciudad de Santo Domingo.

¹

Ecuador Times. 18 Marzo 2011.

- 2.2 Características de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas:** La ciudad de Santo Domingo, capital de la Provincia, es el puerto terrestre más importante del país, que une las regiones de la Costa y la Sierra, y está a 133 km. de la ciudad de Quito y a 235 km. de la ciudad de Guayaquil. La Provincia está conformada por un solo cantón, con 7 parroquias urbanas, 7 parroquias rurales, 7 pre-parroquias y siete comunas Tsáchilas (un grupo étnico originario de la zona). La población mestiza en su mayoría proceden de las provincias de Cotopaxi, Loja, Manabí y Pichincha. Según datos del INEC, Santo Domingo de los Tsáchilas tiene una población de 365.965² habitantes y una densidad demográfica de 85,8 habitantes por km². De esta población, el 69% se encuentra en la zona urbana y el 31% en la zona rural. Adicionalmente, por su situación geográfica estratégica, tiene una población flotante de alrededor de 150.000 habitantes.
- 2.3 Características socioeconómicas de los habitantes de la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas:** A nivel provincial el analfabetismo en personas mayores a 15 años llega a 9.18% que significa 18.796 personas, distribuidas el 47% en la zona urbana y el 53% en el área rural. El nivel de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas, asciende a 331.126 personas en toda la provincia. La ejecución de la inversión en áreas de salud y hospitales³ por persona es de \$8.00 y de \$2.70 respectivamente al año. Por cada 10 mil habitantes, cuenta con 17 médicos, 3 enfermeras y 9 auxiliares de enfermeras. En la ciudad de Santo Domingo se cuenta con un sistema de agua potable y alcantarillado que tiene una cobertura del 48,1%, y 56,2%⁴ respectivamente, y las parroquias rurales tienen distribución de agua entubada no potable con márgenes que van desde el 19% como en el caso de Alluriquín, al 27% como en el caso de Valle Hermoso. La zona periférica de la ciudad no posee un servicio de red de alcantarillado ni de agua potable y las formas de abastecimiento se producen de la siguiente manera: el 48,9% con la red pública; el 36,9% por medio de extracción de pozos; 10,4% con agua de río o vertiente; el 2,9% con tanqueros; y el 1,5% por otros medios. Se estima que los ingresos mensuales promedios de las familias de la región están entre US\$300 y US\$500.
- 2.4 La demanda insatisfecha de los servicios de salud:** Santo Domingo no cuenta con un hospital del sistema de seguridad social (IESS), sino solamente un hospital del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁵ con 141 camas, y un número reducido de clínicas privadas para aquellos pacientes con medio económicos.⁶ El hospital del MSP está siempre sobre-saturado, sin personal suficiente y sujeto a restricciones presupuestarias que no le permiten contar con los equipos e insumos médicos necesarios. También cuenta con dos áreas de salud del MSP, conformadas por 26 unidades operativas que manejan atención ambulatoria y están distribuidas principalmente en zonas rurales. La insuficiencia de la oferta pública en los servicios de salud, ha provocado un crecimiento de los servicios privados mayor al 80% en la última década. Más de la mitad de la oferta de camas hospitalarias de la provincia (206 camas), pertenecen a pequeñas clínicas que no cuentan con equipamiento, infraestructura ni recursos humanos calificados y suficientes para asegurar la calidad de la atención. Este número reducido de camas hospitalarias en la provincia genera períodos de espera que tardan hasta 48 horas. Por otro lado, pacientes indigentes que requieren hospitalización se ven obligados a pagar precios muy altos en las clínicas privadas, lo cual puede ser catastrófico para ellos, resultando en aún mayor pobreza

² Censo 2010

³ MF (2009) / INEC (2010) / CNNA-UNICEF (2010)

⁴ INEC Censo de población y vivienda 2001

⁵ Hospitales del MSP atienden cualquier paciente, supuestamente de forma gratuita. Sin embargo, sus recursos están muy limitados y frecuentemente no cuentan con los insumos médicos y medicamentos requeridos. Los hospitales del IESS son gratuitas solamente para afiliados, lo cual significa solamente aquellas personas con empleadores que paguen impuestos al IESS, agricultores y jubilados. En general, tienen más recursos y servicios disponibles que los hospitales del MSP, y no están en un estado permanente de dificultad financiera.

⁶ Informe del Equipo de Desarrollo Empresarial, de la Facultad de Administración de Empresas, de la Universidad de California-Berkeley.

de la cual nunca se pueden recuperar, un problema común en países en vías de desarrollo.⁷ Otros tienen que incurrir en las molestias y costos adicionales de viajar a Quito o Guayaquil para atenderse.

- 2.5 Según CARE Internacional, “Santo Domingo registra el más alto porcentaje a nivel nacional de población urbana sin médicos institucionalizados con un 63,25%, en comparación con Quito, por ejemplo, que registra un 28,6%”⁸. Según reportes del Colegio de Médicos, en la provincia hay un total de 143 médicos, de los cuales menos del 15% son especialistas y se cuenta solamente con cuatro médicos de familia trabajando en la ciudad. El 27,4 % de los usuarios de los servicios de salud son de sectores aledaños a Santo Domingo y pertenecientes a las provincias de Esmeraldas, Manabí, Los Ríos y Pichincha.
- 2.6 Según encuestas realizadas por Haas Business School (Universidad de California, Berkeley), que hizo un estudio de factibilidad sobre un nuevo hospital en Santo Domingo, el 39% de los usuarios de los servicios de salud están asegurados por el IESS, el 7% tiene seguro privado y el 54% no cuenta con seguro. Según información del IESS, la provincia tiene 61.399 afiliados de los cuales 24.000 pertenecen al Seguro Social Campesino. La tendencia de uso de los servicios de salud demuestra que el 37% se atiende en el sector público, un 50% en el sector privado, el 7% prefiere ser atendido en ciudades como Quito o Guayaquil y el 6% restante no acude al servicio de salud. Otro dato importante de mencionar corresponde a las personas habilitadas en los Programas de Protección Social, que por su situación económica reciben el Bono de Desarrollo Humano (BDH), que en la provincia ascienden a 47.797⁹ casos.
- 2.7 En conclusión, la relación de 1 cama hospitalaria por cada 1.400 habitantes¹⁰, el número reducido de médicos que atienden en la provincia, el hecho de que solo el 12% de la población es afiliada y con acceso a servicios de salud del IESS, los largos tiempos de espera de hasta 48 horas, y, un 7 % de la población recibiendo atención en otras provincias, demuestran el margen significativo de la demanda no atendida con servicios de salud oportunos y de calidad en la región de Santo Domingo.
- 2.8 **Los desafíos del sector salud en la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas:** En el marco de la reforma del estado y en específico del sector salud, en esta Provincia los retos fundamentales tienen que ver con: (i) la provisión de más y mejores servicios de salud del sector estatal, disminuyendo el nivel de saturación y márgenes de espera que acusan actualmente las instituciones públicas; (ii) la generación de espacios y posibilidades para que el sector privado y su provisión de servicios también se vea incrementado con características de calidad y accesibilidad; (iii) los servicios de salud públicos y privados actuales y los ampliados, deben cumplir estándares de calidad y mayor cobertura, especialmente para personas de bajos ingresos; y (iv) la búsqueda de estas opciones deben estar a tono con el crecimiento demográfico que tiene la Provincia y con la asignación de recursos.
- 2.9 **Demanda insatisfecha para médicos, enfermeras y administradores de hospitales en áreas rurales en Ecuador.** Aunque el número total de médicos per cápita en Ecuador en general no es tan bajo (19,5/10.000 comparado con 8,7/10.000 en Honduras y 5/10.000 en Paraguay), la gran mayoría están concentrados en áreas urbanas. Se estima que hay solamente 2/10.000 en áreas rurales del país. Además, a diferencia que en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) donde todos los médicos participan en capacitación médica residencial, muy pocos médicos ecuatorianos realizan programas

⁷ Galárraga, O., Sosa-Rubí, S., Salinas-Rodríguez, A., & Sesma-Vázquez, S. (2010). “Health insurance for the poor: Impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico”. *European Journal of Health Economics*, 11(5), 437.

⁸ CARE, Proyecto de Educación y Promoción en Salud, Quito – Ecuador, 2000, p. 21.

⁹ MIES Programa de Protección Social (agosto 2011)

¹⁰ Equivalente a 7,14/10.000 habitante, comparado con 179 en Suiza, 31 en Estados Unidos de Norteamérica, 13 en Haití y 11 en Bolivia, según la página web de US Global Health Policy.

residenciales, especialmente aquellos asignados a áreas rurales, y éstos no cuentan con acceso a programas de entrenamiento médico complementario. Enfermeras y administradores de hospitales enfrentan los mismos desafíos. Esto se conduce a resultados pobres en la salud de la población y hospitales mal gerenciados. Existen muy pocos programas de entrenamiento y capacitación para personal médico en áreas rurales del Ecuador. El éxodo de profesionales médicos a las ciudades principales de Quito y Guayaquil resulta en poca disponibilidad de dichos profesionales en zonas rurales. Aquellos que deciden trabajar en áreas rurales se enfrentan con desafíos culturales y financieros muy particulares que muchas veces requieren habilidades que no se enseñan en los programas urbanos de entrenamiento médico. Asimismo, las oportunidades limitadas de capacitación adicional resultan en que sus habilidades se vuelven obsoletas dentro de pocos años después de terminar sus estudios médicos.

2.10 El papel de SALUDESA en la provisión de servicios privados de salud accesibles y de calidad: La organización sin fines de lucro, Andean Health and Development Inc. (AHD),¹¹ con base en EEUU, y la fundación ecuatoriana sin fines de lucro que ha creado, Salud y Desarrollo Andino (SALUDESA), han venido trabajando juntos durante más de 10 años para desarrollar un modelo sostenible para la provisión de atención médica integral a poblaciones de bajos ingresos y rurales mediante la creación de hospitales privados rurales y la formación de médicos de familia que trabajan en áreas rurales. En el Ecuador, SALUDESA es la entidad operativa, la cual orienta sus esfuerzos a la definición y práctica del modelo privado en la provisión de servicios de salud especializado para áreas rurales y dirigido a personas de bajos ingresos. El modelo fundamentalmente considera la formación de Médicos de Familia, que utilizando esta forma de atención, laboran en los hospitales privados que crea y otros donde trabajen durante sus carreras. Su primer hospital, construido en el área rural de Pedro Vicente Maldonado (PVM) en 2000, ha sido financieramente auto-sostenible desde 2009, utilizando una variedad de fuentes creativas de ingresos operativos, incluyendo alianzas pública-privadas con gobiernos locales, regionales y nacionales.¹² Entre Junio del 2010 y Julio del 2011, el Hospital Pedro Vicente Maldonado (HPVM) atendió más de 23.000 pacientes en los diferentes servicios. El hospital utiliza prácticas innovadoras y transparentes que cumplen con estándares internacionales, y mide resultados utilizando sistemas de información modernos. Asimismo, además de proveer servicios de hospitalización con su capacidad instalada de 15 camas, consulta externa y emergencia, opera como hospital docente. Para efectos de cubrir las necesidades de los Médicos de Familia especializados en el área rural y que trabajen en el HPVM y otros hospitales, SALUDESA ha suscrito un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la ciudad de Quito, para la ejecución de un Postgrado especializado en estos temas, y ejecuta el programa de formación complementándolo con un esquema de becas que incentivan a los “postgradistas” a completar el programa de estudios y a mantenerse trabajando en el área rural y, de esta manera, contar con el recurso humano indispensable para la sostenibilidad técnica del modelo creado. Los graduados del programa ejercen las mejores

¹¹ AHD fue fundada en 1996 por el médico Dr. David Gaus, y Theodore M. Hesburgh, CSC (Presidente Emérito de la Universidad de Notre Dame) para “cambiar fundamentalmente la atención de salud rural en Latinoamérica, mediante la provisión sostenible de servicios médicos de calidad y la capacitación de líderes en el área de salud rural en prácticas de la medicina occidental”. El Dr. Gaus es un ciudadano norteamericano que vivió en Ecuador durante 15 años como voluntario y médico. Tiene una maestría en Salud Pública y Medicina Tropical, y completó su programa de residencia post-grado en Medicina Familiar. En 2010 recibió el premio de Empresariado Social de la Fundación Schwab por sus logros en el área de salud en el Ecuador. Registrada en Wisconsin como una fundación de la Sección 501c3 (exento de impuestos), su actividad principal es recaudar fondos para implementar su estrategia en el Ecuador mediante SALUDESA. Durante los últimos cinco años ha recaudado un promedio anual de alrededor de US\$350.000 a US\$1.100.000 de fundaciones, corporaciones y donantes individuales, canalizando la mayoría de sus recursos a través de SALUDESA para la construcción de hospitales y el programa de capacitación de médicos postgradistas en Medicina Familiar.

¹² El hospital es una corporación sin fines de lucro, cuyos tres socios claves son Saludes, el gobierno municipal y el Consejo de Salud del Noroccidente de Pichincha (COSNOP). Cobra tarifas del mercado a los pacientes con medios financieros (alrededor del 20% de los pacientes), tiene un contrato con el IESS para atender sus afiliados (alrededor del 70%, de los cuales la mayoría son pacientes de bajos ingresos), y provee servicios de forma gratuita a pacientes indigentes (alrededor del 10%) mediante subsidios cruzados.

prácticas que adquieren en el programa en los hospitales en los cuales trabajan en el futuro, y así contribuyen al mejoramiento general de la calidad de la atención médica en todo el país. La visión de largo plazo de AHD y SALUDES A es constituirse en un modelo que pueda ser replicado en Ecuador y otros países de la región, donde haya necesidad y condiciones que permiten que funcione el modelo.

- 2.11 Mediante esta experiencia piloto, los directivos de AHD han adquirido un *expertise* médico y administrativo en Ecuador, y sus antecedentes en medicina clínica, así como profesores de medicina, y su educación universitaria en administración de negocios, salud pública y pedagogía los han posicionado para enfocar su estrategia para enfrentar los desafíos en la provisión de atención médica en zonas rurales en el Ecuador desde una perspectiva multidisciplinaria. El modelo de administración y provisión de servicios, desarrollado en el HPVM, es innovador, pensado en beneficio de la población rural y focalizado en personas de bajos ingresos económicos, característica que se complementa con su capacidad de autosostenibilidad financiera.
- 2.12 **El modelo de provisión de atención médica integral en zonas rurales mediante Médicos de Familia** capacitados en hospitales docentes nace de la experiencia concreta de AHD y Saludes a, y responde a las necesidades reales de comunidades rurales en el Ecuador. Históricamente, el ejercicio médico ha tenido un enfoque científico, biológico, lineal, y positivista. La tendencia ha sido hacia la fragmentación y la especialidad. La Medicina Familiar es una respuesta crítica que argumenta que la salud de un individuo y de la comunidad es mucho más compleja que la superación de la enfermedad o la medicalización de los problemas de salud, y toma en cuenta factores sociológicos, antropológicos, políticos, psico-sociales y económicos, entre otros. Por lo tanto, un médico de familia tiene que ser experto en muchas áreas biológicas de la medicina (conocido históricamente como pediatría, medicina interna, ginecología, obstetricia, traumatología, dermatología) pero también requiere una capacidad de contextualizar el paciente en su ámbito psico-social. Por ejemplo, una cosa es saber qué medicamentos recetar a un diabético; otra es entender que el campesino no cree mucho en las pastillas y a una semana probablemente dejará de tomárselas.
- 2.13 SALUDES A propone que el Médico de Familia, con una formación que incluye una buena experiencia hospitalaria, puede ser el médico ideal para trabajar en hospitales rurales. Tiene las destrezas para entender que el contexto rural es muy distinto al urbano. Posee una formación biológica adecuada para manejar patologías de varias “especialidades.” También la falta de médicos de especialidad en sitios rurales ha dejado un vacío que el médico de familia puede ocupar. Finalmente, el médico de familia entiende la problemática de primer nivel de atención en los centros y subcentros de salud, y se identifica con el personal de primer nivel. Esto permite una relación más sana entre hospital y consulta externa.
- 2.14 Adicionalmente, con la visión estratégica de obtener mayores argumentos técnicos y científicos al modelo implementado, SALUDES A está desarrollando un área de investigación en sus hospitales, de tal manera que la experiencia adquirida y los resultados investigativos, provean de mayores argumentos para la réplica y uso del modelo en instancias distintas a SALUDES A. Mayor información sobre los antecedentes, la estructura, gobierno, capacidades y situación financiera de SALUDES A y AHD se encuentra en el DOC 2 en los archivos técnicos del proyecto
- 2.15 **Solicitud de recursos:** Con base en la experiencia ganada en estas iniciativas y por su vocación de seguir ampliando su modelo, SALUDES A se encuentra en capacidad de promover y gestionar la réplica del modelo implementado en Pedro Vicente Maldonado, en otras zonas del país, para lo cual ha seleccionado la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas y su capital la ciudad de Santo Domingo para construir y poner en funcionamiento un hospital de similares características, pero con una capacidad de 50 camas y una atención de alrededor de 40.000 pacientes al año. Puesto que los recursos de SALUDES A no son suficientes para financiar todo el proyecto de inversión, ha solicitado recursos al

Programa de Empresariado Social (PES) del Banco para: (i) co-financiar con un préstamo las inversiones requeridas para la construcción y equipamiento del nuevo hospital; y (ii) con recursos de cooperación técnica, fortalecer sus capacidades institucionales en aspectos financieros, técnicos y administrativos para poder manejar esta ampliación significativa de sus actividades en el Ecuador.

- 2.16 Beneficiarios:** Los beneficiarios directos del proyecto serán al menos 40.000 pacientes anuales, 80.000 pacientes durante la ejecución del proyecto, que utilizarán los servicios de consulta externa, diagnóstico, emergencia, quirófano, hospitalización, laboratorio, unidad de cuidados intensivos y maternidad y que pertenecerán primordialmente a zonas periurbanas de Santo Domingo y a las áreas rurales del cantón y la provincia. Los pacientes tendrán accesibilidad a los servicios ofrecidos por el hospital debido a un esquema tarifario que identificará las condiciones socioeconómicas de los pacientes para focalizar diferentes escalas de subsidios, calculadas a partir de los precios definidos en el sistema tarifario nacional de los servicios de salud (ver párrafo 3.11). Se estima que un 70% de los beneficiarios serán mujeres y niños. También serán beneficiarias las comunidades de los Tsáchilas (un grupo étnico originario de la zona) que habitan la zona rural cercana al hospital a construirse.

III. EL PROYECTO

A. Objetivo y propósito

- 3.1** El objetivo general (fin) del proyecto es contribuir a la consolidación y réplica de un modelo privado, innovador y auto-sostenible para la provisión de servicios de salud de calidad a poblaciones de bajos ingresos en áreas rurales. El propósito es incrementar la oferta de servicios de salud de segundo nivel (hospitalización), dirigidos a las poblaciones de bajos ingresos en áreas rurales, mediante la construcción, equipamiento y puesta en marcha de un hospital docente y de investigación privado, ubicado en la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas.

B. Descripción

- 3.2** Para lograr los objetivos se financiarán dos componentes: uno de Financiamiento Reembolsable por US\$1.800.000 (BID: US\$800.000 y SALUDESA US\$1.000.000) y otro de Cooperación Técnica No-Reembolsable por US\$310.800 (BID: US\$200.000 y SALUDESA US\$110.800).
- 3.3 Componente de Financiamiento Reembolsable:** Los recursos de este componente se destinarán a la construcción y equipamiento de un hospital en Santo Domingo de los Tsáchilas (a denominarse “Hospital Hesburgh”), que contará con los servicios de consulta externa, diagnóstico, laboratorio, farmacia, emergencia, quirófano, hospitalización, unidad de cuidados intensivos y maternidad; y, con las áreas de docencia e investigación. Los recursos serán desembolsados directamente a SALUDESA y utilizados exclusivamente para el proyecto. SALUDESA ha adelantado la adquisición de un terreno y local de una ex-institución educativa privada, cuyas instalaciones serán aprovechadas para efectos de readecuar o construir cuando sea el caso, las instalaciones del hospital. La readecuación, construcción y equipamiento será realizada en tres fases. La primera fase constructiva consistirá en la readecuación del área de consulta externa (8 consultorios) y de la sección administrativa del hospital. Fundamentalmente se invertirá en pisos, cemento, hierro, empaste, pintura, cielo raso, e instalaciones eléctricas. La segunda fase estará dedicada a la construcción y readecuación del quirófano, laboratorios, emergencia y el área de hospitalización que tendrá 50 camas. La tercera fase constructiva consistirá en la adecuación de la sección docencia y dormitorios de residentes así como en el paisajismo del hospital. Asimismo, con recursos del BID se financiará parte del equipamiento del hospital, ultrasonido, laboratorios, caldero y rayos x, mientras que SALUDESA se encargará de la adquisición de las camas y demás equipos necesarios para el funcionamiento del hospital. Se financiará también la instalación de servicios especiales como gases medicinales, un transformador y un generador. Se prevé terminar las

tres fases hasta los 6, 12 y 18 meses después de la firma del contrato de préstamo, respectivamente. El cronograma de inversiones y la estrategia de SALUDESA indican que el área de consulta externa del hospital empezará a funcionar a partir del mes de Enero de 2012, y los servicios de hospitalización y demás a partir del Julio de 2012. El financiamiento del Banco a SALUDESA devengará una tasa de interés fijo del 6% anual sobre saldos, en dólares estadounidenses, a un plazo de 8 años, con un período de gracia de 36 meses. El presupuesto detallado de los usos del préstamo y los aportes de SALUDESA para las inversiones y su cronograma de ejecución consta en los documentos técnicos del proyecto.

- 3.4 Componente de Cooperación Técnica No-Reembolsable (CT):** El objetivo del componente es fortalecer las capacidades institucionales de SALUDESA, para consolidar y ampliar el modelo diseñado y aplicado para los servicios de salud rural de segundo nivel, en beneficio de habitantes de zonas periurbanas y rurales con bajos ingresos económicos. La CT estará estructurada en tres subcomponentes, con actividades para las que se financiará principalmente la contratación de servicios de consultoría, además de la adquisición de ciertos equipos informáticos, insumos y equipamiento para investigación. El **primer subcomponente**, “Fortalecimiento de la capacidad institucional de SALUDESA”, proveerá recursos para: (i) la adquisición de equipos informáticos y licencias para el Hospital Hesburgh; (ii) una consultoría para el diseño e implementación de un Sistema de Desarrollo del Talento Humano, tanto para el Hospital como para SALUDESA; (iii) una consultoría para la auditoría y fiscalización de la readecuación, construcción y equipamiento del Hospital; (iv) eventos de capacitación del personal de SALUDESA en aspectos administrativos, financieros y de recursos humanos; y (v) una consultoría para el desarrollo y elaboración de procesos clínicos integrales. El **segundo subcomponente** financiará la ejecución de un programa de desarrollo, implementación y difusión del modelo de atención hospitalaria aplicado por SALUDESA, y se asignarán recursos para: (i) el diseño del modelo de atención hospitalaria integral; (ii) la implementación del modelo de atención hospitalaria; (iii) la difusión del modelo a través de una publicación, y la promoción de los servicios del Hospital al público y grupos metas específicos identificados en la zona. El **tercer subcomponente** financiará actividades relacionadas con la gestión, coordinación, evaluación y auditoría del proyecto, destinándose recursos para: la contratación del Coordinador del Proyecto; la contratación de un especialista contable – financiero; actividades para el fortalecimiento institucional durante la ejecución; la sistematización y difusión del proyecto; el financiamiento de movilización, pasantías y viajes de los funcionarios de SALUDESA o del Hospital; las evaluaciones intermedia y final; las auditorías anuales del préstamo e institucionales, y la auditoría final de la Cooperación Técnica; el apoyo técnico a SALUDESA en la revisión de procesos de adquisiciones y desembolsos; y, para la realización de un taller de cierre en el que se difundan los resultados y las lecciones aprendidas durante la ejecución del proyecto. El Plan de Operaciones de la Cooperación Técnica consta en los archivos técnicos del proyecto e incluye un presupuesto detallado y cronograma de implementación.

C. Sostenibilidad y resultados del análisis financiero

- 3.5** La sostenibilidad del proyecto está sustentado por la relación directa y de largo plazo entre SALUDESA y Andean Health & Development, y por las proyecciones financieras del nuevo hospital que demuestran que se volverá auto-sostenible a partir de su segundo año de funcionamiento. SALUDESA es una ONG que fue creada en 1995 por la fundación Andean Health & Development en Estados Unidos de Norteamérica, la cual también es su principal fuente de financiamiento para sus operaciones y actividades en el Ecuador. La construcción y equipamiento del Hospital de Pedro Vicente Maldonado, la construcción del edificio para los médicos residentes también en Pedro Vicente Maldonado, los aportes para los becarios del programa de Posgrado y la adquisición del terreno para la construcción del Hospital Hesburgh en Santo Domingo de los Tsáchilas, dan cuenta de contribuciones regulares y sostenidas desde su principal financiador. Adicionalmente se recibieron los aportes para

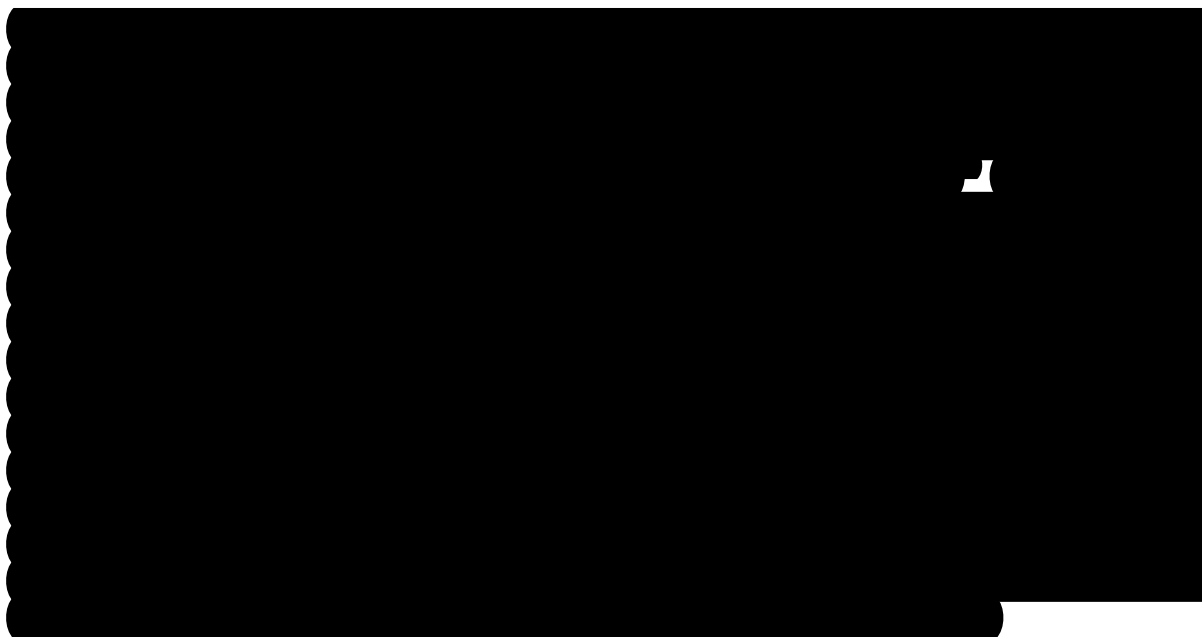
el funcionamiento y operación del Hospital de Pedro Vicente Maldonado hasta lograr sus auto-sostenibilidad, y también de manera regular las contribuciones para los gastos operativos y administrativos de SALUDES. Después de la construcción del hospital, AHD seguirá financiando los gastos operativos de SALUDES y el hospital hasta que logre su punto de equilibrio.

- 3.6** Por la vinculación entre el Hospital Hesburgh, objeto del proyecto, SALUDES como co-prestataria e Institución Ejecutora, y Andean Health & Development como co-prestataria y la principal financiadora de SALUDES, se prepararon para efectos de análisis, la proyección de los flujos financieros relacionados de las tres instituciones hasta el año de finalización del préstamo del BID. En dichos estados financieros (que se encuentran en los archivos técnicos del proyecto) se establecen con claridad los compromisos asumidos por cada uno de los niveles institucionales: el Hospital como receptor de recursos y responsable del funcionamiento operativo; SALUDES como co-prestataria y ejecutora del proyecto, y que será el “dueño” y auspiciador principal del Hospital Hesburgh; y Andean Health & Development como co-prestataria y principal financiadora de los proyectos y actividades de SALUDES.
- 3.7** Para complementar los elementos de viabilidad financiera, el estado de flujo de caja del proyecto demuestra que a partir del segundo año de funcionamiento del Hospital Hesburgh, se alcanza un margen operativo positivo superior a los costos operativos y administrativos, generando excedentes suficientes para realizar inversiones sostenidas en el hospital. Este aspecto es un incentivo positivo para SALUDES y para el Hospital, a fin de que se alcancen los índices de eficiencia operativa que plantea el modelo de gestión y se garantice a su vez la provisión de recursos suficientes para la sostenibilidad financiera del proyecto.

D. Riesgo crediticio para el Banco

- 3.8** El riesgo crediticio de esta operación para el BID es de un nivel medio, pero justificado por la innovación y los beneficios sociales a lograrse. El riesgo es de un nivel medio porque: (i) es un préstamo no ortodoxo en el sentido que la fuente principal de repago del préstamo no es el prestatario mismo (SALUDES), ni la unidad de negocios que utilizará los recursos del préstamo (el hospital), sino una entidad diferente, pero íntimamente relacionado con el prestatario (ver párrafo 3.10); y (ii) como el primer proyecto del Programa de Empresariado Social que invertirá en un hospital, no se cuenta con experiencias anteriores para la medición o comparación de los riesgos operativos, del entorno, financieros y otros, y de los indicadores estándares para este tipo de inversión y el comportamiento esperado de dichos indicadores. Sin embargo, este riesgo está justificado por: (i) el enfoque de SALUDES de atender con servicios de salud de calidad a segmentos vulnerables de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas donde hay una carencia significativa de atención médica; (ii) la posibilidad de comprobar, difundir y promover la replicación de un modelo privado e innovador de provisión de servicios de salud a poblaciones vulnerables y rurales, que es innovador y auto-sostenible en el mediano plazo; y (iii) la alta probabilidad de repago del préstamo basada en la seriedad, trayectoria y situación financiera de las instituciones prestatarias (Andean Health & Development y SALUDES).
- 3.9** Los cálculos de las proyecciones de ingresos realizados para el Hospital Hesburgh, se basaron en escenarios conservadores en cuanto a la capacidad de atención en consulta externa y a los márgenes de ocupación de hospitalización. Estos índices son coherentes con la experiencia comprobada y los datos estadísticos del Hospital de Pedro Vicente Maldonado y con la aplicación de la experiencia adquirida hasta alcanzar el nivel de sostenibilidad que actualmente tiene dicho Hospital. Por lo mencionado, la sostenibilidad financiera que alcanzaría el Hospital Hesburgh a partir de su segundo año de operación, reduce el riesgo crediticio de esta operación.

3.10



E. Resultados esperados y captura de beneficios

- 3.11** Los beneficiarios principales del proyecto serán habitantes de las áreas rurales de la provincia y de zonas periurbanas de la ciudad de Santo Domingo, y que conforman tanto la población residente como la significativa población flotante que tiene la provincia. El beneficio será capturado mediante la atención médica de calidad a estas poblaciones vulnerables con tarifarios que den preferencia a pacientes de bajos recursos. El esquema tarifario definido por SALUDES A, garantiza la posibilidad de acceso de personas de las áreas descritas y que además sean de bajos ingresos económicos. Según las proyecciones del hospital, un primer grupo de pacientes, estimado en un 54 % (alrededor de 21.600 al año), serán personas que tienen cobertura para los servicios de salud, otorgada por el IESS, el SOAT, ciertos programas sociales y los seguros privados, pero que no pueden ser atendidos de manera directa por estas instituciones debido a sus niveles de saturación. La suscripción de convenios con estas instituciones asegurará la provisión de servicios y la recuperación de sus costos acorde con los valores establecidos en el tarifario nacional de atención médica. Un segundo grupo de pacientes serán los que no cuentan con un seguro de salud, estimado en un 46% del total de los pacientes, es decir alrededor de 18.400 anual. De estos, el 16% serán pacientes que tienen algún nivel de capacidad de pago y que pueden cubrir el 60% del costo establecido en el tarifario nacional (tarifas subsidiadas en un 40%). Este valor se constituye en la “tarifa SALUDES A” y se aplicaría a alrededor de 6.400 pacientes cada año. El 30% restante, es decir alrededor de 12.000 pacientes anuales, pagarán por los servicios de salud, según lo establecido en una tabla de subsidios que van del 25% al 100% de la “tarifa SALUDES A” (doble subsidio), dependiendo de la condición socioeconómica de cada paciente, comprobada con requisitos previamente establecidos por SALUDES A. Este esquema constituido como política institucional de SALUDES A, garantiza el acceso a personas de bajos ingresos con un sistema de subsidios focalizados según el nivel de ingresos de los beneficiarios, su lugar de residencia y la distinción entre lo periurbano y rural.
- 3.12** Por su parte las instituciones que brindan los seguros de salud se verían beneficiadas por el uso de los servicios ofrecidos por el Hospital Hesburgh a los asegurados que no pueden ser atendidos por ellas

13

El contrato de préstamo incluirá una condición que limita el derecho de SALUDES A a constituir gravámenes sobre sus activos y patrimonio durante el período de amortización del préstamo del Banco.

directamente. Por otro lado, SALUDESA logrará garantizar la sostenibilidad financiera del Hospital Hesburgh con el 54% de pacientes asegurados, que le proveen el 79% de sus ingresos anuales, mientras que el 16% de los pacientes, los que tienen capacidad de pago comprobada cubren el 11% de los ingresos anuales y el grupo subsidiado siendo el 30% del total de pacientes, contribuyen con el 10% de los ingresos totales anuales. Finalmente, los 12 Médicos de Familia entrenados anualmente en el Hospital Hesburgh durante los tres años del proyecto se beneficiarán al recibir un entrenamiento único que les permite practicar su carrera en hospitales rurales, centros de salud u otras entidades para el beneficio de la población sub-atendida en el Ecuador.

F. Estrategia del Banco

- 3.13** El documento “Estrategia de País del Banco con Ecuador” para el período 2008-2011 identifica entre sus pilares principales la Inclusión Económica y Social que prioriza el acceso universal a servicios públicos, incluyendo salud; el fomento de las capacidades de los grupos menos favorecidos (indígenas, afro-ecuatorianos, mujeres, poblaciones rurales y discapacitados), y el desarrollo de un sistema de protección social con especial atención en los sectores vulnerables. La presente operación es compatible con esta estrategia ya que permitirá a SALUDESA expandir y profundizar los servicios de Salud en la zona de influencia del proyecto, lo que generará la posibilidad de acceso a servicios de salud de calidad a las personas más vulnerables, permitiendo adicionalmente apoyar al desarrollo del sistema de protección social en el país.

G. Estrategia del Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN): Marco de Acceso

- 3.14** Dentro del Marco de Acceso, bajo el tema de Acceso a Servicios Básicos, se contempla la Agenda “Soluciones de Mercado para la Prestación de Servicios Básicos a Poblaciones de Bajos Ingresos”, cuyo propósito es identificar, probar y difundir modelos alternativos y exitosos del sector privado en la provisión de servicios básicos a poblaciones pobres. En este sentido, además de cumplir con los criterios del Programa de Empresariado Social del Banco, el presente proyecto se inserta en el marco de acceso del FOMIN y se alinea a los objetivos de la mencionada agenda dado que busca replicar y difundir un modelo novedoso y sostenible para ofrecer servicios de atención médica a poblaciones vulnerables y rurales en el Ecuador.

H. Resumen de la Revisión Ambiental y Social

- 3.15** El Equipo de Revisión Ambiental y Social (ESR) dio sus comentarios al proyecto en fecha 25 de Julio de 2010 (ESR 30-11), recomendando, entre otros, la preparación de: (i) una Estrategia Ambiental y Social (EAS); (ii) un Análisis Ambiental y Plan de Manejo Ambiental y Social (PMAS); y (iii) un Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS). Como parte de estos documentos, también recomendó que el equipo de proyecto considere en el diseño de la operación, los aspectos claves relacionados con grupos étnicos de la zona de atención y la eficacia del modelo a la población pobre objetivo y mujeres y niños, entre otros. La operación cae bajo la categoría B.
- 3.16** El proceso de análisis y diseño del proyecto resultó con los siguientes acuerdos y conclusiones con SALUDESA en cuanto a los aspectos ambientales y sociales del mismo: (i) SALUDESA obtendrá las autorizaciones necesarias del Ministerio de Salud Pública y de la Municipalidad de Santo Domingo para la construcción y operación del hospital; (ii) SALUDESA cumplirá con todas las normas, reglamentos y buenas prácticas para el manejo de residuos sólidos, peligrosos, biológicos infecciosos, químicos, radioactivos, farmacéuticos y de alto contenido de metales pesados, entre otros; (iii) SALUDESA asegurará en la construcción y adecuación del edificio existente que el hospital cuente con sistemas adecuados de agua potable, alcantarillado, electricidad, circulación de aire, y manejo de los gases medicinales, entre otros, y que éstos cumplan con las normas nacionales y mejores prácticas; (iv)

el proyecto considerará las guías sobre medio ambiente, salud y seguridad para instalaciones de atención sanitaria publicadas por la Corporación Financiera Internacional (CFI); y (v) y se incluirá en las evaluaciones del proyecto una revisión de la aplicación de los criterios sociales y ambientales en los servicios del hospital.

- 3.17** Asimismo, cabe indicar que en la zona del proyecto existen alrededor de 7 comunidades pertenecientes al grupo étnico Tsáchila, en las cuales habitan alrededor de 1.500 personas. SALUDESA efectuará una consulta en estas comunidades rurales estratégicas con la población indígena para conocer percepciones y requerimientos, y tomar en cuenta su opinión en el diseño de los servicios de salud. Adicionalmente se ha planteado incluir información y rótulos del hospital en su idioma nativo (tsafiqui), aunque es importante mencionar que esta población es bilingüe. Esto contribuirá a la calidad de los servicios. Adicionalmente, SALUDESA ya ha previsto que los miembros de las comunidades Tsáchila tendrán un tarifario subsidiado para los servicios de salud en el nuevo hospital.
- 3.18** La baja calidad y nivel de los servicios de salud que se prestan en la ciudad, potencializa el impacto positivo del proyecto, especialmente en las poblaciones de menores ingresos y para mujeres y niños. Entre otros, la política de atención de salud en los hospitales de SALUDESA incluye: (i) garantizar servicios de calidad con un trato integral con los pacientes; (ii) atención a cualquier paciente sin importar si tiene seguro o recursos para cubrir los servicios; (iii) tarifario subsidiado para atenciones a mujeres, habitantes de comunidades rurales o de bajos ingresos; (iv) preferencia y discriminación positiva hacia mujeres y niños, tanto en atención médica como en la contratación del personal del hospital; y (v) sensibilidad cultural y socio-económico a los mismos. Por otro lado se espera un impacto positivo en el desarrollo regional, puesto que el incremento en la cantidad y calidad de los servicios como su cobertura¹⁴ hará que el proyecto aporte tanto económicamente a la región como que el hospital sea un destino médico para las poblaciones rurales en las áreas cercanas a Santo Domingo.

I. Condiciones especiales, desembolsos y adquisiciones

- 3.19** Como condiciones previas al primer desembolso de recursos del Financiamiento Reembolsable, SALUDESA presentará a la satisfacción del Banco: (i) el permiso de construcción del Hospital Hesburgh concedido por el Municipio de Santo Domingo; (ii) la escritura pública en la que se certifica el derecho de propiedad que tiene SALUDESA, del terreno e instalaciones en las que se construirá el Hospital; (iii) el Reglamento Operativo del Hospital Hesburgh aprobado por el Directorio de SALUDESA; y (iv) informe de un especialista financiero externo sobre mejoras específicas requeridas en aspectos del manejo contable/financiero de SALUDESA.
- 3.20** Como condiciones previas al desembolso de los recursos de la Cooperación Técnica, SALUDESA presentará a la satisfacción del Banco: (i) evidencia de la designación del Coordinador del proyecto; y (ii) el Plan Operativo Anual del primer año del proyecto.
- 3.21 Reconocimiento de gastos:** Debido al cronograma de iniciación del proceso constructivo del Hospital Hesburgh preparado por SALUDESA, y a la necesidad de cubrir el financiamiento de los primeros rubros, el Banco podrá reconocer a partir del 18 de Julio de 2011, los gastos que efectúe SALUDESA con recursos de contraparte, para: (i) Financiamiento: la Fase 1 de construcción (consulta externa) hasta un monto máximo de US\$50.000; y (ii) Cooperación Técnica: la adquisición de equipos y sistemas informáticos y licencias hasta un máximo de US\$38.000; siempre y cuando consten dentro del presupuesto aprobado y que se hayan cumplido con los procedimientos acordados para las adquisiciones de bienes y servicios.

14

El hospital contribuirá a incrementar la prestación de servicios que antes no se prestaban en dichas localidades (médicos de familia con servicios integrales de salud) y servicios de laboratorio actualmente no disponibles en dicha ciudad.

- 3.22** Los desembolsos de los recursos del Financiamiento Reembolsable estarán condicionados al cumplimiento por parte de SALUDESA de indicadores de desempeño institucional mínimo acordados con el BID, con los cuales SALUDESA debe cumplir para los desembolsos del préstamo. En casos excepcionales, estos indicadores podrían ajustarse como parte de la Planificación Operativa Anual. Los indicadores incluirán parámetros sobre cobertura de gastos operativos, el ratio de pasivos/patrimonio de SALUDESA y avances en la construcción. El cuadro a continuación presenta un resumen de los mismos.

Indicadores/Condiciones	Fórmula	Parámetro al mes antes del desembolso
Cobertura de costos operativos de los últimos 6 meses	(Ingresos totales percibidos por SALUDESA en los últimos 6 meses/gastos operativos totales de SALUDESA en los últimos 6 meses)	$\geq 100\%$
Ratio Deuda/patrimonio	Pasivos Totales/Patrimonio Total	$\leq 0,8$
Informe positivo del auditor/fiscalizador de la obra con respecto a los avances en la construcción del hospital de acuerdo al plan y cronograma previsto		

- 3.23** **Período de ejecución y mecanismo de desembolsos:** El período de ejecución del **componente de financiamiento** es de 30 meses y el período de desembolsos es de 36 meses. Se efectuarán al menos 3 desembolsos cuyos montos se han estimado según el presupuesto detallado de las inversiones a efectuarse y que se encuentra en los archivos técnicos del proyecto. Los tres desembolsos están estimados en US\$208.000, US\$324.000 y US\$268.000, respectivamente. En cuanto a los recursos entregados en el primer desembolso SALUDESA deberá justificar su utilización en los conceptos determinados en el presupuesto y con aplicación de los procedimientos de adquisiciones de bienes y servicios establecidos por el Banco. Una vez aprobada por el Banco la utilización de estos recursos corresponderá la entrega del segundo desembolso. Se aplicará un procedimiento similar para el tercer desembolso y subsiguientes.
- 3.24** El período de ejecución del componente de **Cooperación Técnica** es de 36 meses y el período de desembolsos de 42 meses. Los desembolsos de la Cooperación Técnica estarán condicionados al cumplimiento de los hitos acordados entre SALUDESA y el BID/FOMIN, cuya verificación se hará de acuerdo a los medios acordados. El cumplimiento de los hitos no exime a SALUDESA de la responsabilidad de alcanzar las metas del proyecto. Bajo la modalidad de gestión de proyectos basada en riesgo y desempeño, contra la firma del convenio, designación de representantes autorizados y cumplimiento de otras condiciones acordadas, se desembolsará los recursos requeridos para ejecutar el proyecto hasta el logro del Hito 1 (hasta el 36% de monto de la contribución). El desembolso de los recursos en las sucesivas etapas se hará contra la presentación de la comprobación de cumplimiento del hito, según la planificación anual acordada. La modalidad de revisión de desembolsos se planteará en principio como ex-post, después de cada desembolso. La modalidad y periodicidad de las revisiones podrán ser modificadas por el BID sobre la base de resultados de las revisiones practicadas y/o análisis institucionales posteriores realizados durante la ejecución del proyecto.
- 3.25** **Adquisiciones:** La adquisición de bienes y la contratación de servicios que efectuará SALUDESA, tanto del componente de financiamiento como del componente de asistencia técnica, se llevará a cabo de conformidad con las políticas del BID en la materia (Documentos OP-639, GN 2349-9 y 2350-9 Anexo 4). Antes de iniciar las contrataciones y adquisiciones, SALUDESA someterá a consideración del BID un Plan de Adquisiciones¹⁵, el cual será revisado y actualizado cuando se requiera. Según el análisis institucional, SALUDESA cuenta con una capacidad media para administrar los recursos del financiamiento y de la cooperación técnica, por lo que la revisión de las adquisiciones se realizará de forma ex – ante. La modalidad de revisión podría cambiarse a ex - post sobre la base de los resultados

15

Un borrador del Plan de Adquisiciones consta en los archivos técnicos del proyecto.

de las revisiones practicadas y los análisis institucionales realizados durante la ejecución del proyecto.

J. Informes, Evaluaciones y Auditorías

- 3.26 Indicadores de desempeño:** Para el seguimiento y monitoreo interno de los indicadores primordiales de gestión y desempeño del proyecto, SALUDESA mantendrá una base de datos y un sistema ya sea autónomo o incorporado al sistema informático implementado para el control de las actividades administrativas y operativas del Hospital. Será responsable además de recopilar y analizar la información relevante para el seguimiento de los indicadores de desempeño establecidos en el Marco Lógico del proyecto. SALUDESA y el BID usarán estos indicadores tanto en la gestión como en la supervisión periódica del proyecto. A su vez, estos indicadores, los de gestión y desempeño del Hospital como los establecidos en el Marco Lógico, servirán como parámetros en la evaluación intermedia y final del proyecto. Los indicadores del Marco Lógico podrán ser modificados por acuerdo entre el BID y SALUDESA.
- 3.27 Seguimiento del financiamiento:** Para facilitar el seguimiento del financiamiento reembolsable, SALUDESA y AHD enviarán al BID: (i) anualmente, sus estados financieros auditados; (ii) semestralmente, sus estados financieros firmados por su Contadora y el Representante Legal; y (iii) semestralmente o en la medida que se produzca información sobre cambios relevantes en la institución (por ejemplo, en su Directorio o Gerencia, en su patrimonio, en su financiamiento, etc.).
- 3.28 Informes:** Para el componente de Cooperación Técnica, SALUDESA será responsable de presentar al BID, Informes de Avance del Proyecto (PSR por sus siglas en inglés) dentro de los 30 días siguientes al vencimiento de cada semestre calendario o con mayor frecuencia en las fechas en que el BID determine, informándole a SALUDESA con al menos 60 días de anticipación. Estos informes seguirán un formato previamente acordado con el BID, reportarán el avance en cuanto a la ejecución del proyecto, el nivel de cumplimiento de los hitos, los resultados obtenidos y su contribución al logro de los objetivos del proyecto, en función a lo indicado en el Marco Lógico y a otros instrumentos de planificación operativa. También se reportarán los problemas encontrados durante la ejecución, las soluciones aplicadas e información sobre las actividades previstas para el semestre siguiente, así como los resultados obtenidos sobre la gestión de los riesgos del proyecto. Dentro de los 90 días siguientes al cumplimiento del plazo de ejecución, SALUDESA presentará al BID un Informe Final de Avance del Proyecto (PSR Final) en el que se priorizará la información sobre los resultados e impactos alcanzados, el plan de sostenibilidad del proyecto y las lecciones aprendidas durante su ejecución.
- 3.29** FOMIN/CEC, dentro del BID, asumirá la responsabilidad básica por el seguimiento tanto del componente de financiamiento como del componente de cooperación técnica, utilizando los informes mencionados para verificar el grado de ejecución del proyecto.
- 3.30** SALUDESA velará por que el desarrollo de este proyecto se ajuste a los indicadores de desempeño establecidos en el Marco Lógico y sus anexos. El BID/FOMIN podrá suspender los desembolsos en caso de producirse notorias desviaciones negativas respecto de tales indicadores, y en particular de los cuatro siguientes: (i) número de pacientes atendidos por año; (ii) número de pacientes no asegurados atendidos por año; (iii) % de pacientes atendidos con subsidio; y (iv) % de pacientes que provienen de zonas rurales. Si se detecta que estos indicadores se han deteriorado en forma significativa, SALUDESA dispondrá de 30 días para acordar con el BID/FOMIN las medidas necesarias para mejorar su desempeño. Una vez vencido ese plazo, si la situación no ha mejorado a su satisfacción, el BID/FOMIN podrá suspender o cancelar los desembolsos futuros.
- 3.31 Auditorías:** SALUDESA establecerá y será la responsable de mantener un sólido sistema de control interno, una adecuada contabilidad y finanzas así como también un apropiado sistema de archivo de la

documentación generada en el proyecto, siguiendo lo establecido en las normas y políticas del BID/FOMIN. SALUDESA preparará anualmente sus estados financieros así como los estados financieros del proyecto, tanto del componente del financiamiento como de la cooperación técnica. La auditoría de los estados financieros institucionales de SALUDESA, del préstamo del Banco y de los estados financieros del proyecto, se realizará anualmente, mientras que se efectuará una sola auditoría a los estados financieros finales de la cooperación técnica.

3.32 SALUDESA contratará auditores independientes aceptables al Banco para llevar a cabo tanto la auditoría de los estados financieros institucionales como de los estados financieros del Proyecto, así como para la auditoría a los estados financieros finales de la cooperación técnica. El costo de esta contratación se financiará con los recursos presupuestados en la Cooperación Técnica y se llevará a cabo observando los procedimientos del Banco.

3.33 Evaluación. El proyecto contempla la ejecución de dos evaluaciones realizadas por un consultor individual seleccionado y contratado por la Representación del BID en Ecuador con recursos de la cooperación técnica. La evaluación intermedia se ejecutará a los 18 meses desde la suscripción del convenio o cuando se haya desembolsado el 50% de los recursos previstos para el componente de Financiamiento, lo que ocurra primero. La evaluación intermedia medirá entre otros, los siguientes aspectos: (i) el grado de avance de las actividades y resultados del proyecto, frente al cronograma y presupuesto planificados; (ii) el nivel de consecución de los resultados e impactos previstos en el proyecto en respuesta a los problemas identificados originalmente y que justificaron su diseño y aprobación; (iii) los avances logrados en la mejora del acceso y en la calidad de los servicios médicos provistos por el Hospital Hesburgh; (iv) el grado de cumplimiento de los indicadores de gestión y desempeño del proyecto, incluyendo los aspectos sociales y de medio ambiente; (v) el desempeño alcanzado en la mitigación de los riesgos del proyecto; y, (vi) las lecciones aprendidas y recomendaciones para mejorar la ejecución del proyecto. La evaluación final se llevará a cabo al cumplir 33 meses desde la suscripción del Convenio. La evaluación final medirá y documentará, adicionalmente a los temas indicados para la primera evaluación: (i) los efectos e impactos alcanzados por el proyecto en el grupo meta para el cual fue dirigido; (ii) los resultados e impactos alcanzados y que se relacionan con el propósito y el fin del proyecto; (iii) la sostenibilidad del proyecto; y (iv) las lecciones aprendidas durante la ejecución.

3.34 El BID revisará los resultados y recomendaciones que consten en los PSR y los informes de evaluación con el propósito de acordar con SALUDESA las actividades conducentes a la implementación de las recomendaciones. Con este propósito semestralmente, SALUDESA y MIF/CEC llevarán a cabo reuniones de seguimiento del progreso alcanzado en las que se revisará el cumplimiento de los indicadores de gestión y desempeño frente al Plan Operativo Anual acordado. En el caso de que se encuentren deficiencias significativas en la ejecución del proyecto, el BID tomará las medidas que crea conveniente, pudiendo suspender los desembolsos si fuese necesario.

K. Riesgos del proyecto y sus mitigantes

3.35 El proyecto enfrenta tres riesgos principales. **Riesgo 1:** Riesgo de insuficiente financiamiento por la reducción de las donaciones de terceros a AHD. **Mitigantes:** Posibles mitigantes incluyen: (a) El Directorio de AHD realizaría aportes adicionales o obtendría un préstamo adicional para cubrir cualquier déficit en el financiamiento requerido; (b) SALUDESA podría reducir la dimensión de las adecuaciones y construcciones para así reducir los costos de inversión; (c) SALUDESA podría vender otros activos (terreno/edificio en Pedro Vicente Maldonado) para generar ingresos adicionales para cubrir el déficit; y (d) la asignación de recursos para la difusión y promoción de las actividades del hospital y para la provisión de información requerida por los donantes, creará un ambiente de

transparencia y de rendición de cuentas apropiado para la consecución de los recursos provistos por donaciones, de manera suficiente y oportuna. **Riesgo 2:** Riesgo de inseguridad en la zona del hospital que podría resultar en robos de equipos o asaltos al personal, entre otros. **Mitigantes:** (i) SALUDESA ha incluido en el diseño de los planos del hospital medidas que impiden el acceso de personas ajenas a las zonas críticas del hospital y la designación de un cuarto de pánico; y (ii) SALUDESA instalará un sistema de alarma en todo el perímetro y áreas internas del hospital y contratará servicios de guardianía (seguridad) para el hospital durante los 24 horas, para vigilar tanto el personal como los pacientes. **Riesgo 3:** Puesto que los dos líderes de AHD y SALUDESA (el Presidente Dr. David Gaus, y el Vicepresidente Dr. Diego Herrera) son los visionarios, ejecutivos y gerentes de toda la actividad de AHD, SALUDESA y sus hospitales en el Ecuador, existe el riesgo de dependencia en estas personas claves. **Mitigantes:** Los líderes de AHD/SALUDESA en el Ecuador han iniciado un plan de sucesión, en el cual están entrenando personal clave en Pedro Vicente Maldonado en las estrategias y planes operativos de SALUDESA, y empezando a delegar ciertas responsabilidades de la gerencia y liderazgo de la entidad. Por otro lado, para proteger la situación financiera de SALUDESA y sus hospitales contra la posible defunción de uno de estos líderes, AHD ha comprado seguro de vida para ambos, la cual tiene un valor de más de US\$1 millón cada uno.

L. Excepciones a la política del Banco

3.36 Ninguna.