

# **Tres estrategias para promover el sostenimiento de las clínicas de CEMOPLAF en Ecuador**

John H. Bratt<sup>1</sup>  
James Foreit<sup>2</sup>  
Teresa de Vargas<sup>3</sup>

1. Family Health International (FHI).
2. Population Council.
3. Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF).

**EL POPULATION COUNCIL** busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo, y ayudar a alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales; realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad en investigación en países menos desarrollados. El Council es una organización no lucrativa que fue fundada en 1952. Se dedica a la investigación y está dirigida por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas en regiones y países, entre ellas la Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Las direcciones de estas oficinas son:

Population Council  
One Dag Hammarskjold Plaza  
Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.  
Tel.: (212) 339-0500  
Fax: (212) 755-6052  
Correo electrónico: [pubinfo@popcouncil.org](mailto:pubinfo@popcouncil.org)  
<http://www.popcouncil.org>

Population Council  
Oficina Regional para América Latina y el Caribe  
Escondida 110 Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.  
Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;  
Correo electrónico: [inopalmx@mpsnet.com.mx](mailto:inopalmx@mpsnet.com.mx)

Esta publicación fue financiada por el Proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con la Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Traducido y reimpresso con permiso del Population Council de *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 1 (marzo 1998): pp. 58-68.

Traducción al español: Miriam Martínez  
Responsable de la publicación: Silvia Llaguno  
Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.  
©1998 Population Council/INOPAL III

Cualquier parte de este documento podrá reproducirse sin permiso de los autores, siempre y cuando se reconozca la fuente y la información no se utilice con fines de lucro. Agradeceremos cualquier comentario o sugerencia de los lectores. Para solicitar más copias de este documento, materiales de difusión o requerir más información, por favor solicitarla a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

**Tres estrategias para promover  
el sostenimiento de las clínicas  
de CEMOPLAF en Ecuador**

## **Resumen**

La tendencia persistente a reducir donativos y recursos para América Latina pone en peligro el sostenimiento de organizaciones no gubernamentales enfocadas a la planificación familiar en la región. Los administradores pueden mejorar el sostenimiento mediante el control de costos, recuperación de costos y generación de ingresos. Los proyectos de INOPAL II e INOPAL III del *Population Council* y la organización *Family Health International* asesoraron a CEMOPLAF, organización privada ecuatoriana de voluntarios, para realizar operaciones de investigación en cada una de esas áreas. Los estudios incluyeron un análisis de reducción de costos a partir de normas DIU modificadas (control de costos), un estudio sobre la capacidad de pago que demostró utilidades potenciales basadas en un incremento en los precios de los servicios de salud reproductiva (recuperación de costos), y un estudio de factibilidad para calcular el ingreso por servicios de ultrasonido (generación de ingresos). Los resultados sugirieron que cualquier intervención tendrá probablemente un efecto limitado y que los administradores necesitarán llevar a cabo varias iniciativas de manera simultánea para obtener progresos significativos hacia el sostenimiento. (Studies in Family Planning 1998; 29, 1: 58-68)

## Introducción

Los costos para hacer frente a la demanda de servicios de planificación familiar en países en vías de desarrollo han sido un foco de atención considerable en años recientes (Janowitz, 1993; UNFPA, 1995). Los recortes de fondos públicos para los servicios de salud, aunados a donativos estancados o restringidos, han dado como resultado una reducción de los recursos necesarios para financiar la planificación familiar. Esta “brecha de financiamiento” ha creado preocupación respecto al sostenimiento de los programas de planificación familiar, en particular de los operados por organizaciones no gubernamentales (ONGs) (Foreit y Levine, 1994; Options Project, 1993; Haaga y Tsui, 1995).

Aun cuando la mayoría de los donantes y las organizaciones que reciben donativos están de acuerdo en que el *sostenimiento* es un tema importante, no existe un acuerdo general en la definición de dicho término. En la literatura sobre desarrollo, se define el sostenimiento de manera muy amplia o muy estrecha, dependiendo de los objetivos del autor para su análisis. Por ejemplo, un estudio describe la expresión, en términos generales, como la habilidad que posee una organización para alcanzar sus objetivos, su compromiso de planeación estratégica y el desarrollo de una base de financiamiento (Wolff *et al.*, 1991); Haws *et al.* (1992), en cambio, dan una definición más estrecha que enfatiza el autofinanciamiento. Por su parte, Williams (1993) se centra en la habilidad que poseen las organizaciones no gubernamentales para reemplazar el financiamiento proveniente de un donante importante. Jensen (1991) señala que el sostenimiento depende en gran medida de la disposición de los clientes para sufragar productos y servicios y, por esta razón, su definición menosprecia la importancia de un programa de ingresos para cubrir costos corrientes. Un reporte elaborado por el equipo del proyecto Options (1993: 2) propone un concepto más amplio de *sostenimiento*, y lo define como la capacidad para “proporcionar a clientes actuales y potenciales la información y servicios necesarios para obtener los beneficios de la planificación familiar, de manera continua y sin ayuda externa”. Según esta definición, los programas sostenibles deben poseer una capacidad administrativa que sea efectiva y sensible al cambio y asegurar que los servicios y actividades de apoyo cuenten con recursos suficientes para operar a largo plazo. La premisa de que los programas operan “sin ayuda externa” implica claramente la autosuficiencia; sin embargo, los autores reconocen que la independencia total es una meta que pocos programas alcanzan. Su intención,

más bien, es crear un alto estándar que los programas puedan utilizar para medir su progreso hacia una mayor autonomía financiera y administrativa. Actualmente, diversas organizaciones no gubernamentales de planificación familiar en América Latina hacen un esfuerzo para no depender tanto de los donativos. Hasta finales de los años ochenta, el éxito de las ONGs se evaluaba en la medida de su efectividad para proporcionar anticonceptivos modernos a parejas de bajos recursos. Estos servicios, en gran parte subsidiados o gratuitos, y que cuentan con un enorme financiamiento mediante donativos, contribuyeron a crear una cultura administrativa que toleraba prácticas ineficientes. Sin embargo, los recientes acontecimientos en la región cuestionan fuertemente los elevados financiamientos por donativos para ONGs. América Latina se encuentra a la cabeza de los países en vías de desarrollo en cuanto a logros relacionados con la prevalencia de los anticonceptivos y la reducción de la fecundidad. En muchos de ellos, las secretarías o ministerios de salud han reemplazado a las ONGs como fuente primaria de servicios de planificación familiar para mujeres de bajos recursos. Generalmente, los anticonceptivos orales y los condones se encuentran disponibles a precios subsidiados en farmacias y otras tiendas del sector comercial. Debido a que los servicios de planificación familiar por parte de ONGs se ha debilitado en algunos países, también los donativos han sufrido una caída. Durante el periodo 1988-1993, el flujo de recursos hacia América Latina descendió y las ONGs recibieron una pequeña parte de esos financiamientos (UNFPA, 1994). Las fuentes por donativos para asistencia poblacional tuvieron un incremento en 1994; sin embargo, no resulta claro si este incremento señalaba un cambio de rumbo de la tendencia previa a la baja, o si se trataba solamente de una anomalía.

En respuesta a las reducciones actuales o previstas de subsidios de donantes internacionales, diversas ONGs en América Latina y en otros países están buscando maneras de mejorar su condición financiera. La mayoría de las intervenciones tendientes al sostenimiento se clasifican en tres categorías: control de costos, recuperación de costos y generación de ingresos (conocido como “diversificación”). Las estrategias de control de costos buscan mejorar la situación financiera mediante un mejor uso de los recursos. Los programas pueden utilizar técnicas como la investigación operativa y el análisis de costo-efectividad para identificar y proponer alternativas de solución a situaciones en las que los recursos no se utilizan en su totalidad (Creese y Parker, 1992). Este tipo de intervenciones puede tener un gran potencial de reducción de costos, pero generalmente es muy

difícil implementarlas debido a una oposición interna al cambio. La recuperación de costos y el cargo por servicios es una práctica cada vez más común en los programas para mejorar la situación financiera, sin embargo, también es muy controvertida, ya que existe la preocupación de que el uso de anticonceptivos se reduzca o de que se niegue el acceso a los servicios o a los clientes de bajos recursos (UNFPA, 1995). La generación de ingresos busca identificar los nichos de mercado que puede explotar un programa a fin de generar ganancias por la venta de productos o servicios, como las pruebas de Papanicolaou, ultrasonido y análisis de laboratorio (Castro *et al.*, 1991).

A pesar de que algunas ONGs han puesto a prueba estas prácticas, otras no lo han intentado por temor a obtener resultados potencialmente negativos, como la pérdida de clientes de bajos recursos o el desgaste de la misión social de la institución. Los responsables de los programas deben evaluar este tipo de intervenciones potenciales, tanto en términos de su contribución al sostenimiento financiero como en términos de los posibles efectos (positivos y negativos) para tener acceso a una atención de calidad. Este documento analiza los resultados de tres investigaciones operativas (IO) relacionadas con proyectos de sostenimiento para mostrar cómo éstas permiten a los administradores predecir los efectos financieros y programáticos de intervenciones de sostenimiento. Los tres estudios tienen la ventaja adicional de haber sido realizados simultáneamente, en la misma ONG, hecho que permite una comparación más directa de las intervenciones y evita la necesidad de corregir las diferencias en el contexto del programa (economías locales, condiciones del mercado y magnitud y estructura de los programas).

## **Contexto del programa**

En los últimos 15 años, Ecuador ha registrado aumentos acelerados en la prevalencia del uso de anticonceptivos, de 34% en mujeres casadas en 1979 pasó a 57% en 1994. La combinación de métodos en 1994 hacía énfasis en la esterilización femenina (35% del uso total del método), el dispositivo intrauterino (DIU) (21%) y anticonceptivos orales (18%). El resto utilizó principalmente métodos de barrera y tradicionales. Las mujeres a quienes se practicó la esterilización, dependen principalmente de los servicios provenientes del sector público, mientras que el sector privado, incluyendo organizaciones privadas de voluntarios (OPVs) y establecimientos comerciales, es el principal proveedor del resto de los métodos (CEPPR y CDC, 1995).

El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) es una organización de voluntarios, privada, con sede en Quito, Ecuador. CEMOPLAF opera 20 clínicas de planificación familiar y salud reproductiva en todo el país, así como laboratorios, minifarmacias y distribución en comunidades, así como programas de mercadeo social. Los métodos anticonceptivos que se ofrecen incluyen DIUs, anticonceptivos orales, inyectables, óvulos vaginales, condones, esterilización masculina y femenina, así como información sobre el método de lactancia amenorrea (MELA). CEMOPLAF es uno de los proveedores principales de DIUs en áreas urbanas de la sierra (la región central montañosa de Ecuador). Otros servicios de salud reproductiva incluyen detección y tratamiento contra el cáncer cervicouterino y enfermedades de transmisión sexual (ETS), pruebas de embarazo, ultrasonido, tratamiento ginecológico de rutina, cuidado pre y post-natal, promoción de la lactancia materna, servicios pediátricos y medicina general. En 1995, las clínicas reportaron aproximadamente 167,000 clientes, de los cuales 86,000 acudieron para obtener asesoría de planificación familiar, mientras que 81,000 asistieron por otros motivos. Las clínicas de CEMOPLAF atienden principalmente a mujeres de clase trabajadora urbana, quienes aparentemente poseen una mejor situación socioeconómica respecto de las mujeres que reciben atención por parte de instituciones del sector público (Janowitz y Bixby, 1990).

El sostenimiento financiero siempre ha sido una de las principales preocupaciones de CEMOPLAF, por lo que esta organización ha realizado progresos sustanciales para dejar de depender de los donantes. Hasta hace poco, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)/Ecuador proporcionó gran parte del financiamiento para compras capitales, administración central y gastos de operación clínica. Sin embargo, USAID gradualmente redujo la asistencia a CEMOPLAF y después de 1999, proporcionará únicamente apoyo limitado en productos y asistencia técnica. En respuesta a estos cambios, CEMOPLAF elaboró una estrategia de sostenimiento centrada en el incremento de ingresos institucionales. Desde 1991, la agencia realizó estudios con el fin de evaluar diferentes intervenciones para mejorar el sostenimiento financiero. Con la asistencia técnica del proyecto INOPAL II del Population Council y de Family Health International (FHI), CEMOPLAF calculó un ahorro en los costos a partir de un cambio en las normas médicas (control de costos), la evaluación de los clientes para pagar por la atención de servicios de salud reproductiva (recuperación de costos) y ganancias proyectadas a partir de la expansión de servicios de ultrasonido (generación de ingresos).

## **Estudio 1: Efectos de los cambios en las normas de revisión de DIUs**

El seguimiento de clientes está considerado como elemento esencial de la calidad de atención (Bruce, 1990). Sin embargo, en el caso de los DIU, no existe un consenso claro sobre el número y periodicidad de visitas rutinarias de seguimiento necesarias para detectar y resolver problemas relacionados con este método (Janowitz *et al.*, 1994). CEMOPLAF, así como otros proveedores de servicios de planificación familiar en los países en desarrollo, han recomendado tradicionalmente a las mujeres que utilizan el DIU por primera vez que realicen cuatro visitas de seguimiento al año. Los administradores de CEMOPLAF reconocieron que las normas de revisión implican costos tanto para clientes como para la institución: los primeros gastan dinero y tiempo a fin de cumplir con la norma de las cuatro revisiones, mientras que el gran número de revisiones de DIU (74% de todas las visitas en 1990) generaron un sobrecupo de clientes y retrasos en los servicios. Además, la norma de cuatro visitas proporcionó un nivel de seguridad desconocido para las mujeres que utilizaron DIU. Por ello, los administradores de CEMOPLAF decidieron llevar a cabo un estudio para evaluar el efecto de normas de seguimiento de DIUs menos rigurosas, tanto en el programa y en los costos para clientes como en la detección de problemas relacionados con el DIU (Foreit *et al.*, 1998).

### *Métodos*

El estudio utilizó un modelo analítico con base en la teoría de detección de señales (Coombs *et al.*, 1970). La técnica emplea una tabla dual que relaciona la probabilidad de que una usuaria de DIU presente problemas médicos con la probabilidad de que ésta acuda a una revisión. El modelo asume la probabilidad subyacente de que un problema relacionado con el DIU sea constante, pero los programas, a su vez, pueden influir en la probabilidad de las revisiones mediante normas de revisión. La probabilidad de realizar una revisión está condicionada por los “resultados” (costos y beneficios percibidos desde la perspectiva de la cliente y del programa) de cuatro posibles resultados: 1) la cliente presenta un problema y visita la clínica; 2) presenta un problema y no visita la clínica; 3) no presenta problemas y visita la clínica y 4) no presenta problemas y no visita la clínica. Desde la perspectiva de CEMOPLAF, los resultados 1) y 4) benefician a

clientes y al programa, mientras que 2) y 3) no son deseables; el resultado 2) no logra detectar problemas relacionados con este método, y el 3) impone costos innecesarios para el programa y para las clientes.

El estudio utiliza datos provenientes de distintas fuentes. Las tasas de revisiones para mujeres con DIU se calcularon con base en historias clínicas. Las entrevistas con 4,985 mujeres con DIUs que regresaron para seguimiento proporcionaron información sobre las tasas de mujeres con problemas relacionados con dicho método durante el primer año. La probabilidad de hacer una visita sin una cita de rutina se obtuvo mediante la entrevista con la usuaria. Los problemas (leves o serios) relacionados con el DIU que se detectaron en las revisiones de seguimiento, se documentaron gracias a que los médicos llenaron una forma en cada visita. Las clientes fueron clasificadas como mujeres con problemas serios de salud relacionados con el método cuando presentaban una probable enfermedad inflamatoria pélvica EIP, sospecha de embarazo o expulsión del DIU. Los costos estimados tanto para las clientes como para CEMOPLAF se basaron en los expedientes contables y datos obtenidos durante la entrevista. Estos datos se utilizaron para hacer una comparación entre una norma de cuatro revisiones con dos esquemas alternativos de revisión: una norma de una visita rutinaria, con revisiones opcionales para mujeres con problemas o dudas; y una norma de todas las visitas opcionales, la cual incrementa el ahorro de costos.

## *Resultados*

Tal como se esperaba, el modelo mostró que la probabilidad de detectar problemas médicos serios se reduce cuando las mujeres realizan menos revisiones de seguimiento. La norma actual de CEMOPLAF detectó la mayor parte de los problemas, y la norma de todas las visitas opcionales identificó menos. Sin embargo, la mayoría de las clientes con problemas señalaron que habrían buscado tratamiento, incluso sin haber tenido una cita. De esta manera, de acuerdo con la tabla 1, la reducción de cuatro a una del número de visitas requeridas de seguimiento dio como resultado 8,300 (36%) visitas menos para seguimiento de DIU, aunque solamente se detectarían 55 casos (7%) menos de problemas médicos severos (con base en aproximadamente 10,000 inserciones de DIU realizadas en 1993 en CEMOPLAF).

Adoptar la norma de todas las visitas opcionales daría como resultado la detección de 26% menos problemas serios, o 150 problemas de este tipo, por cada 10,000 inserciones.

Tabla 1  
Comparación de las tres normas DIU:  
revisiones, problemas relacionados con este método  
y costos por 10,000 inserciones, CEMOPLAF, Ecuador

<i>Norma</i>	<i>Revisiones</i>	<i>Problemas detectados</i>	<i>Resultados</i>		
			<i>Costos anuales (US\$)</i>		
			<i>Agencia</i>	<i>Cliente</i>	<i>Total</i>
4 visitas requeridas	23,100	582	\$28,000	\$64,000	\$92,000
1 visita requerida	14,800	527	\$18,000	\$41,000	\$59,000
Todas las visitas opcionales	8,300	432	\$10,000	\$23,000	\$33,000

El costo neto en CEMOPLAF (costo para la agencia menos la cuota de la cliente) por cada visita de revisión de DIU, se estimó en US\$1.21 dólares, e incluye los costos financieros de materiales y suministros, así como los costos de oportunidad del personal de la clínica, capacidad fija de la clínica (equipo y espacio) y gastos. Los costos por parte de los clientes se estimaron en US\$2.78 dólares por visita, los cuales incluyen pagos en efectivo por transportación, tarifas de la clínica, así como costos de oportunidad por el tiempo empleado en la clínica y en el trayecto a la misma. Como se muestra en la tabla, CEMOPLAF se habría ahorrado aproximadamente US\$10,000 dólares, mientras que las clientes en conjunto se habrían ahorrado US\$23,000 dólares, si se hubiera adoptado la norma de una visita; los ahorros habrían sido aún mayores según la norma de todas las visitas opcionales. Los ahorros se habrían compensado de manera parcial mediante el costo del tratamiento ocasionado por problemas serios relacionados con el DIU y que no se tomaron en cuenta en la nueva norma. Sin embargo, los beneficios, se habrían incrementado ya que muchas más clientes nuevas podrían haber sido atendidas en las clínicas. No se calcularon costos o beneficios adicionales.

## *Cambios de políticas y resultados*

En el primer trimestre de 1993, CEMOPLAF adoptó la norma de una sola visita. El efecto de las pautas de visitas se midió al comparar las estadísticas de servicio de los cuatro trimestres de 1992 con los de 1993. El efecto en el volumen de revisiones fue casi inmediato; aunque el número estimado de inserciones por trimestre se mantuvo durante 1992 y 1993, las revisiones estimadas se redujeron en 29% (de 778 a 553 por clínica) después de cambiar la norma. En términos anuales, las revisiones se redujeron de un total de 62,240 en 1992 a 44,240 en 1993 y a 40,948 en 1994.

El efecto económico de la norma de una sola visita fue menos dramático. Gran parte de la reducción en las visitas de seguimiento se compensaron mediante un incremento de las consultas ginecológicas (véase la tabla 2). Las visitas ginecológicas y las visitas de revisión de DIU se asemejan en contenido y duración, así que los recursos fijos (como personal, equipo e infraestructura) que quedaron disponibles a partir del cambio de la norma, se utilizaron inmediatamente para dar servicio a más clientes.

La sustitución de visitas de revisión por visitas ginecológicas dio como resultado una ganancia financiera, ya que cada visita proporcionaba un margen más alto a CEMOPLAF que las visitas para revisión de DIUs. (El margen se calcula restando los costos variables por unidad del ingreso por unidad.) Por ejemplo, cada visita para revisión de DIU ganaba en ingreso e incurría en \$0.34 en costos variables, reeditando un margen de \$0.36, comparado con un margen de \$0.95 provenientes de las visitas ginecológicas (con un ingreso de \$1.06 y costos variables de \$0.11). Por lo tanto, tal como se muestra en la tabla, la sustitución de visitas ginecológicas por visitas de revisión de DIUs dieron como resultado una ganancia financiera neta de \$9,159.

Los beneficios de esta nueva norma se proporcionaron a la mayoría de las usuarias de DIUs, quienes pudieron evitar los costos asociados con visitas médicas innecesarias. La reducción de 18,000 visitas de revisión entre 1992 y 1993 puede considerarse como una aceptación de las clientes de la norma menos rigurosa para el seguimiento del cuidado del DIU. Si bien el ahorro-cliente estimado en \$2.78 por visita puede parecer insignificante para cualquier tipo de estándar, representa aproximadamente cinco horas de salario mínimo en Ecuador.

La interpretación del efecto de la nueva norma respecto al acceso y calidad de atención depende de la manera en que se evalúen los diferentes resultados. Queda claro que el acceso a las clínicas de

Tabla 2  
Cambios en el margen de ganancia a partir de revisiones de DIU  
y otras consultas no relacionadas con la planificación familiar,  
CEMOPLAF, Ecuador, 1992-1993

<i>Año/tipo de visita</i>	<i>Total de visitas</i>	<i>Margen por visita (US\$)</i>	<i>Margen total (US\$)</i>
1992			
Revisiones de DIU	62,240	0.36	\$22,406
Consultas no relacionadas con la planificación familiar	73,200	0.95	\$69,540
Total	135,440	n.a.	\$91,946
1993			
Revisiones de DIU	44,240	0.36	\$15,926
Consultas no relacionadas con la planificación familiar	89,662	0.95	\$85,179
Total	133,902		\$101,105
Cambio en margen	n.a.	n.a.	\$9,159

n.a. = no aplica.

Nota: el margen se calcula restando costos variables por unidad de la ganancia por unidad.

CEMOPLAF se ha incrementado; haciendo un cálculo conservador, el cambio en las normas dio como resultado una disponibilidad de 1,800 horas de atención (18,000 visitas de revisión de DIU menos, multiplicadas por seis minutos de visita). Este incremento en la disponibilidad no dio como resultado que gran número de personas recurrieran a la planificación familiar, como muchos esperaban. Sin embargo, CEMOPLAF dio servicios ginecológicos a más clientes, lo que mejoró la situación financiera de la agencia, aunque no se alcanzaron los objetivos originales de la misión de CEMOPLAF, es decir, satisfacer las necesidades de anticoncepción de las parejas de bajos recursos.

De la misma manera, el efecto de la nueva norma en la calidad de la atención es ambiguo. La preocupación sobre implicaciones de seguridad en problemas no detectados, debe compensarse con la necesidad de utilizar efectivamente recursos clínicos limitados. Aunque algunos argumentarán que los programas de planificación familiar deberían hacer todo lo posible por detectar y corregir problemas relacionados con los métodos anticonceptivos, dicho enfoque se traduciría en altos costos, inaceptables tanto para los programas como

para los usuarios de los métodos, además de que se desviarían ciertos recursos que podrían utilizarse para dar servicio a más clientes. La adopción de normas menos rígidas sería suficiente para detectar problemas serios, como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Un estudio realizado recientemente en México concluyó que una norma de dos visitas de revisión era tan efectiva como una de cuatro para detectar infecciones del tracto reproductivo, las cuales aparecen comúnmente antes del EIP (Hubacher, 1996). Así pues, a pesar de que la definición sobre un umbral aceptable de problemas no identificados seguirá siendo objeto de debate, los programas buscan ayuda práctica para entender el equilibrio entre acceso, calidad y costos.

## **Estudio 2: Evaluación de la capacidad de pago de las clientes**

Las tarifas cobradas a las clientes son una fuente importante de recursos para CEMOPLAF. En 1993, la agencia utilizó los ingresos por tarifas para financiar 72% de los desembolsos directos del programa, mientras que los donantes extranjeros (principalmente USAID) pagaron por el remanente de los costos directos y los gastos de administración de CEMOPLAF. A pesar de que un aumento de precios podría considerarse como la manera más directa para mejorar el sostenimiento, existen pruebas provenientes de los países en desarrollo que sugieren que el incremento en las tarifas provocaría la reducción en la demanda de servicios (Janowitz y Bratt, 1996). Los intentos de aumentar los precios tendrán éxito únicamente si las clientes están dispuestas y en posibilidad de pagar por servicios de salud relacionados con la planificación familiar. Sin embargo, muy pocos programas reúnen de manera rutinaria este tipo de información. Los administradores de CEMOPLAF evaluaron el *status* económico de sus clientes con el fin de tomar decisiones sobre los precios de productos y servicios (Bratt *et al.*, 1995).

### *Métodos*

Durante marzo y abril de 1994, se llevó a cabo una encuesta entre las clientes de las clínicas de CEMOPLAF. El cuestionario utilizó tres enfoques para evaluar la habilidad de pago. Se preguntó a las clientes sobre su ingreso económico, posesión de bienes durables y con-

sumo de mercancías específicas y servicios que, dentro del contexto ecuatoriano, podrían interpretarse como indicadores de un *status* económico más alto. La posibilidad de pago por servicios existentes se evaluó estableciendo una relación entre tarifas e ingresos de la cliente. Los precios promedio se calcularon con base en un año de utilización del DIU (incluyendo visitas de seguimiento) y en un tratamiento ginecológico típico (incluyendo pruebas de laboratorio). Un indicador de la capacidad de pago se calculó dividiendo este índice de precios entre el ingreso doméstico anual de las clientes. La variabilidad en la capacidad de pago dentro de las clínicas se analizó calculando la relación entre el precio y el ingreso de las usuarias en los percentiles 20, 50 y 80 del ingreso en cada clínica. Para determinar qué clínicas se asemejaban, con base en la capacidad de pago de las clientes, se realizó un análisis jerárquico de grupo. Los datos generados a partir de la encuesta se utilizaron para crear un perfil sumario de la situación económica para cada clínica. Se utilizó el procedimiento CLUSTER (SPSS, 1993) para reunir las clínicas en grupos según las siguientes variables: proporción de clientes que trabajan fuera del hogar, proporción que posee refrigerador, proporción que ha consumido carne al menos dos de los últimos tres días previos al llenado de la encuesta, e ingreso promedio familiar. Estas variables se seleccionaron como indicadores del control de ingreso de las clientes, totalidad de recursos económicos familiares y niveles de ingreso actuales.

## *Resultados*

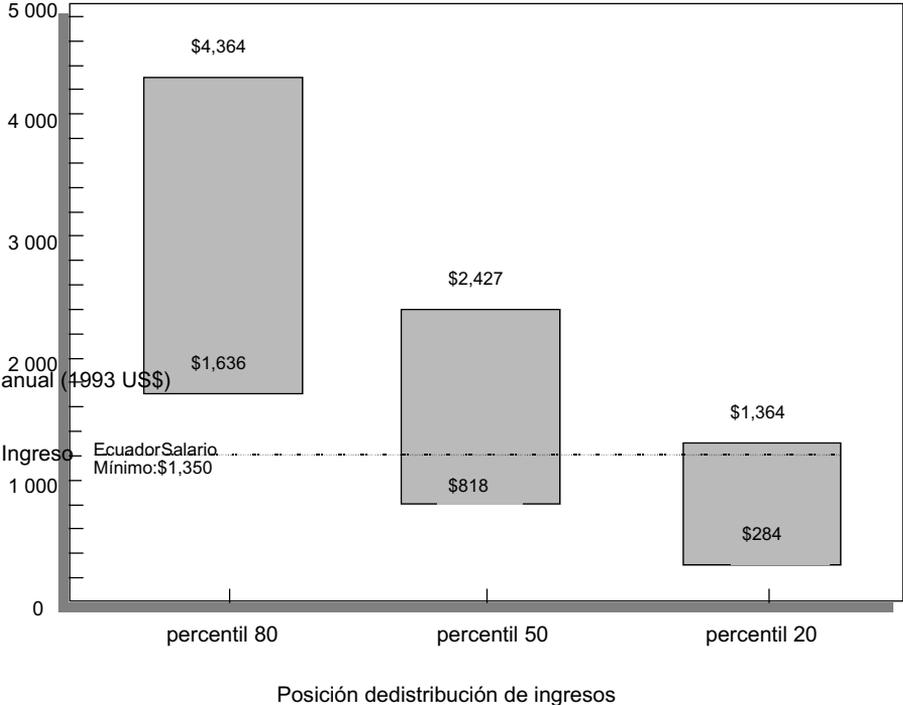
Aunque la misión explícita de CEMOPLAF es dar servicio a personas de bajos recursos (y varios miembros de la agencia creen que las clientes son ante todo mujeres de bajos ingresos), los datos sugieren que muchas de las clientes de CEMOPLAF presentan condiciones económicas relativamente buenas. Su nivel escolar promedio generalmente fue de secundaria, sin embargo, 35% había terminado la secundaria o asistido a la universidad o una escuela técnica. El 40% era propietaria de sus casas y 45% tenía refrigerador. Casi una tercera parte de las clientes con hijos en edad escolar señalaron haberlos inscrito en escuelas privadas y más de 70% de las clientes señaló haber consumido carne por lo menos dos de los tres días antes de la entrevista.

Los gastos asociados a estos patrones de consumo sugieren un nivel económico elevado. Por ejemplo, el pago de cuotas en escue-

las privadas varía considerablemente, dependiendo del lugar donde éstas se localicen así como del tipo de escuela. Sin embargo, como dato aproximado, el equipo directivo de CEMOPLAF estimó que los costos anuales van de US\$600 a US\$2,400 dólares por estudiante (de Vargas, 1994). De la misma manera, el gasto anual representativo por concepto de carne en un hogar promedio, como el que utiliza los servicios de CEMOPLAF (4.2 personas), sería aproximadamente de US\$300 (Pinto, 1994).

El ingreso promedio en todas las clientes en la encuesta fue de aproximadamente 4 millones de sucres anuales, o alrededor de US \$2,000 en promedio, con base en tasas de cambio de 1994. La gráfica 1 muestra la diversidad del ingreso en los hogares de las clientes. Cada barra representa la gama de promedios en las clínicas

Gráfica 1  
 Variación del ingreso anual de las clientes de las clínicas de CEMOPLAF, según puntos de selección de distribución de ingreso, Ecuador, 1994



en un punto específico de la distribución del ingreso. Por ejemplo, la primera barra muestra que para las clientes en el percentil 80 de la distribución del ingreso en las clínicas, el ingreso anual del hogar fluctuó de un nivel bajo US (\$1,636) a un nivel alto US (\$4,364). La misma información se presentó respecto a clientes con ingresos medios (la barra del percentil 50) y clientes con ingresos bajos (la barra del percentil 20).

Para las tres barras, la tendencia central (tal como se calculó en la mediana) es más cercana en la parte baja del rango.

Para tener una perspectiva de los ingresos, el gobierno de Ecuador ha establecido un salario mínimo individual de aproximadamente US\$1,000 anuales, el cual se considera representativo del umbral de pobreza. En la gráfica 1, la línea punteada representa el salario mínimo para un hogar, dado que 35% de los hogares que utilizan los servicios de CEMOPLAF tienen dos personas que perciben ingresos. La mayoría de las clientes en el percentil 50, y todas las del 80 se encuentran sobre dicha línea.

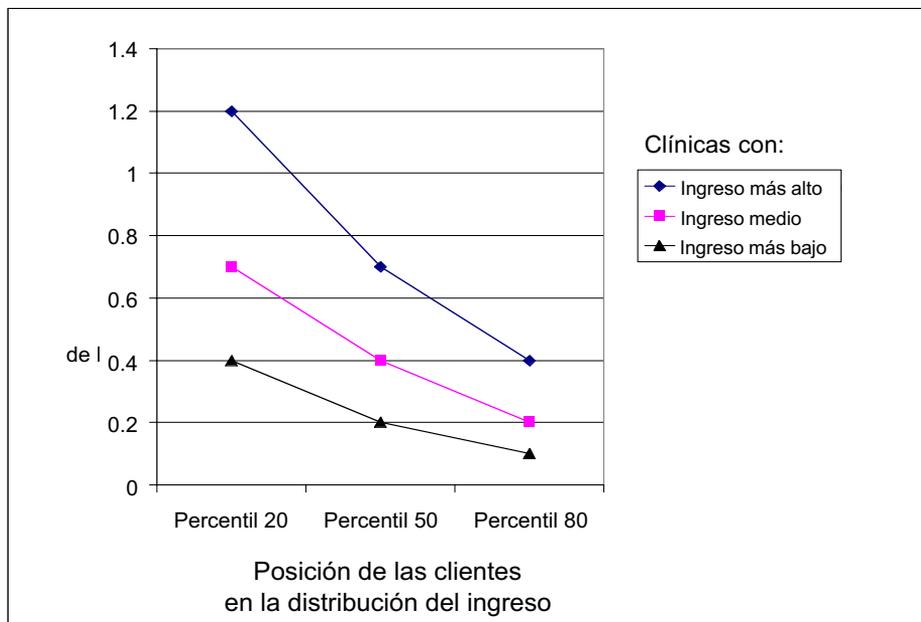
### *Capacidad para pagar las cuotas de CEMOPLAF*

La capacidad para pagar las cuotas de CEMOPLAF se evalúa de dos maneras: en relación con las cuotas cobradas por otros proveedores de servicios de las clínicas y en relación con los ingresos de las clientes. La cuota mediana por concepto de inserción de DIU en todas las clínicas era de \$4, mientras que la cuota mediana por utilización anual de DIU o por un tratamiento ginecológico fue de \$6.<sup>1</sup> Los precios por este tipo de servicios en el sector privado son mucho más altos. Según los resultados de una encuesta telefónica de proveedores de servicios privados realizada en julio de 1994 en Quito, los precios por inserciones de DIU y visitas ginecológicas fluctuó entre US\$10 y US\$25 (Ayabaca, 1994). Si bien, estos precios definen los toques más altos del rango de precios en todo el país (pues reflejan las condiciones del mercado en la capital de Ecuador), los precios de CEMOPLAF son claramente mucho más bajos que los precios promedio en el sector privado.

La información sobre la relación entre los ingresos de las clientes y los precios de CEMOPLAF se presenta en la gráfica 2. Las tres líneas corresponden a tres clínicas: la línea superior representa la clínica con la mediana más baja de ingresos por cliente; la línea de en medio representa la clínica en el punto medio de la distribución de ingreso por cliente (esto es, la media de la media); la línea inferior

Gráfica 2

Porcentaje de ingreso anual requerido para tener acceso a los servicios en CEMOPLAF, por nivel de afluencia de clínica y posición de las clientes en la distribución del ingreso, Ecuador.



representa la clínica en la que el ingreso medio de las clientes es el más alto. Los puntos de cada línea muestran la proporción del ingreso anual de las clientes necesario para sufragar un año de servicios en los diversos puntos en la distribución de ingreso. Por ejemplo, el punto en la parte superior izquierda muestra que las clientes con un ingreso relativamente bajo, y que utilizan la clínica con el nivel más bajo de ingreso por cliente, pagarían 1.2% de su ingreso anual por servicios. Tal como se esperaba, los servicios consumen una parte relativamente más grande del ingreso del cliente en clínicas más pobres (línea superior) y en los puntos más bajos de la distribución del ingreso (esto es, el percentil 20).

El hallazgo clave en esta gráfica es que para casi todas las clientes, los servicios de CEMOPLAF consumen menos de 1% anual del ingreso del hogar. Sólo las clientes más pobres, en las clínicas con menos ingresos, pagarían más de 1% o tal vez un poco más. La mayoría de ellas pagan 0.5% del ingreso anual o menos.

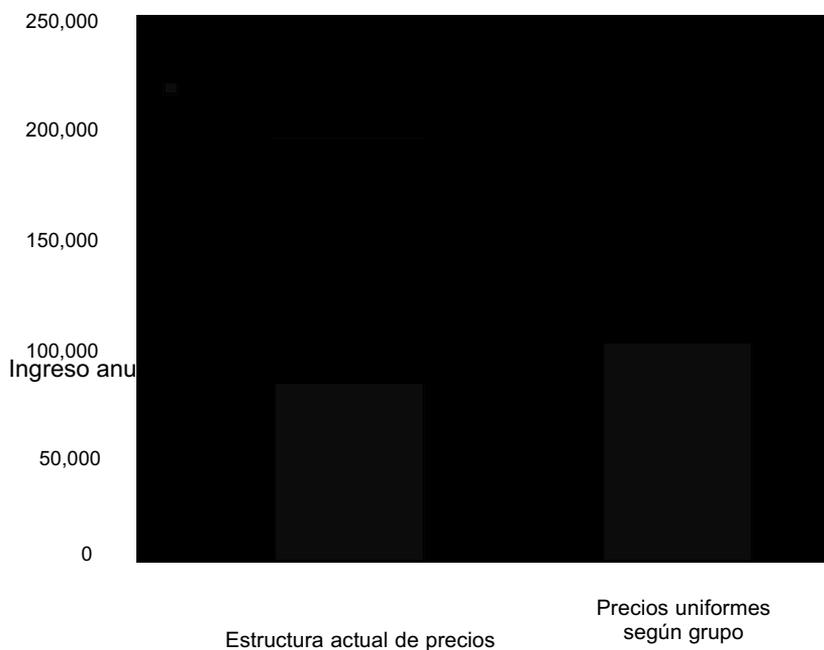
El análisis de jerarquía de grupos se tradujo en tres grupos de clínicas. Una en Quito, la única en su grupo, tuvo los valores más altos en las cuatro variables utilizadas para formar los grupos de clínicas. En el otro extremo, tres clínicas de pequeños poblados se encontraban muy cerca o en la parte baja de la distribución para las cuatro variables. Las 16 restantes formaron un grupo intermedio. Aunque éstas dan servicio a una clientela muy homogénea, en relación a las cuatro variables utilizadas para formar los grupos, las tarifas que cobran tienen variantes. Por ejemplo, los precios promedio por servicios de planificación familiar fluctuaron de US\$1.21 a US\$2.00 (una diferencia de 65%), mientras que el precio promedio por servicios distintos a los de planificación familiar fluctuaron de US\$1.50 a US\$2.33 (una diferencia de 55%). Irónicamente, una de las clínicas dentro del grupo de *status* más bajo, cobraba las cuotas más altas por servicios distintos a los de planificación familiar. Tales variantes tuvieron lugar debido a que la filosofía administrativa de CEMOPLAF apoya a la toma de decisiones locales en lo que se refiere a fijar precios por los servicios.

### *Cambio de políticas y resultados*

Los resultados y recomendaciones se presentaron a los directores de las clínicas de CEMOPLAF y al equipo directivo de los mismos, durante un seminario realizado en abril de 1994. En medio de amplias conclusiones, se llegó al consenso de que los precios eran demasiado bajos en la mayoría de las clínicas, que las variantes de precios entre los grupos deberían reducirse y que los montos deberían incrementarse periódicamente, tal vez tomando como base los aumentos semestrales del salario mínimo. Sin embargo, la toma de decisiones descentralizada de CEMOPLAF deja la implementación de estas políticas a discreción de los directores de cada clínica, muchos de los cuales prefieren hacer énfasis en la productividad del equipo, más que en el sostenimiento financiero. Aunque algunas clínicas ajustaron sus tarifas para apegarse a las recomendaciones del estudio, otras no lo hicieron. Ante la ausencia de datos, se puede utilizar una simulación de ejercicios para calcular el efecto en los ingresos de CEMOPLAF, si las recomendaciones sobre precios hubieran sido totalmente implementadas.

Por ejemplo, la gráfica 3 muestra el efecto financiero de la eliminación de diferencias de precios entre grupos de clínicas, asumiendo que todas las clínicas en cada grupo podrían nivelar los precios tomando

Gráfica 3  
Cambios en los ingresos anuales de las clínicas de CEMOPLAF si se eliminaran las diferencias de precio entre grupos de clínicas, por fuente de ingresos, Ecuador



como base los de la clínica de su grupo que los tenga más altos. Asumir esto no es del todo realista, ya que los incrementos de precios normalmente se asocian con reducciones en la demanda, e incluso si una persona “puede pagar” una cuota más alta provocará que no esté dispuesta a hacerlo. Por lo tanto, esta proyección debe interpretarse como escenario del mejor de los casos. La primera barra muestra las ganancias generadas por servicios de planificación familiar y servicios distintos según la estructura actual de precios. La segunda barra muestra el ingreso que podría generarse si las clínicas formaran tres grupos y cada una de ellas cobrara los mismos precios de la clínica que posea los más altos de su grupo. Si la demanda no sufre modificaciones, las ganancias anuales se incrementarían de US\$195,467 a US\$227,311, es decir, habría un incremento de aproximadamente US\$32,000.

Una de las principales preocupaciones de los gerentes de los programas es que los incrementos de los precios reducirán el acceso a los servicios para clientes de bajos recursos. Es difícil hacer una

predicción sobre el efecto de un incremento en los precios respecto a la demanda total, así como de su efecto en diferentes grupos socioeconómicos. Un verdadero estudio experimental para medir la respuesta de la demanda, frente a diferentes cambios en los precios se está llevando a cabo en CEMOPLAF. Sin embargo, dicho estudio no puede proporcionar una guía a los administradores del programa sobre la manera de identificar a las clientes que requieran un subsidio para iniciar o continuar utilizando los servicios. Es necesaria una investigación adicional para identificar medidas de capacidad de pagos que, eventualmente, se podrían utilizar para proteger a clientes de bajos recursos de los efectos de incrementos de precios indiscriminados.

### **Estudio 3: Estimaciones sobre la rentabilidad de los servicios de ultrasonido**

Desde principios de los años 80, las ONGs de América Latina han experimentado con esquemas de generación de ingresos. En 1992, CEMOPLAF decidió ofrecer servicios de ultrasonido en su clínica piloto en Quito para generar ingresos adicionales. Se eligió el ultrasonido de entre una gama de posibles servicios, ya que la administración consideró que la gran cantidad de clientes que buscan servicios ginecológicos y prenatales le daban a la agencia una ventaja comparativa. Las ganancias provenientes del ultrasonido se utilizaron para subsidiar servicios de planificación familiar. Esta experiencia inicial tuvo éxito y creó las condiciones para ampliar estos servicios a las demás clínicas. Sin embargo, CEMOPLAF decidió evaluar las capacidades y el mercado potencial de cada clínica, así como estimar la rentabilidad del servicio antes de adquirir equipo costoso (Bratt *et al.*, 1994).

#### *Métodos*

La rentabilidad fue el criterio clave para determinar cuáles serían las clínicas que recibirían ultrasonido, por eso los métodos de estudio se enfocaron al cálculo de costos e ingresos. Los costos para proporcionar servicios de ultrasonido tomaron en cuenta el personal, equipo, entrenamiento, materiales, promoción y mejoramiento de la infraestructura de las clínicas. Esta información se recabó mediante entrevistas estructuradas con los directores de las clínicas y a partir de la

observación de la infraestructura clínica. Las proyecciones de ganancias se basaron en dos factores: 1) demanda estimada para servicios de ultrasonido dentro de la clínica y 2) precios de proveedores que brindarían este servicio. Las estimaciones de la demanda se derivaron de la utilización de datos provenientes de la clínica piloto en Quito. Se consideró que las clientes de servicios ginecológicos y prenatales serían quienes solicitarían este tipo de servicio. La tasa observada para prácticas de ultrasonido por cada 100 visitas ginecológicas y prenatales en la clínica piloto se extrapolaron a otros sitios potenciales. Los precios cobrados por parte de los proveedores se consiguió a través de entrevistas con los directores de las clínicas. Las ganancias y pérdidas anuales se calcularon restando los costos de los ingresos. El equilibrio entre los gastos y los ingresos se determinó al establecer el número de prácticas de ultrasonido necesarias para que cada clínica cubriera la totalidad de sus costos.

## *Resultados*

De las 19 clínicas potenciales de ultrasonido, 12 se eliminaron de inmediato debido a una demanda reducida de este servicio o a la carencia de personal necesario e infraestructura. Los costos de ultrasonido en las siete clínicas restantes se estimaron desde \$10,000 hasta \$22,000 durante el primer año de operación. La diferencia en los costos se debió principalmente a costos más altos de personal y equipo en una clínica, a diferencias en costos variables (que fluctuaron según el número de procedimientos) y a costos de inversión, tales como remodelación y promoción de la clínica.

Durante el primer año completo de operación, las instalaciones de ultrasonido de CEMOPLAF en Quito realizaron 19 ultrasonidos por cada 100 visitas ginecológicas y prenatales. Utilizando este factor para extrapolar la demanda en otras clínicas, se calculó que podrían realizarse 1,000 ultrasonidos más en seis clínicas anualmente. Los precios de los proveedores de este servicio en estos mercados fluctuó entre US\$6.82 y US\$9.09 por procedimiento. Estos precios se multiplicaron por las proyecciones de demanda, para obtener una estimación de ingresos durante el primer año por clínica, los cuales fluctuaron entre US\$7,500 y US\$27,270, la mayor captación prevista para los servicios de ultrasonido existentes en CEMOPLAF.

Cuando se comparó la lista de clínicas con alta demanda con la de clínicas adecuadas, surgió un grupo final de cuatro clínicas en las cuales se generarían ganancias. Con un escenario optimista de au-

mento en la demanda de servicios de ultrasonido de 10% anual (con base en una tasa de crecimiento, anual de 11% de visitas ginecológicas y prenatales durante los últimos cuatro años en CEMOPLAF), se proyectó que dos clínicas llegarían al punto de equilibrio durante el primer año, mientras que seis clínicas serían rentables después de cinco años. Sin embargo, cuando se calcularon las ganancias acumuladas de esos cinco años, se encontró que solamente tres clínicas podrían generar suficientes ingresos para cubrir más que los costos; las ganancias totales en estas tres clínicas alcanzarían \$93,909. Si se utiliza un escenario más conservador de un crecimiento anual de 3% en la demanda de ultrasonido (según incrementos proyectados en la población de mujeres en edad reproductiva en Ecuador), se reducen a \$64,419 las ganancias proyectadas a cinco años en estas clínicas.

### *Políticas de cambio y resultados*

Antes de llevar a cabo este estudio, los administradores de CEMOPLAF habían previsto adquirir 10 aparatos de ultrasonido, es decir, hacer una inversión de por lo menos \$250,000. La decisión respecto dónde colocar estos aparatos habría sido muy difícil, pues en un principio, 19 directores de clínicas querían proporcionar el servicio. Si este estudio no se hubiera llevado a cabo, las políticas internas de la agencia seguramente habrían tenido un papel mucho más importante para definir qué clínicas recibirían los aparatos. Sin embargo, mediante la definición de objetivos y la realización de un estudio de investigación formal y bien documentado para evaluar las alternativas, los administradores de CEMOPLAF se aseguraron de que la rentabilidad potencial decidiría este punto. Finalmente, CEMOPLAF adquirió tres aparatos, se instalaron en las clínicas recomendadas en el estudio y las tres han demostrado ser rentables.

El efecto en cualquiera de los nuevos servicios y en la calidad de la atención y el acceso es difícil de predecir. Una de las razones clave para agregar servicios como el ultrasonido es generar recursos que pueden utilizarse para pagar mejoras en la clínica y también subsidiar los servicios a clientes de bajos recursos.

Se supone que estos resultados estarían encaminados a incrementar la calidad y el acceso. Sin embargo, los planificadores del programa necesitan considerar cuidadosamente el efecto que un nuevo servicio pudiera tener en los ya existentes. La adición de servicios de manera indiscriminada podría, en un momento dado, excluir a los usuarios de servicios importantes y forzar al programa a

Tabla 3  
Impacto financiero anual de tres intervenciones  
sostenibles, Ecuador

<i>Intervención</i>	<i>Ganancias/ ahorro en costos</i>	<i>Incremento del porcentaje en la proporción de recuperación de costos, CEMOPLAF, 1993</i>
Cambios en la norma DIU de revisiones	\$ 9,159	1.1
Estandarización de precios por grupo de clínicas	31,844	3.7
Expansión de servicios de ultrasonido	18,000	2.1
Total	59,003	6.9

Nota: cantidades en US dólares de 1993.

incurrir en costos más altos a largo plazo, ya que las inversiones deben realizarse para incrementar la capacidad fija.

### *Comparación de las tres intervenciones*

Los tres ejemplos analizados en este artículo se tradujeron en una serie de resultados financieros reales y proyectados que se incluyen en la tabla 3. Una sencilla presentación de los resultados en términos de inversión o incremento de porcentajes en los ingresos podría ser engañosa. Por ejemplo, el estudio 2 pronosticaba un incremento de 16% en los ingresos si los grupos de clínicas estandarizaban los precios. Sin embargo, a fin de medir la contribución de cada intervención al sostenimiento de CEMOPLAF, deben presentarse los resultados de las intervenciones en el contexto de los gastos totales anuales, según se muestra en la tercera columna.

En 1993, el ingreso total de CEMOPLAF a partir de todas sus fuentes fue de \$603,100, mientras que el total de gastos fue de \$854,750, dando como resultado una proporción de recuperación de costos de 70.5%. Las cifras en la columna tres muestran el incremento en la proporción de recuperación de costos de cada intervención. Por ejemplo, el cambio de la norma en las visitas de revisión de DIU incrementó la proporción de recuperación de costos a 1.1 puntos porcentuales, o un cambio de 70.5 a 71.6%. El cambio total en la proporción de recuperación de costos de las tres intervenciones es de casi 7 por ciento.

## Discusión

De la misma manera que otras ONG en América Latina, CEMOPLAF ha experimentado con diferentes estrategias para incrementar los ingresos y reducir los costos. La investigación operativa permitió a CEMOPLAF adoptar una norma de seguimiento en la revisión de DIUs que equilibrara el acceso, la calidad de la atención y los costos. La agencia encuestó a las clientes para comprender mejor su mercado y realizar proyecciones de rentabilidad potencial de servicios de ultrasonido para evitar posibles pérdidas financieras. Además de la información generada a través de estos estudios, CEMOPLAF se percató de otros beneficios a partir de su experiencia en investigación operativa: el personal se comprometió a utilizar datos para la toma de decisiones y aprendieron una variedad de prácticas, como análisis de costos, investigación de mercado y pronósticos financieros.

Respecto al éxito de las mismas intervenciones, a pesar de que las tres contribuyeron con recursos adicionales para la institución, ninguna tuvo un efecto considerable en la proporción total de recuperación de costos. De tal suerte que, aun cuando ni CEMOPLAF ni otras instituciones han descubierto aún un método infalible de sostenimiento, el uso de la investigación operativa por parte de la agencia contribuyó a identificar intervenciones que redundan en ganancias financieras netas.

Aun un éxito modesto merece atención, ya que muchos esfuerzos para mejorar la situación financiera de la agencia han tenido menos éxito que los analizados aquí. Algunos han provocado pérdidas financieras (McInerney y De la Quintana, 1994), mientras que otros han requerido más tiempo del previsto para despegar (CEMOPLAF *et al.*, 1996). Una lección importante es que el progreso hacia el sostenimiento requiere de un esfuerzo considerable, ya que en ocasiones el éxito se mide por incrementos menores. La proporción de recuperación de costos de 78% en 1997 de CEMOPLAF refleja años de duro trabajo y dedicación en varios frentes para ser menos dependiente de los donantes. Aunque cualquier intervención puede dar como resultado uno o dos puntos porcentuales en cuanto a la recuperación de costos, la experiencia de CEMOPLAF demuestra que las organizaciones que son persistentes logran progresos sustanciales hacia el sostenimiento a largo plazo.

La experiencia de CEMOPLAF muestra también que las organizaciones con una visión empresarial encontrarán otras formas para cubrir los recortes proyectados al financiamiento de USAID. En años recientes, CEMOPLAF ha asegurado donativos y contratos provenientes

tes de donantes diferentes de USAID, entre los que se encuentran los gobiernos de Bélgica, Canadá, Japón y Holanda, e incluso provenientes de agencias con sede en Estados Unidos, como CARE y World Neighbors. En Ecuador, CEMOPLAF ha recibido apoyo del Rotary International local y negociado acuerdos para proporcionar servicios de atención a la salud para obreros y empleados de invernaderos dedicados a la exportación.

Si es posible que CEMOPLAF sobreviva sin la USAID, ¿cuáles son las perspectivas para otras ONGs de la región? ¿Se puede adoptar el modelo de CEMOPLAF para ayudar a otras agencias a sobrevivir en una etapa de recortes considerables por parte de USAID? Puede haber ciertas consideraciones respecto a la experiencia de CEMOPLAF. Primero, muy pocas instituciones pueden igualar la intención de CEMOPLAF de ser menos dependiente de los donantes, así como la disposición a correr los riesgos inherentes a esa meta. En contraste, muchos líderes de ONGs provienen de una fuerte tradición en América Latina que postula que los servicios de salud gratuitos son un derecho básico de todos los ciudadanos. Esta perspectiva se reforzó durante los años 60 y 70 con políticas de donaciones, que buscaban maximizar la demanda al ofrecer servicios de planificación familiar. Las ONGs se vieron estimuladas a concentrarse principalmente en los resultados, medidos a través de nuevos usuarios o años protección pareja (APP), dejando las preocupaciones financieras a los donantes. Los ejecutivos que durante su carrera se han adherido a una ética de servicio social han tenido dificultades para operar con reducidos financiamientos y han sido menos agresivos al buscar formas financieramente sostenibles.

El tiempo se acaba para las ONGs con financiamientos provenientes de USAID en muchos países latinoamericanos. En años recientes, USAID ha reducido su presencia en la región al concluir sus misiones en Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica y el Caribe angloparlante; terminar con el apoyo a actividades de salud reproductiva en Colombia, y eliminar programas bilaterales en favor de actividades administradas por agencias de cooperación en Brasil, México y Paraguay. Los niveles de financiamiento han tenido grandes fluctuaciones en gran parte debido a la oposición del Congreso de Estados Unidos para los programas internacionales de planificación familiar. En consecuencia, las ONGs que dependen en gran medida del financiamiento de USAID y acaban de empezar a trabajar en el sostenimiento, probablemente no tendrán mucho tiempo para hacer la transición. CEMOPLAF ha evitado este problema, ya que el ideal de la autosuficiencia se ha extendido a todas las actividades desde su

fundación en 1974. De tal suerte que, a diferencia de muchas ONGs, CEMOPLAF no ha tenido que redefinir sus metas para el sostenimiento, proceso que ha creado problemas en muchas otras instituciones.

Otro factor que permite el éxito de CEMOPLAF es la excepcional y estrecha relación con su principal donante USAID/Ecuador. Más que instar a CEMOPLAF a expandir sus años protección pareja o algún otro indicador de resultados, USAID/Ecuador ayudó a CEMOPLAF a enfocarse hacia el sostenimiento al apoyar a la institución con financiamiento sustancial, asistencia técnica directa y acceso a expertos internacionales en investigación operativa y análisis económico aplicado. CEMOPLAF ha disfrutado de una relación inusualmente fuerte con USAID/Ecuador, la cual es notable por su gran nivel de cooperación y respeto mutuo.

Un factor final está relacionado con el deterioro de la economía de Ecuador, la cual irónicamente creó condiciones que impulsaron el éxito de intervenciones de sostenimiento basadas en generación de ingresos. El estudio de "capacidad de pagos" mostró que muchas clientes de CEMOPLAF, lejos de ser pobres, pertenecen a un estrato económico relativamente alto, hecho que reforzó las conclusiones de los análisis de datos de Janowitz y Bixby (1990), a partir del Informe Demográfico y de Salud de Ecuador de 1988. Esta situación puede estar relacionada con los problemas económicos de Ecuador y acompañados de una alta inflación.<sup>2</sup> Debido a que los salarios reales siguen cayendo, las clientes que pertenecían a la clase media probablemente dejen de recurrir al sector privado y busquen los servicios de programas de alta calidad y bajo precio como los de CEMOPLAF. El resultado es que la clientela de CEMOPLAF abarca actualmente a más mujeres con los medios financieros necesarios para pagar precios más altos y para exigir servicios que generen ganancias como el ultrasonido.

Los proveedores no gubernamentales de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en América Latina han entrado en un periodo de consolidación. Desafortunadamente, pocas organizaciones tienen la preparación de CEMOPLAF para alcanzar éxitos en un ambiente de apoyo reducido de donantes. Algunas agencias han desarrollado una visión empresarial, pero carecen del tiempo y las aptitudes necesarias para realizar progresos suficientes hacia el sostenimiento. Otras continúan resistiéndose al imperativo de buscar alternativas diferentes a las de financiamientos por parte de donantes, tal vez debido a que el prospecto de generación de ingresos a partir de los servicios que ofrecen provoca un sentimiento de vergüenza, como si la misión social de una agencia fuese proporcionar todos sus servicios con pérdidas. Las

ONGs que mantengan esta actitud tendrán muchas dificultades para sobrevivir en los años futuros y el ritmo de fracasos de las ONGs en la región aumentará probablemente.

## Notas

<sup>1</sup> El precio por un año de servicios relacionados con DIUs incluye el precio de la visita para su inserción, más el precio de 2.3 visitas de revisión que la cliente promedio realiza durante el primer año de uso. El precio por un año de servicios ginecológicos incluye el precio de 2.4 visitas, más el precio de pruebas de laboratorio solicitado para estas clientes.

<sup>2</sup> Las dos más recientes ediciones del Informe Demográfico y de Salud de Ecuador (IDSE) lo prueban. Los cambios en la variable del índice de riqueza de 1988 a 1994 (véase abajo) muestran que una proporción más grande de usuarias de DIUs que acuden a CEMOPLAF se clasificaron como de “alto nivel de riqueza”, mientras que la proporción de clientes de “bajo nivel de riqueza” decreció (véase abajo). Mientras tanto, la tendencia del país como un todo siguió la dirección opuesta: la proporción de mujeres clasificadas como “alto nivel de riqueza” cayó de 55% en 1988 a 43% en 1994.

### Índice de riqueza de las clientes de CEMOPLAF y de todas las mujeres ecuatorianas, 1989-1994

<i>Categoría de usuario</i>	<i>Índice de riqueza %</i>	
	<i>1988</i>	<i>1994</i>
Usuaris del DIU de CEMOPLAF		
Bajo	11.8	6.5
Medio	49.0	38.4
Alto	39.2	55.1
Usuaris de anticonceptivos orales de CEMOPLAF		
Bajo	20.6	14.1
Medio	55.9	44.7
Alto	23.5	41.2
Todas las consultadas en el informe		
Bajo	19.3	17.2
Medio	25.0	40.9
Alto	55.3	41.9

\* Informe Demográfico y de Salud de Ecuador

## Referencias

1. Ayabaca, Margarita. 1994. *CEMOPLAF nurse/midwife and study coordinator*. Personal communication, 3 June.
2. Bratt, John H., James R. Foreit, Teresa de Vargas y Ernesto Pinto. 1994. "Improving financial sustainability through income generation: An approach for estimating profitability of ultrasound in an Ecuadorian family planning agency." Research Triangle Park, NC: Family Health International. Unpublished.
3. Bratt, John H., James R. Foreit, Teresa de Vargas y Ernesto Pinto. 1995. "An assessment of client 'ability to pay' for reproductive health services provided by an Ecuadorian family planning agency." Research Triangle Park, NC: Family Health International. Unpublished.
4. Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality care: A simple framework." *Studies in Family Planning* 21,2:61-91.
5. Castro, Rodrigo. 1991. "La diversificación es la alternativa financiera de la planificación familiar." *PROFAMILIA* 7,18: 18.
6. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR), Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS) e Institute for Resource Development/Westinghouse. 1988. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Quito, Ecuador: CEPAR, ININMS e IRD/Westinghouse.
7. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable y The Centers for Disease Control (CEPAR y CDC). 1995. *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable.
8. CEMOPLAF, Population Council y Family Health International. 1996. "Investigación Operativa: Generación de Ingresos en Minifarmacias." Unpublished.
9. Coombs, C.H. *et al.* 1970. *Mathematical Psychology: An Elementary Introduction*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
10. Creese, Andrew y David Parker. 1992. *Cost Analysis in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
11. De Vargas, Teresa. 1994. Personal communication, 3 June.
12. Foreit, James R., John H. Bratt, Karen Foreit y Teresa de Vargas. 1998. "Cost control, access and quality of care: The impact of IUD revisit norms in Ecuador." *Journal of Health and Population in Developing Countries*. Forthcoming.
13. Foreit, Karen G. y Ruth E. Levine. 1994. "Cost Recovery and User Fees in Family Planning". *Policy Paper Series* No. 5. Washington, DC: The Futures Group.
14. Haaga, John G. y Amy O. Tsui (eds.) 1995. *Resource Allocation for Family Planning in Developing Countries: Report of a Meeting*. Washington, DC: National Academy Press.

15. Haws, Jeanne, Lynn Bakamjian, Tim Williams y Karen Johnson Lassner. 1992. "Impact of sustainability policies on sterilization services in Latin America." *Studies in Family Planning* 23,2: 85-96.
16. Hubacher, David. 1996. *Assessing the Medical Benefit of Frequent Clinical Contact for IUD Users*. Department of Epidemiology, University of North Carolina at Chapel Hill, Ph.D. dissertation.
17. Janowitz, Barbara. 1993. "Why do projections of the cost of family planning differ so widely?" *Studies in Family Planning* 24,1: 62-65.
18. Janowitz, Barbara y Luis Rosero Bixby. 1990. "Issues on family planning in Ecuador: A report for the USAID mission in Quito." Unpublished.
19. Janowitz, Barbara y John H. Bratt. 1996. "What Do We Really Know About the Impact of Price Changes on Contraceptive Use?" *International Family Planning Perspectives* 22,1: 38-40.
20. Janowitz, Barbara, David Hubacher, Thomas Petrick y Nootan Dighe. 1994. "Should the recommended number of IUD revisits be reduced?" *Studies in Family Planning* 25,6: 362-367.
21. Jensen, E.R. 1991. "Cost-effectiveness and financial sustainability in family planning operations research." In *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better*. Eds. Myrna Seidman and Marjorie C. Horn. New York: Wiley-Liss.
22. McNerney, Mary y Claudia de la Quintana. 1994. *A comparative Study to Improve the Sustainability of a Bolivian Family Planning Provider*. New York: The Population Council.
23. Options Project. 1993. "Sustainability of family planning programs and organizations: Meeting tomorrow's challenges." Paper prepared for USAID/Rabat. Unpublished.
24. Pinto, Ernesto. 1994. Statistician and study coordinator. Personal communications, 10 October.
25. SPSS. 1993. *SPSS Professional Statistics 6.1*. Chicago: SPSS, Inc.
26. United Nations Population Fund (UNFPA). 1994. *Global Population Assistance Report 1994*. New York: UNFPA.
27. United Nations Population Fund (UNFPA). 1995. "Report on Family Planning Programme Sustainability". *Technical Report* No. 26. New York UNFPA.
28. Williams, Timothy. 1993. "Sustainability: What it means and how it affects IPPF grant recipients in Latin America." Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, San Francisco, 24-28 October.
29. Wolf, J.A., L.J. Suttentfield y S.C. Binzen. 1991. *The Family Planning Manager's Handbook*. West Hartford: Kumarian Press.

## **Reconocimientos**

Los fondos y la asistencia técnica fueron proporcionados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y los proyectos INOPAL II e INOPAL III del Population Council. Los autores desean agradecer al personal de CEMOPLAF por su colaboración en la realización de los tres proyectos descritos en este estudio. Karen Foreit contribuyó con un proyecto para medir el impacto de diferentes normas de seguimiento de DIUs. Barbara Janowitz revisó varias etapas del estudio e hizo muchas sugerencias de gran utilidad.

## Otros títulos de la serie

Documento de trabajo núm. 1. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

Documento de trabajo núm. 2. *Educación sobre salud sexual y reproductiva en áreas indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües*

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

Documento de trabajo núm. 3. *Oferta sistemática de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Guatemala*

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 4. *Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima*

Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Rechkemer, María E. Planas, Federico R. León, Rubén Durand, Alicia Calderón

Documento de trabajo núm. 5. *Estrategias de información sobre anticoncepción de emergencia*

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

Documento de trabajo núm. 6. *Encuesta de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre salud reproductiva en seis etnias en México*

Javier Cabral, Ángel Flores, Francisco Huerta, Carmen Baltazar, Fabiola García, Concepción Orozco, Carlos Brambila

Documento de trabajo núm. 7. *Costos de las consultas de atención integral en salud reproductiva en Guatemala*

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 8. *Uso de listados para detectar y referir mujeres a los servicios de salud reproductiva*

Luis Améndola, Delmy Euceda, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Norma Ali

Documento de trabajo núm. 9. *La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva*

Teresa de Vargas, John H. Bratt, Varuni Dayaratna, James R. Foreit, Daniel H. Kress

Documento de trabajo núm. 10. *Estrategias para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva: de la administración de la granja a la administración de la familia*

James Foreit, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Dolores María Valmaña, Judy Canahuati

Documento de trabajo núm. 11. *Sí, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México*

Ana Langer, Cecilia García-Barrios, Angela Heimburger, Lourdes Campero, Olivia Ortiz, Carmen Díaz, Vilma Barahona, Francisca Ramírez, Beatriz Casas, Beverly Winikoff, Karen Stein

Documento de trabajo núm. 12. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*

Federico R. León

Documento de trabajo núm. 13. *Tres estrategias para promover el sostenimiento de las clínicas de CEMOPLAF en Ecuador*

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas

Se terminó de imprimir en  
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.  
Tel.: 515 1657.  
El tiraje consta de 2,200 ejemplares.