

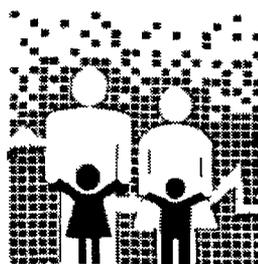
Autosostenimiento Financiero de los Servicios de Salud Reproductiva

Conferencia Regional

**Carlos Brambila
Editor**

Autosostenimiento Financiero de los Servicios de Salud Reproductiva

**Conferencia Regional
Ixtapa, México
Diciembre 1-4, 1997**



US Agency for
International
Development



INOPAL III

Investigación Operativa y Asistencia Técnica en Planificación Familiar y Salud
Reproductiva en América Latina y el Caribe
US Agency for International Development
Contrato CCP-95-C00-00007-00

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 Hammarskjöld Plaza
Nueva York Nueva York 10017, E U A
Tel (212) 339 0500
Fax (212) 755-6052
Correo electrónico 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

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).

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno
Impresión: Solar Servicios Editoriales S A de C V
Tiraje: 1000 ejemplares
©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.

Cita sugerida:
Brambila, Carlos (ed.) 1998. Autosostenimiento Financiero de los Servicios de Salud Reproductiva. Memorias Conferencia regional México. INOPAL III. Population Council.
Temas clave: 1 Salud Reproductiva, 2 Investigación operativa, 3 Sostenimiento financiero, 4 Costos de los servicios de salud reproductiva, 5 América Latina.

CONTENIDO

<i>I Presentación</i>	7
<i>II Introducción</i>	9
<i>III Estrategias de fijación de precios</i>	11
Estudios de capacidad de pago de los clientes reales y potenciales Paolo Marangoni y Agustín Cuesta Blum, APROFE, Ecuador	11
Determinación de precios a partir de costos institucionales Enrique Suárez, FEMAP, México	13
Determinación de precios en función de la competencia La experiencia de MEXFAM en México Bárbara Munguía, MEXFAM, México	14
Elasticidad de precios de los servicios de salud reproductiva Teresa de Vargas, CEMOPLAF, Ecuador	14
Discusión	15
<i>IV Estudios de costos</i>	17
Determinación de costos en APROFE, Ecuador Jenny Duarte, APROFE, Ecuador	17
Estudios de costos en MEXFAM Enrique Gutiérrez, MEXFAM, México	19
Estudio de costos y generación de ingresos en laboratorios de CEMOPLAF Teresa de Vargas, CEMOPLAF, Ecuador	22
Discusión	23
<i>V Estrategias de generación de ingresos</i>	25
Clínicas de servicios médicos Bárbara Munguía, MEXFAM, México	25
Servicios de laboratorio y ultrasonido Teresa Álvarez de Vargas, CEMOPLAF, Ecuador	27
Otras alternativas para disminuir costos y generar ingresos Carmen Acosta de Pozo, CEMOPLAF, Ecuador	30
Farmacias de FEMAP Jesús Servín, FEMAP, México	30

Discusión	31
<i>V Prioridades nacionales</i>	33
Presentación	33
Ecuador y Perú	33
México	34
<i>Anexo I Agenda</i>	39
<i>Anexo II Participantes</i>	43
<i>Índice de cuadros y gráficas</i>	
Cuadro 1 Costo de inserción del DIU como porcentaje del ingreso mensual del hogar Seis clínicas de APROFE, Ecuador, 1997	12
Cuadro 2 Costos de la competencia de la clínica de Guadalajara, MEXFAM, 1996	15
Cuadro 3 Costos por consulta en APROFE, en soles, 1996	19
Gráfica 1 Margen de contribución, MEXFAM, 1997	20
Gráfica 2 Composición de costos de acuerdo al tamaño de las clínicas MEXFAM, México, 1997	22
Cuadro 4 Relación ingresos/gastos anual en 11 clínicas MEXFAM, México, 1997	26
Cuadro 5 Costos, ingresos, excedente y porcentaje de autosuficiencia de 21 laboratorios CEMOPLAF, Ecuador, 1997	28
Cuadro 6 Costos, ingresos, excedente y porcentaje de autosuficiencia de centros multiservicios CEMOPLAF, Ecuador, 1997	29

PRESENTACIÓN

El programa INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe) del Population Council organizó la Conferencia Regional sobre Autosostenimiento Financiero de los Servicios de Salud Reproductiva en América Latina, con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). La Conferencia se llevó a cabo en Ixtapa-Zihuatanejo, en México del 1 al 4 de diciembre de 1997. Asistieron 35 representantes de organizaciones públicas y privadas que trabajan en salud reproductiva, de agencias de cooperación y representantes de la USAID.

Los objetivos de la reunión fueron (1) revisar la contribución e impacto de las investigaciones operativas que INOPAL III apoyó en el período de 1994 a 1997, buscando mejorar el autosostenimiento de programas de salud reproductiva de la región, (2) identificar los principales problemas de investigación en el campo en torno a este tema, y establecer la agenda futura para la región. Confiamos en que la presentación de resultados de los estudios realizados contribuya al debate informado sobre las perspectivas financieras reales de las organizaciones que trabajan en salud reproductiva.

Los grandes temas de la conferencia fueron precios, costos, estrategias de mercadeo, y de generación de ingresos y problemas financieros de la prestación de servicios. Algunos servicios específicos que se discutieron fueron: consultas médicas, análisis de laboratorio, servicios de ultrasonido y clínicas, far-

macias, y sistemas de distribución comunitaria.

Además de las sesiones de inauguración y clausura hubo cuatro sesiones plenarias en las que se presentaron los resultados de las investigaciones, enseguida, grupos de trabajo discutían los temas correspondientes. Se presentaron 13 trabajos de investigación y se realizaron 12 grupos de discusión. En este informe se sintetizan los hallazgos que se consignaron en las ponencias y los temas de discusión.

Las preguntas que los grupos consideraron fueron:

- 1) sobre precios ¿cuáles son las estrategias más adecuadas para fijar los precios de servicios de este tipo?
- 2) sobre costos ¿cuáles son los principales componentes de los costos de servicios de salud reproductiva? ¿cuáles estrategias de reducción de costos han sido efectivas? ¿cuáles estrategias para mejorar la productividad han sido ensayadas y qué efectos han tenido?
- 3) sobre los servicios ¿cuáles servicios de salud reproductiva son rentables? ¿cuál es la experiencia institucional con servicios de ultrasonido, laboratorios, clínicas y farmacias?
- 4) desde una perspectiva metodológica ¿cuáles prácticas son comunes en la región respecto a fijación de precios, determinación de costos y análisis de mercados? ¿cuáles instituciones llevan a cabo estos estudios de manera regular? ¿la información se utiliza efectivamente?

A continuación se documentan los principales resultados de las exposiciones, en cuatro capítulos: el primero, sobre estrategias de fijación de precios y el impacto de la venta de servicios para el autosostenimiento institucional, el segundo, sobre costos de los servicios, usos y problemas técnicos para realizar estudios de costos, el tercero, sobre estrategias alternativas para generar ingresos y proveer servicios como laboratorios, clínicas y farmacias, en el cuarto y último capí-

tulo se presentan las prioridades nacionales para el autosostenimiento financiero, según las opiniones de los participantes. Los capítulos constan de una breve presentación, y de resúmenes de exposiciones y de los argumentos presentados y discutidos en los grupos de trabajo. Los interesados en conocer las presentaciones en detalle las pueden solicitar a las oficinas de INOPAL, en las direcciones que se anotan en la portada de este documento.

INTRODUCCIÓN

En la sesión inaugural se discutió el concepto de autosostenimiento, que se diferencia del de autosuficiencia. El autosostenimiento se refiere a tener fuentes propias para el financiamiento institucional. Las instituciones autosuficientes, en el sentido de ser autocontenidas, no existen. Las instituciones participantes han logrado grandes avances en su autosostenimiento, aunque aún les queda camino por recorrer. Sobre este mismo tema, es necesario tener en cuenta tres principios, mismos que fueron discutidos en la reunión: (a) lograr el autosostenimiento institucional no significa que cada servicio ofrecido produzca ganancias, (b) el autosostenimiento debe lograrse sin sacrificar la misión institucional, y (c) el autosostenimiento requiere de una visión integral, en el sentido de que todas las actividades institucionales se orientan al mismo fin de manera congruente.

INOPAL presentó una retrospectiva de los avances de investigación operativa en el campo desde 1970. Se dijo que han habido tres temas de interés central: (1) estrategias de fijación de precios, (2) estudios y uso de información de costos, (3) costo-efectividad de estrategias de generación de ingresos. Sobre el papel de la investigación operativa para lograr el autosostenimiento, se argumentó que el tipo de investigación operativa que las organizaciones requieren depende del grado de desarrollo institucional que hayan alcanzado.

Las sesiones en las que se presentaron trabajos iniciaron con los de estrategias de fijación de precios. Existen cuatro prácticas comunes para fijar precios: (1) a partir de la

capacidad de pago de los clientes reales o potenciales, (2) a partir de los costos institucionales, (3) con base en precios establecidos por la competencia, o (4) combinando las anteriores. APROFE presentó un ejemplo de la primera estrategia, FEMAP presentó un caso de la segunda estrategia, y MEXFAM ilustró la tercera práctica. En los grupos de trabajo se discutieron las ventajas y desventajas de cada estrategia y se analizó en qué medida la venta de servicios puede ser una fuente de ingresos significativos para las instituciones.

La segunda sesión de presentaciones versó sobre estudios de costos, los cuales son útiles para dar seguimiento y evaluar el desempeño financiero de las unidades de servicio y de las instituciones en general. Los estudios de costos son una herramienta fundamental para fijar precios, determinar fuentes de gastos excesivos y evaluar el desempeño de las unidades de servicio. Para alcanzar el autosostenimiento, es necesario partir de un principio: la productividad y el rendimiento del servicio no se refieren a la productividad por sí misma, sino a la productividad a un costo determinado.

Tres instituciones —APROFE, MEXFAM y CEMOPLAF— presentaron la metodología que utilizan para realizar estudios de costos. El foro fue útil para que especialistas en este tema presentaran y compartieran su experiencia en distintos contextos. En los grupos de discusión se compararon procedimientos y se analizaron ventajas y desventajas de las distintas alternativas. Las presentaciones ofrecieron un panorama completo sobre la dificultad que

implica elaborar estos estudios de costos y la utilidad que reportan a las instituciones

La tercera sesión de presentaciones se dedicó a estrategias de generación de ingresos MEXFAM, CEMOPLAF y FEMAP presentaron su experiencia con estrategias alternativas MEXFAM mostró el desarrollo de nueve clínicas que se añadieron a las dos que existían hasta 1994 Para 1997, nueve de las 11 clínicas eran ya autosostenibles o estaban muy cerca de serlo En cuanto a CEMOPLAF, cuenta con 21 laboratorios y 12 servicios de ecografía en diez provincias del país Los laboratorios se iniciaron como puestos para toma de muestras, y evolucionaron hasta convertirse en laboratorios clínicos completos Para 1997, 18 laboratorios eran completamente autosostenibles CEMOPLAF presentó también su experiencia con otras estrategias alternativas de generación de ingresos FEMAP, por su parte, presentó su plan de establecer 18 farmacias en México como parte de la estrategia de generación de ingresos que realiza Se presentó un plan detallado mostrando todos los elementos que se deben tomar en cuenta para establecer en otros contextos estrategias comparables

Las investigaciones que se presentaron en esta conferencia, muestran avances en el conocimiento de los mecanismos a través de los cuales las instituciones que prestan servicios de salud reproductiva pueden alcanzar el autosostenimiento financiero Existe ahora un mejor conocimiento de las distintas alternativas con que cuentan las instituciones para fijar precios de sus servicios, y una metodología probada para determinar el impacto de los incrementos en los precios en la demanda La conferencia conjuntó una experiencia importante en la realización de estudios de costos Durante los últimos años se han desarrollado metodologías para determinar costos y se ha desarrollado la capacidad institucional para utilizar esta información En la conferencia fue evidente que existe experiencia acumulada en el diseño e implementación de estrategias alternativas de generación de ingresos Las instituciones participantes compartieron recomendaciones sobre actividades a realizar y servicios para ofrecer Se discutieron también problemas nacionales y se identificaron las fortalezas y debilidades de las instituciones privadas

ESTRATEGIAS DE FIJACIÓN DE PRECIOS

¿Cómo se fijan los precios de los servicios de salud reproductiva? ¿Cuál es el impacto de los incrementos de precios sobre la demanda? Estas y otras preguntas se analizaron durante las sesiones sobre estrategias de fijación de precios. Se presentaron tres trabajos describiendo estrategias alternativas a través de la capacidad de pago de los clientes, de los costos institucionales y del análisis de precios de la competencia. APROFE presentó su experiencia en el uso de encuestas de voluntad de pago para fijar los precios de sus servicios. FEMAP habló de su política de fijación de precios, que se basa en el conocimiento detallado de sus costos. MEXFAM hizo referencia a la información que han recopilado sobre los precios de sus competidores. A continuación, CEMOPLAF presentó los resultados de una investigación sobre el impacto de incrementos en los precios sobre la demanda. En los grupos de trabajo se discutió el papel de los precios para el autosostenimiento institucional, las ventajas y desventajas de cada estrategia de fijación de precios y el impacto de los precios en el perfil de los clientes.

Un problema común a todas las instituciones que prestan servicios de salud reproductiva es que los precios no corresponden necesariamente a la capacidad de pago de la clientela. APROFE expuso una metodología para minimizar este problema: fijar precios por grupos de clínicas.

Otro problema que comparten las instituciones es cómo fijar márgenes razonables de ganancia considerando los costos institucionales. Al respecto, FEMAP explicó

su política para fijar precios en función de costos y márgenes de ganancia bajos y de grandes volúmenes de servicios.

Para concluir el tema, se habló de otro problema común: cuánto aumentar los precios cuando ello es necesario. Sobre este punto, CEMOPLAF ex-

puso una metodología que permite determinar cuánto puede decaer la demanda con un aumento de precios, la cual puede ser de gran utilidad para aquellas instituciones que requieren ajustar constantemente sus precios.

A continuación se resumen los principales aspectos de las presentaciones y las conclusiones de los grupos de discusión.

ESTUDIOS DE CAPACIDAD DE PAGO DE CLIENTES REALES Y POTENCIALES. Paolo Marangoni y Agustín Cuesta Blum, APROFE, Ecuador

El estudio sobre capacidad de pago de los clientes de APROFE buscaba evaluar la situación económica de los usuarios de sus clínicas, y evaluar si las clientes tenían capacidad para pagar incrementos en los precios. Durante cuatro semanas, el estudio aplicó un cuestionario a 400 usuarios de las varias clínicas de APROFE. Se determinó la capaci-

Existen cuatro estrategias para fijar precios: (1) a partir de la capacidad de pago de los clientes, (2) a partir de los costos, (3) con base en precios de la competencia o (4) combinando las anteriores.

dad de pago de los usuarios a través de su poder de compra de bienes durables y de sus hábitos de consumo. Para este efecto, se entrevistó a las clientes de las clínicas respecto a ingresos económicos, la disponibilidad de seguros médicos privados, la asistencia de sus hijos a escuelas privadas, la frecuencia con la que comían carne, si ellas o sus parejas percibían ingresos, tenían un trabajo remunerado, si utilizaban chequeras o tarjetas de crédito, e incluso la frecuencia con la que acudían al salón de belleza.

Los resultados del estudio permitieron estimar la relación entre el precio de los servicios que se ofrecían y los recursos de los que disponían los consumidores para adquirirlos. Los cálculos se hicieron respecto de tres servicios: (a) inserción del DIU, (b) visitas para control del DIU, y (c) tratamiento ginecológico. La relación entre el precio y el poder adquisitivo se obtuvo dividiendo los precios de los servicios entre el ingreso de las clien-

tes, que en tres grupos representaron los percentiles 20, 50 y 80 de la distribución de ingreso de la muestra.

Los resultados de este análisis, que se muestran en el cuadro 1, señalan que el precio de una inserción representa entre el 1 y 11 por ciento del ingreso mensual del segundo grupo de ingreso. En nueve clínicas, la paciente pagaba un promedio que oscilaba entre 5 por ciento o más de su ingreso mensual, por la inserción del DIU y en 17 de las 19 clínicas, el precio era menor a 5 por ciento del ingreso mensual de las usuarias.

Se determinó que las clientes de una de las clínicas (Duale) estaban entre las más pobres de las clínicas de APROFE, en cambio, el precio del equivalente de 6 84 dólares que se cobraba en esta clínica por la inserción del DIU era uno de los más caros. En contraste, los clientes de otra clínica (Solanda) registraban uno de los ingresos más altos en el programa, pero pagaban el segundo precio más

CUADRO 1
COSTO DE INSERCIÓN DEL DIU COMO PORCENTAJE DEL INGRESO
MENSUAL DEL HOGAR SEIS CLÍNICAS DE APROFE, ECUADOR, 1997

Numero de clínica	Clínica	Percentil de la distribución del ingreso		
		20	50	80
1	Piloto Guayaquil	6,52	5,00	3,00
2	Alborada	4,67	2,80	1,40
3	40 y B	8,50	5,67	4,86
4	Mapasingue	3,33	2,86	2,08
5	Milagro	4,82	3,37	2,25
6	Duale	16,66	11,10	6,84

* Se excluyen los resultados de 12 clínicas

bajo (equivalente de 4 11 dólares) por una inserción, lo que representaba, en promedio, solamente 2 por ciento de su ingreso mensual

DETERMINACIÓN DE PRECIOS A PARTIR DE COSTOS INSTITUCIONALES Enrique Suárez, FEMAP, México

En FEMAP, la costumbre institucional era establecer precios para los servicios cuidando que fueran menores que los que tenían en el mismo momento las instituciones competidoras, tomando en cuenta también la inflación e incrementos en los salarios mínimos. Como resultado de esta política, cada vez que FEMAP incrementaba sus precios se presentaba una baja en el volumen de servicios y, en consecuencia, una reducción en sus ingresos. De esta forma el "efecto positivo" del aumento de precios se revertía en menos de seis meses.

Para establecer una política de precios sostenible, FEMAP realizó en 1990 con uno de sus miembros afiliados el primer estudio de costos de los servicios.

Los hallazgos del estudio fueron:

- 1) Algunos servicios tenían grandes márgenes de ganancia (alta rentabilidad)
- 2) El precio al público, aun cuando era menor que los de la competencia, podía ser más bajo sin que ello afectara a la institución
- 3) Había servicios cuyo precio al público

era menor a su costo real, lo cual obedecía a dos razones fundamentales (a) baja productividad, y (b) costos fijos

muy elevados. Por ejemplo, el servicio de ultrasonografía había contratado personal de tiempo completo (costo fijo alto) mientras que el número de estudios que realizaba era muy limitado (de acuerdo al estándar, su productividad era de menos de 25%). En consecuencia, los ingresos que generaba no eran ni siquiera suficientes para cubrir los salarios.

- 4) El volumen afectaba positiva o negativamente el costo de los servicios
- 5) El hecho de que los prestadores de servicios tuvieran un salario predeterminado implicaba que la estructura de costos debía reflejar en el costo del servicio más de 70% como costo fijo, lo cual no era institucionalmente sano, es decir, el gasto del servicio, para fines prácticos, no podía verse afectado por el aumento en el volumen de servicios. Igual le costaba a la institución dar una, tres, seis o diez consultas, o hacer uno, tres o cinco ultrasonidos. En este punto hay que subrayar que aunque el gasto del servicio era el mismo, a mayor volumen de servicios prestados el costo por servicio se reducía.

Es necesario lograr un balance entre la venta de servicios y la misión de las instituciones

A partir de estos hallazgos, FEMAP estableció las siguientes políticas institucionales:

- 1) Los ajustes de precios los debe sustentar un estudio de costos previo
- 2) Se realizarán estudios de costos por lo menos dos veces por año
- 3) Los prestadores de servicio incrementarán sus ingresos mediante un pago extra proveniente de un sistema de comisión por productividad (bonificación por productividad)
- 4) Todo prestador de servicios de nuevo ingreso será contratado bajo el esquema de pago por servicio prestado

A través de estas medidas, FEMAP fue capaz de establecer una política de precios basada en costos reales, sin importar el precio que en el mercado tuvieran los mismos servicios. Esto permitió reducir algunos precios en términos reales, y así incrementar el volumen de servicios prestados. Por ejemplo, el costo para la institución de un estudio de rayos X eran \$55 00 pesos, el precio al que se ofrecía al público era de sólo \$45 00 pesos. La decisión de mantener los precios obedeció a que era muy evidente que la baja productividad del servicio estaba afectando los costos, y que en el momento en que se aumentara el volumen de servicios, los costos se reducirían y se volverían rentables. En la actualidad, estos servicios están entre los más rentables para la institución, representándole una utilidad mensual que sobrepasa 8,000 dólares por mes.

DETERMINACIÓN DE PRECIOS EN FUNCIÓN DE LA COMPETENCIA. LA EXPERIENCIA DE MEXFAM **Bárbara Munguía, MEXFAM, México**

Para ilustrar el uso de los precios de la competencia se debe mencionar el caso de MEXFAM, que con el apoyo de SOMARC e IPPF elaboró estudios de mercadotecnia para establecer diez clínicas. La información que se muestra en el cuadro 2 se recolectó como parte de dichos estudios. Se observan los precios por servicio en las clínicas que se ubican en la zona de influencia de la clínica establecida en Guadalajara.

ELASTICIDAD DE PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA. Teresa de Vargas, CEMOPLAF, Ecuador

Una pregunta central para fijar los precios es ¿hasta qué nivel se pueden incrementar los precios sin afectar la demanda de servicios? Se sabe que un incremento importante en los precios afecta la demanda negativamente, sin embargo, se requiere investigación para determinar empíricamente cómo un incremento porcentual en los precios afecta la demanda de servicios.

La elasticidad de precios se define como el cambio porcentual en la demanda por cada unidad de cambio porcentual de los precios, se interpreta como el porcentaje de reducción en la demanda que podemos esperar por cada incremento porcentual en los precios.

CUADRO 2
COSTOS EN PESOS MEXICANOS DE LA COMPETENCIA
DE LA CLÍNICA DE GUADALAJARA, MEXFAM, 1996

Servicio	MEXFAM	Competencia			
		CLÍNICA 1	CLÍNICA 2	CLÍNICA 3	CLÍNICA 4
Ginecología	60	70	100	50	100
Ultrasonido	80	200	no hay	200	no hay
Papanicolaou	60	subrogan	40	40	subrogan
Pediatría	60	100	100	50	100
Atención al parto	650	700	1000	1300	1500
Medicina general	25	30	20	30	50
Planificación familiar	25	30	20	0	50

A fin de responder a esta cuestión, CEMOPLAF realizó una investigación para determinar experimentalmente la relación entre los incrementos de precios y la demanda de servicios. Quince clínicas divididas en tres grupos de cinco tomaron parte en el estudio. Se determinaron características demográficas de los clientes de las clínicas de CEMOPLAF, y se preguntó a las entrevistadas sobre su disposición para pagar incrementos hipotéticos de precios.

CEMOPLAF encontró que la demanda por tres servicios de salud reproductiva (consultas ginecológicas, re-visitas de DIU y cuidado prenatal) no tiene capacidad de elasticidad. Esto quiere decir que la demanda no decae con incrementos de 40 y aún de 60 por ciento en sus precios. El incremento que se genera en los ingresos, más que compensa la reducción en el número de usuarios.

Este estudio también encontró que las elasticidades estimadas a través de encuestas se relacionan estrechamente con las elasticidades observadas en el experimento, de donde se concluye que las encuestas de voluntad de pago pueden emplearse para predecir lo que los clientes están dispuestos a pagar por los servicios.

Discusión

Los grupos de trabajo discutieron el papel que juegan los precios para el autosostenimiento financiero de las agencias que brindan servicios de salud reproductiva. Al respecto, la opinión general es que no sólo es posible utilizar las ganancias por la venta de servicios para sostener financieramente a las instituciones, sino que es, actualmente, una necesidad.

Usar un “enfoque gerencial” en lugar de una “orientación comercial”

Aunque no existe consenso sobre el porcentaje del gasto institucional que debe ser financiado por la venta de los servicios, las

opiniones coinciden en la importancia de evitar la dependencia financiera de donaciones externas

Los grupos de trabajo discutieron también las posibilidades de una orientación comercial en la venta de servicios, sin que los

programas pierdan su misión social. Al respecto, se recomendó abandonar la “orientación comercial” por el uso de un “enfoque gerencial”, que es compatible con la misión de las asociaciones de servicios en salud reproductiva. Para estos propósitos se requiere de un mayor conocimiento de los sistemas de exoneración de pagos, y de procedimientos para determinar el poder de pago de los clientes. Estos temas son prioritarios para la investigación futura sobre estrategias de fijación de precios y demanda de servicios.

ESTUDIOS DE COSTOS

Durante la segunda sesión de presentaciones se discutió la importancia de realizar estudios de costos para fijar precios y determinar la productividad de los servicios. Se presentaron tres estudios de costos que describían en detalle problemas metodológicos y prácticos. Los grupos de trabajo tuvieron la oportunidad de comparar procedimientos y metodologías, y de compartir experiencias para generar y utilizar información.

Los estudios de costos permiten determinar cuestiones básicas tales como el margen de ganancias de cada servicio, los servicios que es necesario ofrecer para no tener pérdidas, qué tan alejadas están las tendencias históricas de alcanzar el punto donde se pueden obtener ganancias al ofrecer un servicio, cuáles son las fuentes de costos excesivos por servicio en general y para cada clínica o unidad de servicio, cómo se pueden reducir costos excesivos, si existe desperdicio o subutilización de los recursos disponibles.

Respecto de los estudios de costos un problema importante es que existen diversas maneras de llevarlos a cabo. Dependiendo de los procedimientos utilizados, los estudios pueden emplearse para distintos propósitos. Los investigadores que han realizado estudios de costos tuvieron oportunidad durante la conferencia de explicar cómo han realizado sus estudios, y cómo han utilizado la información. Las instituciones que presentaron sus experiencias en este campo fueron APROFE, MEXFAM y CEMOPLAF. Asimismo, a través de comentarios y sugerencias, FEMAP aportó su valiosa experiencia en el uso de estos estudios.

Los grupos de trabajo discutieron los problemas metodológicos y prácticos para realizar estudios de costos.

El conocimiento de los costos es el fundamento de una buena administración

DETERMINACIÓN DE COSTOS EN APROFE, Ecuador. Jenny Duarte, APROFE, Ecuador

APROFE presentó un estudio mediante el cual se determinaron los costos de sus servicios clínicos para determinar políticas de precios. La información se obtuvo de una muestra aleatoria de cuatro clínicas, el estudio se realizó entre los meses de abril y agosto de 1996.

Las áreas identificadas para el estudio fueron las de (a) consejería para clientes, (b) consultorios para exámenes y (c) administración. Se consideraron cinco categorías de recursos utilizados, como sigue: (a) pago a empleados (sueldo y prestaciones), (b) materiales y suministros, (c) bienes de capital (equipos y muebles), (d) infraestructura de la clínica (edificio y servicios), (d) overhead de APROFE.

El costo por visita se calculó como la suma de los siguientes componentes: (a) materiales y suministros, (b) sueldos de empleados, (c) y una proporción de los costos de capital, infraestructura clínica y costos indirectos.

Los sueldos y salarios se calculan de manera integrada, es decir, incluyendo prestaciones, bonos y vacaciones. El consumo de

materiales y suministros por consulta se determinó a través de entrevistas con los prestadores de servicio. Las cantidades estimadas de insumos se multiplican por su correspondiente costo unitario para obtener un costo de materiales. Los anticonceptivos se cotizaron de acuerdo al costo de importación.

APROFE mantiene en cada una de sus clínicas un inventario de todos los rubros de capital. Los distribuidores locales de equipos proporcionaron el precio de los rubros inventariados, se supone que cada uno de ellos tiene una vida útil de entre cinco y diez años. Los rubros de capital se organizaron de acuerdo al centro de costo de cada clínica dentro del estudio, para el cual se calculó la depreciación del equipo y mobiliario que tuviera una vida útil de más de un año. Para calcular la depreciación se estableció un factor de 7 722 para diez años y de 4 329 para cinco años. En cuanto al cálculo del costo de capital anual, se utilizó un porcentaje de descuento de 5 por ciento, como supuesto rendimiento por encima de la inflación. Es importante notar que el uso de un porcentaje bajo de

descuento produce un costo de capital también más bajo. Esto porque se supone que el costo de oportunidad del capital es bajo.

Como parte del estudio de costos se llevó a cabo un análisis de flujo de pacientes¹ (*patient flow analysis*), que permite determinar el tiempo de atención directa de los prestadores de servicios y la duración de las visitas. A partir de estas observaciones, es posible determinar el costo del tiempo que pasa un cliente dentro de cada centro de costos. La duración de la estancia del cliente en cada centro está directamente relacionada con los costos por uso de oficinas, equipo y otros.

Los resultados del cálculo de costos por consulta en APROFE se muestran en el cuadro 3.

En conclusión, los estudios de costos le han permitido a APROFE determinar políticas de precios congruentes con la demanda y con las necesidades institucionales. APROFE es pionera en el uso de estudios de costos para reducir los excesivos o innecesarios, y para optimizar sus políticas de fijación de precios.

¹ El análisis de flujo de pacientes consiste en un seguimiento de los clientes que acuden a la clínica, desde el momento en que llegan a la unidad hasta que se retiran. El procedimiento consiste en anotar el tiempo de ingreso y salida de cada estación de servicio. El seguimiento permite determinar el flujo de tiempos y movimientos de un número selecto de clientes durante su estancia en las clínicas.

CUADRO 3
COSTOS POR CONSULTA EN APROFE, EN SOLES, 1996

Tipo de visita	Composición del costo			Costo Total
	Costo compuesto por visita	Material y medicina	19% Overhead	
Nueva gestágenos	9 586	1.249	1 679	10 514
Control gestágeno	5 337	1 725	1 342	8 403
Nueva Dru	8 495	4 682	2 504	15 680
Control Dru	5 630	461	1 157	7 247
Extracción Dru	5.400	921	1 201	7 522
PAP	6 184	594	1 288	8 066
Prenatal	7 260	352	1.446	9 058
Ginecología	6 375	352	1 278	8 005

ESTUDIOS DE COSTOS EN MEXFAM.
Enrique Gutiérrez, MEXFAM, México

MEXFAM calcula sus costos en función del volumen de ventas de sus servicios, distingue entre costos fijos y variables. Los costos variables difieren según el volumen de servicios vendidos y tienen las siguientes características: (1) se trata siempre de egresos que se pueden ligar a un producto, (2) crecen o decrecen de acuerdo al volumen de ventas, (3) pueden medirse sobre una base unitaria o de períodos.

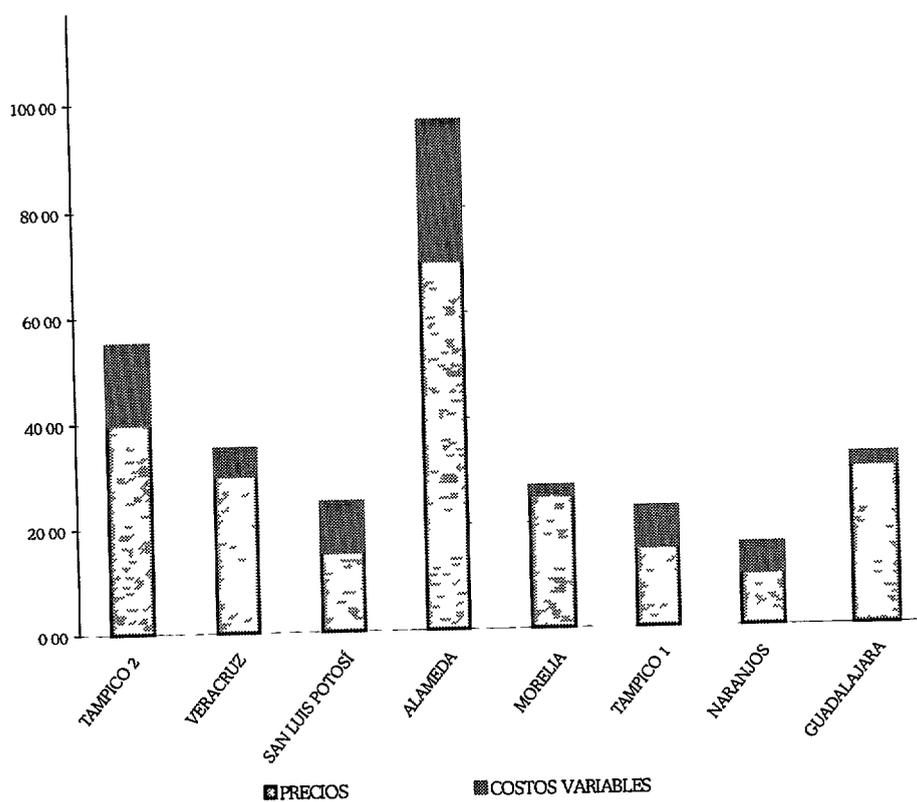
Los costos fijos son aquellos gastos en los que se incurre por el simple hecho de estar en operación, independientemente de la venta de los servicios. Los costos fijos, pueden dividirse en directos e indirectos, los primeros son aquéllos que genera la clínica localmente, y los segundos son los que se generan en las oficinas centrales.

Los costos, una vez clasificados, pueden servir de base para calcular el costo variable de cada uno de los servicios y así obtener la contribución marginal, la cual resulta de restar los costos variables al precio del servicio. Esta diferencia se interpreta como la cantidad de dinero que queda de la venta de cada servicio para cubrir los costos fijos.

La gráfica 1 muestra un ejemplo de la contribución marginal de las consultas de planificación familiar en cada una de las clínicas de MEXFAM. A partir de este análisis se determina si los costos son excesivos o los precios insuficientes. El análisis proporciona a la administración de MEXFAM seguridad para las correspondientes tomas de decisiones financieras y de mercado.

La siguiente pregunta que es necesario responder es ¿la contribución marginal para cubrir la totalidad de los costos fijos de las clínicas es suficiente? Para hacerlo, es nece-

GRÁFICA 1
MARGEN DE CONTRIBUCIÓN, MEXFAM, 1997



sario calcular primero los costos fijos por servicio con este fin MEXFAM decidió hacer una asignación proporcional de ellos según el volumen de servicios por clínica. De esta manera divide el costo fijo total del período entre el número de servicios ofrecidos por cada clínica.

Por ejemplo, si los costos fijos de la clínica de Las Alamedas durante determinado mes fueron de \$21,627 pesos y se vendieron 801 servicios en el mismo lapso, se asignan \$27 pesos de costos fijos directos a cada uno de esos

servicios. Con esta asignación es posible saber si la contribución marginal por servicio es aceptable o no.

La política de MEXFAM es fijar precios en función de los costos calculados y del análisis de precios de la competencia. Se ha establecido la regla de que todos los precios deben proporcionar una contribución marginal de entre 40 y 50 por ciento, lo cual permite cubrir los costos fijos directos. Para ser sostenibles, los precios deben ser inferiores a los de la competencia.

El cálculo de los costos fijos y variables permite determinar el número de servicios que es necesario vender para alcanzar el *punto de equilibrio*, definido como el nivel de ventas que permite *recuperar los costos de la actividad de la clínica en un período determinado*. Se considera que todo lo que ingrese a la clínica después del punto de equilibrio es ganancia bruta que servirá para cubrir los costos fijos indirectos.

Los costos fijos indirectos se calculan tomando en cuenta la totalidad de los gastos que se realizan centralmente y que, de una u otra forma, están relacionados con la operación de la clínica. Los rubros que MEXFAM considera parte del costo fijo indirecto son nómina, depreciación de vehículos, equipo y edificios, almacén, gastos administrativos,

servicios generales, evaluación, supervisión, publicidad y relaciones públicas.

Los costos indirectos se imputan o asignan a cada clínica según la proporción del número de servicios que ofrecen, a la manera como se distribuyeron los costos fijos directos.

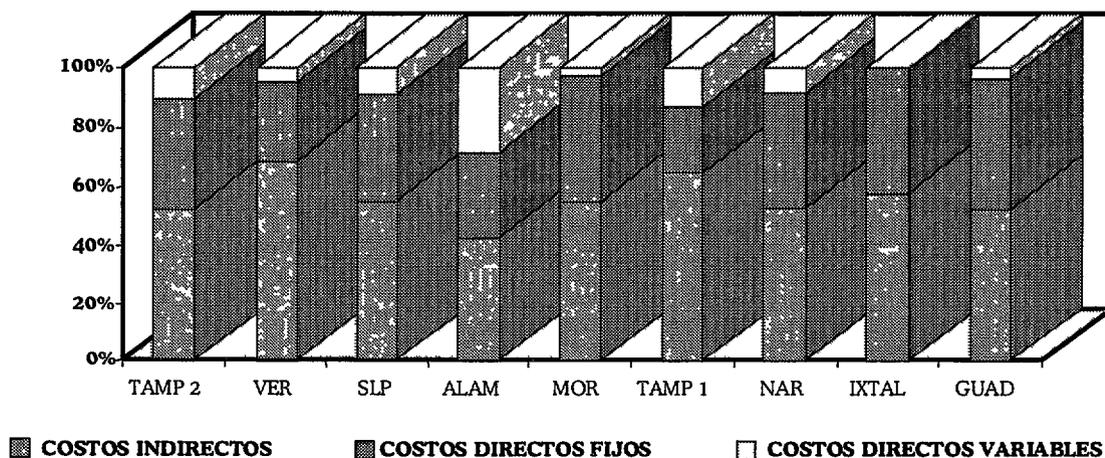
El peso de los dos costos indirectos se reduce cuando aumenta el volumen de servicios ofrecidos.

La gráfica 2 sintetiza los resultados obtenidos en los estudios de costos.

Como podrá observarse, a mayor número de servicios vendidos, menor el costo fijo indirecto que se asigna a cada uno.

En la actualidad, las oficinas centrales de MEXFAM emplean estos cálculos para hacer

**GRÁFICA 2
COMPOSICIÓN DE COSTOS DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LAS CLÍNICAS
MEXFAM, MÉXICO, 1997**



recomendaciones a las administradoras de las clínicas, al mismo tiempo, están trabajando en la automatización del modelo para que los cálculos se elaboren en cada clínica y se pueda descentralizar la interpretación de la información y la toma de decisiones

En conclusión, los estudios de costos han permitido a MEXFAM determinar las ganancias reales por servicio y por clínica, y también entender de mejor manera el funcionamiento de las clínicas determinando cuáles servicios generan ganancias, cuáles requieren de un mayor plazo para ser rentables, e incluso cuáles son insostenibles. Finalmente, los estudios se han utilizado asimismo para programar actividades y establecer mínimos de rendimiento por clínica y por servicio. El siguiente paso es hacer que estas normas se cumplan

ESTUDIO DE COSTOS Y GENERACIÓN DE INGRESOS EN LABORATORIOS DE CEMOPLAF Teresa de Vargas, CEMOPLAF, Ecuador

CEMOPLAF ha establecido laboratorios cuyo propósito es generar ingresos económicos. Con estudios de costos de los análisis de laboratorio se actualizaron y establecieron políticas de precios, se buscó medir los costos de producir cada examen de laboratorio y la rentabilidad de los laboratorios en conjunto. Asimismo, se buscó medir el nivel de desperdicio de reactivos y otros materiales, y evaluar fluctuaciones en el volumen de la demanda.

Para realizar sus estudios de costos,

CEMOPLAF seleccionó por muestreo aleatorio simple a la mitad de sus laboratorios. A través de observaciones en un día de trabajo normal se determinó la proporción de tiempo que el personal de laboratorio invierte en trabajo técnico y administrativo, lo mismo que su tiempo libre. Con los mismos criterios se midió la utilización de reactivos, equipos y materiales, incluyendo cuando menos cinco exámenes del tipo que se realizan con más frecuencia en el laboratorio.

El diseño del formulario para medir el tiempo, las cantidades de reactivos y el tiempo de uso del equipo, fue probado en un laboratorio piloto (centro No 8, en Ibarra), y permitió unificar criterios. Se concluyó que todos los exámenes ocupan tiempos similares para la toma de muestras y su preparación, el análisis y el reporte de resultados.

El formulario de observación cubría los siguientes rubros: (1) tiempo de realización de los exámenes, (2) tiempo de participación del personal de laboratorio, (3) tiempo invertido en trabajo técnico, administrativo y tiempos muertos, (4) tiempo para preparar reactivos, (5) cantidad de reactivos utilizado en cada prueba, (6) equipo empleado en cada prueba, (7) espacio físico utilizado.

A partir de estas observaciones se calcularon los siguientes costos: (1) tiempo de personal, (2) insumos, (3) espacio físico y servicios, (4) uso de equipos, (5) indirectos.

La información de costo de los insumos se obtuvo a partir de facturas de compras. Para los activos fijos se calcularon costos de reposición y depreciación y un tiempo de vida útil de cinco años en promedio. A partir de

las estadísticas de volumen de servicios se calculó un costo fijo atribuible al servicio por uso de equipo, espacio físico y servicios. El costo indirecto se obtuvo del informe de auditoría realizado a la institución, que tiene carácter oficial.

Para calcular los ingresos se utilizaron tres fuentes de información: (a) recibos de cobro a usuarios, (b) consolidado de cobro diario, y (c) comprobante de ingreso mensual.

A partir de este estudio se determinó que todos los laboratorios tienen una utilidad que varía entre 13.4 por ciento y 86.96 por ciento. El componente más significativo de los costos es el consumo de reactivos, que corresponde a 37.7 por ciento. Los gastos de personal representan 26.6 por ciento, y los activos fijos 12 por ciento.

En base a tales resultados, CEMOPLAF concluyó que todos los laboratorios han alcanzado y superado el punto de equilibrio, que existen diferencias en la productividad de los que se analizaron, y también que es necesario ensayar estrategias para incrementar la productividad de algunos de esos laboratorios.

El estudio demostró, además, que el tiempo del personal puede utilizarse más productivamente, y que el tiempo de servicio puede incrementarse por encima del 60 por ciento que fue observado. El incremento de esta productividad puede alcanzarse reduciendo tiempos muertos y ociosos.

Discusión

Las conclusiones de los grupos de trabajo en materia de estudios de costos fueron que los

análisis representan una oportunidad para conocer la realidad económica de los servicios, que entre las principales dificultades para realizar estos estudios están la carencia de una cultura de la información—incluyendo sistemas de información continua— y, hasta años recientes, la falta de interés institucional por los costos.

También concluyeron que, dependiendo del alcance de los estudios, éstos pueden ser útiles para dar seguimiento y evaluar el desempeño financiero de las unidades de servicio o de la institución como un todo. Los estudios de costos son una herramienta para fijar precios, determinar el origen de gastos excesivos y evaluar el desempeño de las unidades de servicio. La importancia de los estudios de costos es mayor si se considera que la productividad de clínicas y prestadores de servicios es una productividad que se logra a un costo determinado. Para saber si la productividad que alcanzan las unidades de servicio y los prestadores es razonable desde un punto de vista económico es necesario determinar los costos.

En cuanto al tema específico de los costos de integrar los servicios de salud reproductiva, se concluyó que ella contribuye a incrementar la calidad del servicio sin aumentar necesariamente los costos. Es posible iniciar la integración de servicios aprovechando la capacidad instalada ociosa de

Los laboratorios pueden apoyar financieramente a la institución y satisfacer una necesidad muy importante entre la población que servimos

los servicios que ya existen. La principal vía para que la integración de los servicios sea una realidad es mediante un diagnóstico de las necesidades de la comunidad, que debe compararse con la capacidad instalada.

Una de las principales prioridades para las instituciones que brindan servicios de salud reproductiva es la identificación de fuen-

tes alternativas para generar ingresos. Durante la década de los noventa, las instituciones de América Latina han innovado el concepto tradicional de servicios de planificación familiar, para identificar oportunidades de mercado que permitan satisfacer necesidades de la población y, al mismo tiempo, generar ingresos para las instituciones.

ESTRATEGIAS DE GENERACIÓN DE INGRESOS

Se requiere creatividad para diseñar nuevas formas de generar ingresos

Los cuatro trabajos sobre estrategias alternativas de generación de ingresos que se presentaron durante la conferencia fueron de experiencias en el establecimiento de clínicas, laboratorios, servicios de ultrasonido y otras alternativas, y mostraron las principales dificultades que se encararon para establecer cada servicio. Los grupos de trabajo correspondientes se dividieron por países y subregiones para discutir en qué medida estos servicios pueden ser una fuente rentable de ingresos para las instituciones que ofrecen servicios de salud reproductiva.

Establecer estrategias innovadoras de generación de ingresos requiere del desarrollo de diversas capacidades institucionales. En primer lugar, es esencial un entendimiento claro tanto de las necesidades de la población como de la capacidad para vigilar permanentemente tales necesidades. Se requiere, además capacidad de planeación y sensibilidad hacia actividades de la competencia, lo mismo que para evaluar financieramente el avance del servicio y evaluar, y en su caso corregir, la operación de los programas. Las tres experiencias de instituciones que han alcanzado el éxito al implantar nuevas estrategias de generación de ingresos se consignan enseguida, más una presentación que estuvo a cargo de FEMAP, con un plan detallado para establecer farmacias, en él se ilustra el nivel de complejidad de los planes para establecer nuevas estrategias de generación de ingresos.

CLÍNICAS DE SERVICIOS MÉDICOS. Bárbara Munguía, MEXFAM, México

Ante la reducción de recursos externos, MEXFAM optó por invertir en una red de clínicas en el territorio nacional. Al inicio del Proyecto de Transición de IPPF, sus clínicas estaban parcialmente subsidiadas con apoyo de donantes. Con el paso del tiempo, este apoyo ha venido disminuyendo de forma paulatina. MEXFAM ha logrado esto a través de diversas estrategias, entre las cuales destacan las siguientes:

- 1) Control de costos
- 2) Establecimiento de marcas o benchmarks
- 3) Detección de servicios "gancho"
- 4) Manejo de paquetes promocionales
- 5) Análisis de tiempos y movimientos
- 6) Desarrollo y aplicación de planes de mercadotecnia

Gracias a las estrategias de generación de ingresos, hoy en día 50 por ciento de las clínicas son capaces de asumir totalmente sus costos de operación, incluyendo su nómina. Una tercera parte de ellas cubre más de 90 por ciento de sus costos y sólo dos de las 12 clínicas cubren menos de 90 por ciento sin bajar 80 por ciento la recuperación de costos.

Cinco clínicas ya han empezado a producir excedentes, los cuales permitirán mantener operando los servicios sociales en sus zonas de influencia. Estos resultados se muestran en el cuadro 4.

CUADRO 4
RELACIÓN INGRESOS/GASTOS ANUAL EN 11 CLÍNICAS
MEXFAM, MÉXICO, 1997

<i>Clínica de Servicios Médicos</i>	<i>Ingresos/ Gastos</i>
Naranjos	120
Nezahualcóyotl	117
Villa	116
Morelia	109
San Luis Potosí	102
Ixtaltepec	99
Guadalajara	99
Alamedas	99
Veracruz	97
Tampico 2	89
Tampico 1	83

Los ingresos de las clínicas se han incrementado de forma consistente. La experiencia ha revelado que los servicios médicos, por ser una necesidad primaria de la población, pueden constituir una fuente estable de ingresos.

Los servicios que las clínicas ofrecen incluyen medicina general, planificación familiar, ultrasonido, colposcopia, laboratorio, ginecología, pediatría, odontología, cirugías, partos y cirugías mayores.

Los servicios que más ingresos generan son (1) ultrasonido, (2) laboratorio, (3) cirugías, partos y hospitalizaciones, (4) consulta ginecológica, (5) consulta general. Los años 1992, 1993 y 1994 fueron de preparación e

inversión, para 1995 se observa ya un balance positivo en algunas clínicas. Un logro muy importante es que para 1997 se había alcanzado un nivel por encima del punto de equilibrio global, con el 104 por ciento de sustentabilidad.

MEXFAM considera que las clínicas han logrado contribuir de manera importante a la generación de sus ingresos, y con ello son menos vulnerables a las fluctuaciones del apoyo de los donantes. Las lecciones aprendidas en este proceso son las siguientes:

- 1) Se requiere de una presencia comunitaria sólida previa a la instalación de una clínica, a fin de identificar las

necesidades de salud de la población y establecer la unidad en base a dichas necesidades

- 2) Es necesario analizar las necesidades de equipo médico con la anticipación debida para evitar inversiones en equipo costoso que no será utilizado, y garantizar que cuando la demanda se genere los recursos necesarios estarán disponibles
- 3) Es conveniente ubicar la clínica en un local que sea propiedad de la institución para evitar inversiones de adaptación y remodelación de inmuebles ajenos, y también para garantizar la permanencia
- 4) Se debe realizar un análisis de la competencia para convertir sus debilidades en oportunidades propias, para fijar precios competitivos y para cubrir la demanda que la competencia no satisface
- 5) Se debe asegurar la capacitación del personal en temas de costos, planes de negocios, y de mercado, calidad de la atención y logística, todo ello para que el personal desarrolle una mentalidad de negocios
- 6) Conviene establecer esquemas de pago a los prestadores de servicio que sean mutuamente aceptable y evitar que el pago de honorarios por servicios se convierta en una de las principales fuentes de egresos
- 7) La calidad del servicio se debe monitorear lo mismo que el perfil de los usuarios, el efecto de las campa-

ñas de promoción, la demanda, los ingresos y los costos

SERVICIOS DE LABORATORIO Y ULTRASONIDO. Teresa Álvarez de Vargas, CEMOPLAF, Ecuador

Desde 1982, CEMOPLAF ha desarrollado diversas estrategias para aumentar la recuperación de costos y mejorar la sustentabilidad de los servicios de planificación familiar. En la Conferencia, CEMOPLAF presentó un balance de su experiencia con laboratorios clínicos y servicios de ultrasonido, y mencionó algunas recomendaciones para instituciones que comparten sus problemas e intereses

1) Laboratorios clínicos

Para CEMOPLAF los laboratorios clínicos tienen tres ventajas (1) generan recursos económicos, (2) ofrecen servicios adicionales que las usuarias requieren y (3) generan demanda por otros servicios de planificación familiar

CEMOPLAF tiene 21 laboratorios ubicados en centros multiservicios, en diez provincias del país. Los laboratorios se iniciaron como puestos de toma de muestras y evolucionaron hasta convertirse en laboratorios clínicos completos

Según los resultados de 1997, que se muestran en el cuadro 5, los laboratorios generaron un ingreso (no ganancias) del equivalente de 650,000 dólares. De este monto,

los exámenes de Papanicolau (PAP) generaron 21 por ciento, los diagnósticos de embarazos 13 por ciento, y otros exámenes 66 por ciento

La relación entre costos, ingresos y márgenes de ganancia se muestra en el mismo cuadro, en donde se observa que los exámenes de PAP produjeron el mayor porcentaje de ganancia, de 33 por ciento, mientras los diagnósticos de embarazo lo hicieron por 5 por ciento

En conjunto, los 21 centros clínicos tienen un costo total del equivalente de \$1'240,027 dólares, e ingresos de \$772,986, dólares lo que representa un porcentaje de autosostenimiento de 62 por ciento. Gracias a la aportación de los laboratorios, el costo total del equivalente de \$1'805,527 dólares incrementándose el ingreso total a 1'422,986 dólares, con ello, el autosostenimiento de los centros clínicos se eleva a 79 por ciento. Estos resultados se pueden observar en el cuadro 6

2) Ultrasonido

En 1992, CEMOPLAF se propuso como parte de su plan estratégico establecer 12 servicios de ecosonografía o ultrasonido. Para este efecto, realizó en 1993 una investigación a fin de determinar la demanda potencial y la viabilidad de proporcionar el equipo necesario a las clínicas que lo ameritaran.

El objetivo de la investigación era seleccionar 12 centros clínicos de entre los 20 que existían, para decidir la ubicación de los equipos de ecosonografía. Con ese propósito se determinó la demanda potencial de ecosonogramas en el área de influencia de los centros clínicos de CEMOPLAF. También se analizó el volumen de servicios y precios de la competencia, y la capacidad de cada centro para prestar el servicio y establecer el costo del entrenamiento, y de los materiales lo mismo que el tiempo de recuperación del precio de los equipos.

**CUADRO 5
COSTOS, INGRESOS, EXCEDENTE Y PORCENTAJE DE AUTOSUFICIENCIA
DE 21 LABORATORIOS CEMOPLAF, ECUADOR, 1997**

<i>Examen</i>	<i>Costo (equivalente en dólares)</i>	<i>Ingreso (equivalente en dólares)</i>	<i>Excedente (equivalente en dólares)</i>	<i>Porcentaje de autosu- ficiencia</i>
PAP	100,000	133,330	33,330	133
Embarazo	82,000	86,170	4,170	105
Otros	383,500	430,500	47,000	112
Total	565,500	650,000	84,500	115

La información se obtuvo a partir de entrevistas hechas a usuarias de los centros y a profesionales vinculados con CEMOPLAF. A las usuarias se les preguntaba sobre la posibilidad de demandar los servicios de ultrasonido y su capacidad de pago por estos servicios. A los profesionales se les preguntaba acerca de la posibilidad de referir pacientes al servicio de ecosonografía, y sobre la frecuencia y volumen de referencias en un período de tiempo determinado.

La investigación permitió identificar que sólo cuatro clínicas tenían posibilidades de ofrecer el servicio de ecosonografía con alguna ganancia, la mayoría requería tener un gran número de referencias extrainstitucionales para obtener una ganancia, pues la demanda de sus clientes regulares era relativamente baja. Esto resaltó la importancia de mejorar la promoción, coordinación y referencia entre los centros clínicos.

Con estos antecedentes, cuatro servicios de ecosonografía comenzaron a operar con

los siguientes resultados. La instalación de los cuatro equipos ascendió al equivalente de \$42,805 dólares, con un ingreso anual del equivalente de \$52,542 dólares, es decir un excedente de \$9,737 dólares, o 122.75 por ciento de autosuficiencia.

El cuadro 6 también muestra la contribución del servicio de ultrasonografía al sostenimiento de los centros clínicos.

3) Conclusiones y recomendaciones

Los resultados anteriores permitieron a CEMOPLAF llegar a las siguientes conclusiones: los laboratorios clínicos y la ecosonografía son muy positivos para los servicios de planificación familiar, no sólo desde el punto de vista de generar utilidades, sino también por los servicios adicionales que se dan a las usuarias, y porque constituyen estrategias para captación de más usuarias. Los laboratorios clínicos son una buena estrategia de

**CUADRO 6
COSTOS, INGRESOS, EXCEDENTE Y PORCENTAJE DE AUTOSUFICIENCIA
DE CENTROS MULTISERVICIOS CEMOPLAF, ECUADOR, 1997**

<i>Centros multiservicios</i>	<i>Costos (equivalente en dólares)</i>	<i>Ingreso (equivalente en dólares)</i>	<i>Excedente (equivalente en dólares)</i>	<i>Porcentaje de autosuficiencia</i>
1 Exclusivamente centros clínicos	1'240,027	772,986	467,041	62
2 Centros clínicos y laboratorios	1'805,527	1'422,986	382,541	79
3 Centros clínicos y laboratorios más ecosonografía	1'848,332	1'475,528	372,804	80

generación de ingresos, siempre y cuando se optimicen todos los recursos existentes, para lo cual debe existir un profesional que supervise y administre sólo los laboratorios

Para que el servicio de ecsonografía se convierta en una estrategia de generación de ingresos aceptable se deben hacer estudios de factibilidad que tomen en cuenta la demanda, la competencia, los precios y la capacidad de pago de las usuarias

Los laboratorios clínicos y la ecsonografía tienen las ventajas de una elevada rentabilidad y la posibilidad de aprovechar a la población cautiva de las clínicas. Ambos servicios requieren de promoción intra y extra-institucional, de la misma forma que se promueven los centros clínicos

OTRAS ALTERNATIVAS PARA DISMINUIR COSTOS Y GENERAR INGRESOS. Carmen Acosta de Pozo, CEMOPLAF, Ecuador

Muchas instituciones orientan sus estrategias de sostenimiento hacia el incremento de ingresos provenientes de la venta de servicios, sin tomar en cuenta que la disminución de costos es un factor muy importante para lograr el balance financiero de la institución. CEMOPLAF ha encontrado que hay empresas privadas que pueden estar interesadas en apoyar campañas de promoción o de información, educación y comunicación, eventos y reuniones. En algunas ocasiones, empresas privadas han apoyado estas estrategias como servicio social, para ellas también resulta

conveniente pues pueden promocionar su imagen

CEMOPLAF también se ha dirigido con éxito al sector privado para ofrecer servicios de capacitación y provisión de servicios de salud reproductiva. Esta estrategia requiere de promoción a nivel de las empresas, de la definición de costos y del establecimiento de sistema de administración del servicio. También es necesario definir e identificar los programas que puedan venderse constituyendo una fuente de financiamiento institucional y para sustituir subsidios a algunos programas

FARMACIAS DE FEMAP. Jesús Servin, FEMAP, México

Dentro de su estrategia corporativa, FEMAP busca establecer una cadena de farmacias con los objetivos y estrategia siguientes

1) Objetivo

Este proyecto busca establecer una cadena de 12 a 46 farmacias, como una sólida y permanente alternativa para la generación de recursos que contribuya al sostenimiento de los programas comunitarios de salud reproductiva y planificación familiar de FEMAP. Para lograr este fin, se requiere establecer farmacias con sentido social que ofrezcan 30 por ciento de descuento en 80 por ciento de los medicamentos de línea, y de 35 a 70 por ciento de descuento en medicamentos genéricos, el arreglo abarcará medicinas, material médico-

quirúrgico, métodos anticonceptivos y otros productos

2) Estrategia

La estrategia de ventas de la cadena de farmacias estará basada en la estrategia general de FEMAP calidad, volumen y precio. Es decir, se busca ofrecer volúmenes importantes de productos de calidad y reconocido prestigio a los precios más bajos posibles.

El plan de mercadeo de las farmacias de FEMAP está orientado a lograr un posicionamiento rápido y una buena participación del mercado, y a que las farmacias se reconozcan como establecimientos que ofrecen descuentos reales y permanentes orientados a satisfacer las necesidades y demandas de la población y a beneficiar la economía familiar.

Precios Se determinarán a partir de la política general de desarrollar estrategias sustentables que faciliten la accesibilidad económica a bienes y servicios a la población objetivo de la institución.

Producto Se buscará que las farmacias se asocien con, y posean, características de amabilidad, atención profesional, esmerada y rápida, un amplio surtido y horario adecuado.

Competencia El mercadeo de farmacias habrá de enfrentarse a una amplia competencia que incluye cadenas farmacéuticas nacionales y regionales, centros comerciales con tiendas-ancla, supermercados con farmacias, clínicas y hospitales con farmacias, y farmacias de barrio. Con excepción de las pequeñas, el resto de estos estableci-

mientos ofrecen a sus clientes descuentos que fluctúan entre 15 y 25 por ciento sobre el precio al público, un descuento que les permite manejar, dependiendo de su eficiencia y control administrativo, utilidades brutas que fluctúan entre 11.5 y 15 por ciento aproximadamente.

Considerando la importante competencia del mercado, la competitividad de la cadena de farmacias deberá estar sustentada en los precios bajos y también en la calidad de atención, en la eficiencia administrativa, y del servicio, en el surtido y el horario y en la capacidad de aceptar vales de despensa y tarjetas de débito y crédito.

FEMAP está ofreciendo asistencia técnica y capacitación a los responsables regionales para (a) seleccionar los puntos de venta, (b) establecer estrategias de promoción, (c) capacitar al personal, (d) desarrollar la planeación, (e) estimular el desarrollo gerencial y (f) mejorar la administración. La capacitación del personal incluye la introducción a los sistemas de administración de farmacias, logística y distribución, y venta, y calendario de compras a proveedores.

Discusión

Según las discusiones de grupo, entre las varias razones para buscar nuevas estrategias de generación de ingresos, se pueden enumerar las siguientes:

- 1) Tendencia decreciente de fondos externos de financiamiento

- 2) Necesidad de ampliar los programas para atender nuevos requerimientos de las comunidades a las que se busca servir
- 3) Nuevas oportunidades de mercado por atender
- 4) Necesidad de optimizar el uso de los recursos humanos y materiales para atender a un creciente número de personas

No existen fórmulas generales para determinar las estrategias de generación de ingresos que pueden tener éxito. Tal cosa depende de los mercados locales, de la competencia de cada institución y de cada clínica, de las necesidades de las poblaciones y aun de su nivel educativo. Para discutir estas cuestiones y las prioridades nacionales en cuanto a la generación de ingresos, se reunieron los participantes por nacionalidades.

PRIORIDADES NACIONALES

PRESENTACIÓN

El éxito de esta estrategia depende de los mercados locales, de la competencia de cada institución y de cada clínica, de las necesidades de las poblaciones y aun de su nivel educativo

Para la última sesión los participantes se reunieron en grupos de países. El primer grupo tuvo a los representantes de Ecuador y Perú, el segundo a los de México, y el tercero a los de Guatemala, Honduras, Nicaragua y Bolivia.

El tema a discutir, considerando las necesidades de los países y las limitaciones económicas de las organizaciones que prestan servicios de salud reproductiva, eran los servicios que pueden representar estrategias viables de ingresos de entre (1) laboratorios, (2) ultrasonido, (3) clínicas, (4) farmacias, (5) materiales educativos, (6) servicios a empresas y (7) otros servicios. Los grupos también iban a cuestionarse en que casos es viable el servicio y en qué casos no lo es. En cuanto a costo-efectividad y costo-beneficio se solicitaba discutir información y ordenarla de acuerdo a prioridades. Asimismo, se debía debatir sobre factores que afectan la viabilidad del servicio y las ventajas y desventajas de las estrategias viables considerando aspectos como los mercados, los costos del servicio, la administración, la instalación, ganancias y utilidades, y otros factores.

Las siguientes son las principales conclusiones de estos grupos de discusión:

ECUADOR-PERÚ

Las organizaciones deben tender a una mayor competitividad, lo cual implica incrementar la presencia en el mercado, mejorar la eficiencia en la administración de los programas, mejorar la calidad en la atención, y precios competitivos. Se señaló que la calidad debe entenderse en todas sus dimensiones y no únicamente desde un punto de vista técnico. Es necesario que las organizaciones conozcan y actúen de acuerdo a la percepción que tienen los usuarios de la calidad de sus servicios.

Sobre los factores que afectan a la competitividad de las instituciones se mencionaron los siguientes aspectos:

- 1) Creciente competitividad. Esta circunstancia hace necesario evaluar constantemente las oportunidades de mercado. Por lo tanto, es conveniente realizar de forma continua estudios de factibilidad de nuevos servicios y procedimientos innovadores para ofrecer los que ya existen, todo ello para satisfacer la demanda.
- 2) Nuevas tecnologías. Los costos operativos de los servicios se han incrementado en forma progresiva. Es necesario utilizar nuevas tecnologías para mejorar la calidad de la atención al menor costo posible.
- 3) Costos de administración. Conviene reducir los costos de administración para que las organizaciones que prestan servicios se vuelvan más competitivas.

- 4) Estudios de factibilidad Los costos de nuevos servicios, por ser generalmente elevados, son un factor que limita la satisfacción de las demandas del mercado Esto confirma que es muy aconsejable hacer estudios de factibilidad antes de establecer nuevos servicios
- 5) Inversión Para establecer nuevos servicios se debe disponer de capital de inversión, lo cual obliga a desarrollar estrategias con miras a obtener nuevas inversiones

Las recomendaciones del grupo fueron

- 1) En el contexto actual, las instituciones que brindan servicios de salud reproductiva deben reevaluar, y probablemente redefinir, su misión
- 2) Las instituciones públicas y privadas deben desarrollar una nueva actitud sobre sus relaciones para aprovechar nuevas oportunidades de colaboración
- 3) Las instituciones deben ofrecer sus servicios de forma coordinada para aprovechar las ventajas comparativas de cada una de ellas Esto reduce la competencia innecesaria y el dispendio de recursos

MÉXICO

Este grupo discutió las premisas fundamentales que deben considerarse al implantar cualquier estrategia de generación de ingresos

en una institución para hacerla auto-financiable Las premisas planteadas fueron

- 1) La sustentabilidad en sí misma no debe constituir el objetivo de la puesta en vigor de estrategias basadas en el suministro de servicios de salud a la comunidad El objetivo principal debe ser, más bien, satisfacer las necesidades de salud de la población dentro de las posibilidades de la institución
- 2) Los funcionarios y empleados de instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud reproductiva y de salud no deben olvidar que tienen una responsabilidad social, y que con este enfoque deben materializar sus estrategias económicas
- 3) Las estrategias de generación de ingresos no pueden ser calificadas de manera general, como viables o no viables, pues lo que puede ser posible para un contexto puede no serlo para otro Es por ello que hay que realizar estudios de factibilidad y costos para conocer la viabilidad en cada circunstancia y que la rentabilidad sea la adecuada sin perder de vista los aspectos que puedan ser concurrentes

Para implantar estrategias viables se deben detectar las necesidades sentidas de la población en primer lugar, para después introducir estrategias que satisfagan aquellas necesidades no sentidas De preferencia, los servicios de salud que se pongan en marcha de-

ben ser en pequeña o mediana escala, aumentándolos progresivamente según las necesidades y la demanda

Los estudios de factibilidad y costos son muy útiles y es preferible que se diseñen, y los realicen, supervisen y financien las mismas instituciones que utilizarán posteriormente la información para tomar decisiones. Para ello, el personal operativo debe estar capacitado y los directivos poseer las habilidades gerenciales que les permitan hacer un uso adecuado de la información

Además se mencionó el costo-efectividad y el costo-beneficio de los problemas que se deben analizar para elegir aquéllos que tienen más impacto sobre la salud de los usuarios

Por mucho tiempo, las empresas destinadas a ofrecer servicios de salud reproductiva fueron subsidiadas, a los directivos no les preocupaba generar ingresos pues recibían de fuentes externas todo aquello que necesitaban. Pero la situación ha cambiado y ahora los subsidios son cada vez más escasos. Los directores de las instituciones deben estar conscientes de la importancia de la autosuficiencia, y de dar un nuevo enfoque a su gerencia, de manera tal que la implantación adecuada de las estrategias de generación de ingresos se agilice

Del mismo modo, se debe tomar en cuenta que las actitudes de los prestadores de servicios influyen de

manera importante sobre la viabilidad y rentabilidad de las estrategias

Los proveedores deben estar conscientes de la misión que están cumpliendo, y deben también conocer la estrategia, al menos de manera global, a fin de que la comprendan, participen en ella y la apoyen (Se habló del ejemplo de MEXFAM. Algunos médicos cuestionan los considerables ingresos de esta agencia producto de un volumen importante de atención a la población. Pero estos médicos no saben o no están conscientes, de que esta vasta atención también origina grandes gastos. El desconocimiento de tales aspectos puede producir resentimientos entre los prestadores y llegar a afectar la calidad de sus servicios.)

Se mencionó también que un servicio que produzca ingresos para permitir programas de salud reproductiva sustentables, debe promocionarse internamente. La promoción externa, que puede hacerse a través de los medios masivos de comunicación, puede considerarse, aunque es bien sabido que es cara y que a veces tiene un impacto menor que la promoción interna. En la promoción debe participar todo el personal de la institución. Esta es otra justificación

La conferencia fue un éxito gracias a las contribuciones de sus participantes

para que la información permee hasta los niveles operativos y no sólo se comparta entre los tomadores de decisiones

Con respecto a la pregunta sobre la rentabilidad de los diferentes servicios de salud, el grupo de México planteó los siguientes puntos

- 4) **Laboratorios** La rentabilidad de estos servicios depende del volumen de pruebas que se realicen. En algunos casos es más rentable que la propia institución haga los estudios, en otros es mejor que laboratorios externos maquilen las pruebas. El monitoreo de la demanda de un servicio puede ayudar a determinar si se pone en marcha o no un servicio de laboratorio o una prueba especial. Si las pruebas las maquilan otros laboratorios, es importante detectar el nivel de calidad y rentabilidad que ofrecen antes de decidir la asignación de un contrato
- 5) **Ultrasonido** Los servicios de ultrasonido también son rentables si el volumen de estudios es alto y si el mantenimiento de los equipos es bueno. Estos servicios se deben ofrecer no sólo a las usuarias de los servicios de salud reproductiva, sino también a otra población que pueda pagar por ellos. Se dijo que al prescribir una prueba de laboratorio o de gabinete no se debe perder de vista el aspecto ético, pues el abuso de la tecnología va en contra de la calidad de la atención, representa aumentos en los beneficios y va en detrimento de la economía de las pacientes, por ello, se deben prescribir sólo los exámenes que son necesarios
- 6) **Clínicas** Para que una clínica se ponga en operación, la presencia en la comunidad debe ser sólida. La rentabilidad de una clínica es un proceso que toma a veces mucho tiempo, pero al paso de los años, la experiencia vuelve eficientes la instalación de las nuevas clínicas y el tiempo para que comiencen a ser rentables disminuye. Un ejemplo es la clínica de MEXFAM en Naranjos, Veracruz, la cual se instaló contando con la experiencia previa del proceso de instalación de otras clínicas. La clínica inició operaciones hace un año aproximadamente y ya es autofinanciable. A partir de esta experiencia, MEXFAM planea instalar otras clínicas en zonas de Michoacán en donde su presencia comunitaria es alta y la necesidad de las clínicas es obvia
- 7) **Farmacias** Estos son servicios menos rentables, aunque su volumen de ventas es alto, y permite ingresos importantes. En México, un problema severo es el alto costo de los medicamentos, lo cual impide que muchos usuarios no puedan costearse los tratamientos prescritos. La instalación de farmacias que ofrezcan precios bajos cumple el objetivo de generar ingresos pero, sobre todo, con la mi-

sión social que atañe a las instituciones que brindan servicios de salud reproductiva

- 8) **Venta de materiales educativos** La venta de estos materiales no es de las estrategias más eficaces para producir ingresos, pues el servicio no se solicita con frecuencia, y es sumamente dependiente de los subsidios de las agencias extranjeras. La actividad es rentable cuando las cantidades de materiales son importantes, entonces los ingresos también lo son. Lo que es cierto es que este tipo de venta proyecta una imagen positiva de la institución, que es buena para la promoción institucional y ayuda al mejoramiento financiero de la institución
- 9) **Servicios a empresas** La experiencia, que se tiene en este campo es la venta de paquetes de atención en salud reproductiva a empresas maquiladoras y fábricas. Se dijo que muchas veces se debe comenzar el ofrecimiento de los servicios con otros como los de diagnóstico de situaciones de conflictos interpersonales, de

identidad de los empleados con la empresa, de un ausentismo injustificado, y demás, pues tales diagnósticos son mejor aceptados por los empresarios dado que están directamente relacionados con la producción. Es posteriormente cuando se puede sensibilizar a los dueños o funcionarios de estas empresas para que adquieran los paquetes de atención a la salud reproductiva, que significarán un beneficio directo e inmediato para las personas que allí laboran, y en el mediano y largo plazo para las mismas empresas

Por último, se planteó que las estrategias de generación de ingresos pueden aplicarse tanto en el sector privado como en el público, siempre y cuando exista la voluntad política para que ello ocurra, junto con la conciencia social y la honestidad por parte de los funcionarios. Un aspecto positivo es que existen antecedentes de colaboración entre los sectores público y privado para poner en vigor estas estrategias, que deben analizarse para reconocer sus alcances y limitaciones

ANEXO I: Agenda

AGENDA		
FECHA/HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
DIA 1 DICIEMBRE 1, 1997		
9 00 17 30	Llegada y registro de los participantes	Silvia Llaguno Claudia Rojas
18 00 18 30	Bienvenida/Inauguración	Jim Foreit Ricardo Vernon
18 30 19 30	Presentación El papel de la investigación operativa en la búsqueda del autosostenimiento financiero Discusión	Presenta Carlos Brambila Comentarista John Bratt
19 30 20 00	Anuncios administrativos	Silvia Llaguno
20 00 20 30	Coctel	Claudia Rojas Hilda Castro
20 30	Cena de bienvenida	Claudia Rojas Hilda Castro
DIA 2 DICIEMBRE 2, 1997		
7 30 8 45	Desayuno buffet	Claudia Rojas Hilda Castro
8 45 9 00	Anuncios administrativos	Silvia Llaguno
9 00 10 45	Sesión plenaria # 1 Estrategias de fijación de precios y generación de ingresos Presentaciones a Elasticidad de precios de los servicios de salud reproductiva <i>Lic Teresa Alvarez de Vargas CEMOPLAF Ecuador</i> b Costos precios y volumen de los servicios de salud reproductiva <i>Dr Enrique Suarez FEMAP Mexico</i> c Costos y precios de los servicios de salud reproductiva <i>Dr Anibal Velasquez INPPARES Peru</i> d La capacidad de pago de las usuarias en los servicios de salud reproductiva de APROFE <i>Dr Paolo Marangoni Abog Agustín Cuesta Ing Jennv Duarte APROFE Ecuador</i>	Moderadora/relatora Varuni Darayatna
10 45 11 00	Discusión	
11 00 11 30	Receso para café	Claudia Rojas Hilda Castro
11 30 12 30	Grupos de trabajo Sesión # 1 Temas de discusión a El impacto de los precios en el volumen de servicios y en el sostenimiento institucional b Políticas de fijación de precios / subsidios c El papel de los precios en el autosostenimiento financiero de las asociaciones de planificación familiar	Moderadores/relatores William Baez Hermann Petersen Humberto Arango

12 30 13 00	Conclusiones de los grupos de trabajo	Moderadores/relatores de grupo (10 min c/u)
13 00 14 00	Comida servida en el hotel	
14 00 16 00	Receso	
16 00 17 30	Sesion plenaria # 2 Costos de ofrecer servicios de salud Presentaciones a Costos e ingresos en laboratorios <i>Dra Margoth Riofrio CEMOPLAF Ecuador</i> b Costos de los servicios clinicos <i>Lic Enrique Gutierrez MEXFAM Mexico</i> c Estudios de costos en los precios de los servicios de salud reproductiva <i>Ing Jenny Duarte APROFE Ecuador</i>	Moderador/relator John Bratt
17 30 18 00	Discusion	
18 00 18 30	Receso para cafe	Claudia Rojas Hilda Castro
18 30 19 30	Grupos de trabajo Sesion # 2 Temas a discutir a Componentes de los costos de los servicios de salud reproductiva b Costos de la integracion de los servicios de salud reproductiva c Como realizar estudios de costos	Moderadores/relatores Ivan Prudencio Pol German Cerrato Enrique Suarez
19 30 20 00	Conclusiones de los grupos de trabajo	Moderadores/relatores de grupo (10 min c/u)
20 00	Cena libre	

DIA 3 DICIEMBRE 3, 1997

7 30 8 45	Desayuno buffet	Claudia Rojas Hilda Castro
8 45 9 00	Anuncios administrativos	Silvia Llaguno
9 00 10 30	Sesion plenaria # 3 La contribucion financiera de servicios especificos de salud reproductiva Presentaciones a Servicios de Laboratorios y Ultrasonido <i>Lic Teresa Alvarez de Vargas CEMOPLAF Ecuador</i> b Clinicas <i>Lic Barbara Mungua MEXFAM Mexico</i> c Farmacias <i>Lic Jesus Servin FEMAP Mexico</i> d Otras alternativas para disminuir costos y generar ingresos <i>Lic Carmen de Pozo CEMOPLAF Ecuador</i>	Moderador/relator David Dobrowolsky
10 30 11 00	Discusion	

11 00 11 30	Receso para cafe	Claudia Rojas Hilda Castro
11 30 12 30	Grupos de trabajo Sesión # 3 Temas a discutir Evaluación de las estrategias de generación de ingresos ¿Cual funciona? ¿Cual no? Grupo 1 Ecuador Grupo 2 Mexico Grupo 3 Peru Grupo 4 Bolivia Guatemala Honduras Nicaragua	Moderadores/relatores Designados por cada grupo
12 30-13 00	Conclusiones de los grupos de trabajo	Moderadores/relatores de grupo (10 min c/u)
13 00 14 00	Comida servida en el hotel	
14 00 16 00	Receso	
16 00 17 30	Sesión plenaria # 4 Costo de los programas de atención postaborto Presentaciones a Estudios de costos en el Hospital Maria Auxiliadora <i>Dr Ovidio Chumbe Hosp Ma Auxiliadora Peru</i> b Costos de los programas de atención postaborto <i>Dr Pedro Mascaro Instituto Materno Infantil Peru</i> c Costos de la atención postaborto en el Hosp Daniel A Carreon <i>Dra Luz Juarez Hospital Daniel A Carreon, Peru</i> e Costo efectividad de la atención postaborto en el Hospital Aurelio Valdivieso Oaxaca, Mexico <i>Dra Cecilia Garcia Population Council Mexico</i>	Moderador/relator Dr Wilfredo Solis
17 30 18 00	Discusión	
18 00 18 30	Receso para cafe	Claudia Rojas Hilda Castro
18 30 19 30	Grupos de trabajo Sesión # 4 Temas a discutir a Costos de los servicios de atención postaborto en hospitales b Costos de los servicios en clínicas c Tema abierto	Moderadores/relatores Julio Cano Cindi Cisek Por determinar
19 30 20 00	Conclusiones de los grupos de trabajo	Moderadores/relatores de grupo (10 min c/u)
20 00	Cena libre	

DIA 4 DICIEMBRE 4, 1997

7 30 8 45	Desayuno buffet	Claudia Rojas Hilda Castro
8 45 9 00	Anuncios administrativos	Silvia Llaguno
9 00 10 30	Resumen de temas selectos de la conferencia y conclusiones	David Dobrowolsky Varuni Darayatna, Humberto Arango Wilfredo Solis Mihira Karra
10 30 11 00	Discusión	
11 00 12 00	Clausura	Jim Forest

ANEXO II: Participantes

Lic Ivan Prudencio Pol
Director Ejecutivo
CIES/Salud sexual y reproductiva
Calle Héroes del Acre # 1778 Esquina Conchitas
Zona San Pedro
Casilla 9935
La Paz, Bolivia
(591 2)36-16 45 / 36 16 68 / 36 16-04
(591-2)36 16 14
prudenci@caoba entelnet bo

Ing Jenny Duarte
Directora del Depto de Finanzas
APROFE
Letamendi 604 y Noguchi PO Box 5954
Casilla 09015954
Guayaquil Ecuador
(593-4)40-08 88
(593-4)41 96-67
duarte@aprofe org ee

Lic Carmen Acosta de Pozo
Jefe de Rel Públicas, Desarrollo de Recursos
CEMOPLAF
Cuero y Caisedo 258 y Av 10 de Agosto
Casilla 17-01 3549
Quito, Ecuador
(593-2)230-519 / 233 712
(593-2)233-713

Dra Margoth Riofno
Directora Centro 8 Ibarra
CEMOPLAF
Cuero y Caisedo 258 y Av 10 de Agosto
Casilla 17-01 3549
Quito, Ecuador
(593-2)230-519 / 233 712
(593 2)233 713

Abog Agustín Cuesta
Director de Evaluación
APROFE
Letamendi 604 y Noguchi
PO Box 5954
Casilla 09015954
Guayaquil, Ecuador
(593-4)40 08 88
(593-4)41-96-67,
cuesta@aprofe org ee

Dr Paolo Marangoni
Director Ejecutivo
APROFE
Letamendi 604 y Noguchi PO Box 5954
Casilla 09015954
Guayaquil, Ecuador
(593 4)40 08 88 / dir 40-29 91
(593-4)41-96-67
duarte@aprofe org ee

Lic Teresa Álvarez de Vargas
Directora Administrativa
CEMOPLAF
Cuero y Caisedo 258 y Av 10 de Agosto
Casilla 17 01 3549
Quito, Ecuador
(593-2)230-519 / 233-712 / 233-710
(593-2)233 713

Dr Mihira Karra
Social Science Research Advisor
AID
9432 colorade Dr
Vienna, VA 22181
Washington, EUA
(202)712 59-34
mkarra@usaid gov

Dr John Bratt
Senior Research Associate
FHI – Family Health International
2224 Chapel Hill Nelson Hwy
27713
Durham, NC , EUA
001(919)544 70 40
001(919)544 72 61
jbratt@fhi.org

MPH David Dobrowolski
Senior Program Officer (FPMD)
MSH – Management Science for Health
400 Centre Street
02158 2084
Newton MA, EUA
001(617)527-92-02
(617)965 22 08
ddobrowolski@msh.org

Ms Varuni Dayaratna
Economist
The Futures Group
1050 17th Street
NW, Suite 1000
20036
Washington, D C , EUA
001(202)775-96 80
(202)775 96-94

Lic Germán Humberto Cerrato
Jefe Div De Administración y Finanzas
ASHONPLAFA
Colonia Alameda No 2002 Av Juan Manuel Gálvez
Calle Arturo López Rodesno
Apdo Post 625
Tegucigalpa, Honduras
(504)32-32-25 / 32-64 49 / 32 39-59
(504)32-51-40
ahpftgu@gbm.hnf

Dr Humberto Arango
Program Officer Senior Program Advisor
IPPF/WHR
120 Wall Street
10005-3902
New York, EUA
(212)2486400
(212)2484221
harango@ippfwhr.org

Dr James Foreit
Director INOPAL
PopCouncil
4201 Connecticut Avenue, N W
Suite 408
20008-1150
Washington, D C , EUA
(202)237-64 55
(202)237-64 58
jforeit@pede.org

Lic Hermann F Petersen F
Gerente General
APROFAM
9^a Calle 0-57
Zona 1
01001
Guatemala, Guatemala C A
(502)230 54 88 / 230 54-90 Dir 251 35 22
(502-2)51-40-17 Hpetersen@guate.net

Sr Gustavo Adolfo Ramirez
Asistente Técnico Programa Materno Infantil
GTZ
1^a Av 1 y 2 cll # 3510
Tiloarque
Tegucigalpa, Honduras
25 09-87
32 79 20

Ms Ruth Matamoros
Administracion
PopCouncil
Atrás Club Bancatlan
Residencial Casavola
Tegucigalpa Honduras
(504)32-60-21
(504)32-60-21
irma@gbm hn

Lic Jesus Servin
Director de desarrollo de programa
FEMAP
Plutarco Elias Calles 744 Norte
Col Progresista
32310
Cd Juarez, Mexico
01(16)16 13 96 / 16 08-33
01(16)16-65-35
femap@infoink.net mx

M Cindi Cisek
Senior Technical Officer
Futures Group
Av San Fernando 96
Toriello Guerra
14050
México, D F, Mexico
6667067
666-68-72
tfgi-mexico@tfgi.com

Lic Enrique Gutiérrez
Coordinador de Mercadeo de Productos
MEXFAM
Juárez # 208
Tlalpan
14000
D F Mexico
573-73-48 / 573-75-91 / 573-71-00 ext 122
573-70-70 ext 122
operatio@mexfam.org mx

Dra Mirna Yanira Villanueva
Coordinadora de proyecto
Sria De Salud
Hato de enmedio sector 2 bloque A casa 4523
Tegucigalpa Honduras
00(504)32 60 21

Dr Enrique Suárez
Director Ejecutivo
FEMAP
Plutarco Elias Calles 744 Norte
32310
Cd Juarez, Mexico
01(16)16-13-96 / 16-08-33
01(16)16 65-35
femap@infoink.net mx

Lic Victoria Fuentes
Coordinadora Residente
IPPF
Av San Fernando # 96
Toriello Guerra
D F, México
666 70 67 / 666-72-85 / 666 71 68
666 68-72
ippftpmo@laneta.apc.org

Lic Barbara Munguía
Gerente de Operacion y Mercadotecnia
MEXFAM
Juárez # 208
Tlalpan
14000
D F Mexico
573 73-48 / 573 75-91 / 573-71 00
573-23-18
operatio@mexfam.org mx

Ms Aimee Afable
Fellow
PopCouncil
Escondida # 110
Villa Coyoacan
04000
D F, México
554 03-88 / 554 86-10
554-1226
aafable@mpsnet com mx

Dra Cecilia Garcia
Consultora
PopCouncil
Escondida # 110
Villa Coyoacán
04000
D F Mexico
554 03 88 / 554-86-10
554 12 26

Lic William Báez
Director Ejecutivo
PROFAMILIA
Kilometro 5 ½ carretera Masaya
Frente al colegio Teresiano
Apdo postal 4220
Managua, Nicaragua
(505)278-56-29 / 278 08-41 / 267-02-63
(505)277-08-02
profade@fmx com ni

Dr Julio Cano
Jefe Depto GO Hosp San Bartolome
H San Bartolome
Av Alfonso Ugarte
122
Lima, Perú
432-17-92
429-28-75

Dr Carlos Brambila
Asociado INOPAL
PopCouncil
Escondida # 110
Villa Coyoacán
04000
D F, Mexico
554 03-88 / 554-86-10
cbrambila@laneta apc org

Lic Silvia Llaguno
Oficial de Comunicaciones
PopCouncil
Escondida # 110
Villa Coyoacán
D F, Mexico
554-03 88/554-86 10
554 12 26
inopalmx@mpsnet com mx

Dr Ovidio Chumbe
Jefe Depto GO Hosp Maria Auxiliadora
H Maria Auxiliadora
Miguel Iglesias cda 9
San Juan de Miraflores
Lima, Peru
466-07-07 ext 3200

Dra Luz Juárez
Directora
Hospital Daniel A Carrión
Av Guardia Chalaca 2176
Bellavista, Callao
Lima, Peru
429-28-75

Dr Aníbal Velasquez
Dir de Planificación y Desarrollo
INPPARES
Gregorio Escobedo 115
Jesus Maria
Lima 11
Lima, Perú
(51 1)261-26-70 / 261-53-09 / 261 55 33 / 261-55 22
(51-1)261-78-85
avelasq@inppar.org.pe

Dr Wilfredo Solís
Gerente General
MPMDH
Pinar del Río 2175
San Martín de Porres
Lima Perú
(51-1)442 87-19
(51-1)424-32 71
indecons@amauta.rep.net.pe

Dr Pedro Mascaró
Director General
Instituto Materno Perinatal
JR Miro Quezada 941
Lima
Lima, Peru
328-09-98 / 328 09 88
328-09-98
imp_ml@computextos.pe

Lic Maria Rosa Garate
Asesora INOPAL
PopCouncil
Paseo Padre Constancio Bollar 225
El Olivar de San Isidro
L 27
Lima, Perú
(51 1)442-36 79
440-06-35
pclimamg@amauta.rep.net.pe