

# MUJERES SALUDABLES, NEGOCIOS SALUDABLES:

**Estudio comparativo de la integración de los  
servicios de microfinanzas y salud de Pro Mujer**

por

Ruth Junkin, CATIE-CeCoEco

John Berry, USAID

María Elena Pérez, Pro Mujer



# MUJERES SALUDABLES, NEGOCIOS SALUDABLES:

Estudio comparativo de la integración de los  
servicios de microfinanzas y salud de Pro Mujer

por

Ruth Junkin, CATIE-CeCoEco

John Berry, USAID

María Elena Pérez, Pro Mujer



**USAID**

FROM THE AMERICAN PEOPLE



**pro mujer**

Giving Women Credit



Copyright © 2006 Pro Mujer

Secciones de esta publicación pueden ser copiadas o adaptadas a las necesidades locales sin permiso de Pro Mujer, siempre que las partes copiadas sean distribuidas gratuitamente o al costo, no con fines de lucro. Rogamos dar el crédito respectivo a Pro Mujer, **Mujeres saludables, negocios saludables: Estudio comparativo de la integración de los servicios de microfinanzas y salud de Pro Mujer** por las secciones que sean citadas.

Para toda reproducción comercial, se debe obtener permiso de  
Pro Mujer, 240 West 35th Street, Suite 404, New York, New York 10001

Mujeres saludables, negocios saludables: Estudio comparativo de la integración de los servicios de microfinanzas y salud de Pro Mujer

Impreso en Estados Unidos de América

Para mayor información o pedir ejemplares adicionales, contactar con

Pro Mujer  
240 West 35th Street, Suite 404  
New York, New York 10001  
Tel: 212-952-0181 Fax: 212-952-0183  
Email: [promujer@promujer.org](mailto:promujer@promujer.org) • Web: [www.promujer.org](http://www.promujer.org)

Para acceder a esta publicación vía Internet, visitar [www.promujer.org](http://www.promujer.org).

# Contenido

Agradecimientos .....	vi	<b>Recuadros</b>	
Resumen ejecutivo .....	vii	Recuadro 1. Los “centros focales” de Pro Mujer .....	3
Introducción .....	1	Recuadro 2. La pobreza en Bolivia .....	7
<b>I. Metodología y marco de investigación .....</b>	<b>4</b>	Recuadro 3. La pobreza en Nicaragua.....	8
<b>II. Desarrollo de estrategias de servicios integrados .....</b>	<b>6</b>	Recuadro 4. Mejora de la cobertura en Nicaragua rural.....	9
Intervenciones en salud por país .....	6	Recuadro 5. La pobreza en el Perú.....	11
Bolivia.....	6	Recuadro 6. Temas de capacitación en salud más importantes identificados por las clientes de Pro Mujer .....	17
Nicaragua.....	8	Recuadro 7. Impacto educativo de los servicios de salud .....	17
Perú.....	10	Recuadro 8. Impacto sobre la autoestima .....	17
Comparación de estrategias de servicios integrados.....	12	Recuadro 9. Principales cambios en las prácticas de salud informados por las mismas mujeres.....	17
Servicios de salud .....	12	Recuadro 10. Empoderar a las mujeres con conocimientos de salud .....	18
Servicios financieros .....	14		
<b>III. Beneficios para la salud y calidad de los servicios.....</b>	<b>16</b>	<b>Tablas</b>	
Beneficios para los clientes .....	16	Tabla 1. Cronología del desarrollo de la estrategia boliviana.....	6
Calidad del servicio.....	19	Tabla 2. Cronología del desarrollo de la estrategia nicaragüense .....	8
<b>IV. Análisis de asignación de costos .....</b>	<b>22</b>	Tabla 3. Cronología del desarrollo de la estrategia Perúana ....	10
Desarrollo de la metodología de contabilidad de costos.....	22	Tabla 4. Condiciones clave que afectan las estrategias de servicios de atención en salud de Pro Mujer .....	13
Hallazgos .....	23	Tabla 5. Comparación de las estrategias de intervención en salud de Pro Mujer en tres países .....	15
Autosuficiencia operativa y cobertura de costos.....	23	Tabla 6. Servicios de Pro Mujer, clasificados por grupos focales y clientes individuales .....	19
Eficiencia operativa.....	26	Tabla 7. Comparación del personal médico en las IMF de Pro Mujer.....	20
Factores que influyen en la sostenibilidad.....	28	Tabla 8. Autosuficiencia operativa de los servicios crediticios antes y después de la asignación de costos.....	24
<b>V. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>30</b>	Tabla 9. Análisis de servicios financieros y de salud basado en asignación de costos (US\$).....	25
Ventajas e inconvenientes de las diferentes estrategias.....	30	Tabla 10. Eficiencia operativa de los servicios financieros antes y después de la asignación de costos .....	26
Potencial para la replicación.....	32	Tabla 11. Acceso y participación en servicios médicos y de capacitación en salud .....	27
Factores de éxito en la implementación.....	33	Tabla 12. Ventajas e inconvenientes de las tres estrategias de intervención en salud.....	31
Aplicación de la contabilidad de costos a programas de microfinanzas y salud.....	33		
Recomendaciones para Pro Mujer .....	34		
<b>Anexos</b>			
Anexo 1. Aplicación de la contabilidad de costos a servicios de salud integrados .....	37		
Anexo 2. Servicios ofrecidos por las IMF de Pro Mujer.....	39		
Anexo 3. Resultados de las IMF de Pro Mujer después de la asignación de costos .....	41		
Anexo 4. Bases de la asignación de costos para las IMF de Pro Mujer en el estudio .....	44		



## Agradecimientos

Los autores quisieran agradecer al personal de Pro Mujer Internacional y Pro Mujer Bolivia, Nicaragua y Perú por su activa participación en este estudio. Sin su dedicación para preparar los numerosos aportes para este informe, su desarrollo no habría sido posible. Apreciamos, asimismo, el apoyo que recibimos del personal de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en Bolivia, Perú y Nicaragua. Finalmente, la oficina de Desarrollo Microempresarial de USAID brindó invaluable apoyo técnico y financiero para este estudio mediante el Programa de Aprendizaje para Profesionales (Practitioner Learning) de la Red de Educación y Promoción para la Pequeña Empresa (siglas en Inglés “SEEP” Small Enterprise Education and Promotion Network), que a su vez es financiado por la División de Desarrollo Microempresarial.

Los puntos de vista expuestos en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan los de Pro Mujer, SEEP Network, USAID o cualquiera de las organizaciones individuales que participaron en la investigación. Toda omisión es responsabilidad de los autores.



pro mujer  
*Giving Women Credit*

# Resumen ejecutivo

Este estudio, desarrollado con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Red de Educación y Promoción de la Pequeña Empresa (SEEP Network), mediante su Programa de Aprendizaje para Profesionales (Practitioner Learning Program), da una mirada entre bastidores a una destacada red microfinanciera que ofrece servicios integrados de salud y microfinanzas. El análisis se basa en datos recopilados en la primavera del 2005.

El estudio se enfoca en cómo se las arregla una red para ofrecer una variedad de servicios financieros y no financieros sobre una base sostenible. Además de analizar los costos y beneficios de los servicios de salud y microfinanzas ofrecidos por tres instituciones microfinancieras (IMF) de Pro Mujer, el estudio explora cómo la demanda de la clientela, las condiciones del mercado y el contexto de un país afectan las decisiones tocantes a modelos de prestación de servicios.

El estudio no busca probar que la prestación de servicios integrados es buena o mala, ni asume que ofrecer servicios integrados es fácil o adecuado para todas las instituciones financieras. Más bien, intenta abordar realistamente los factores clave requeridos para que una institución ofrezca servicios integrados exitosamente y las limitaciones que debe superar para alcanzar la sostenibilidad.

Pro Mujer es una organización internacional dedicada a las microfinanzas y el desarrollo de la mujer con IMF en Bolivia, Nicaragua, Perú, México y Argentina. Actualmente tres IMF de Pro Mujer ofrecen una gama completa de servicios microfinancieros y de salud, así como otros servicios para el desarrollo humano. Aunque ciertas características centrales definen el modelo de Pro Mujer, la organización ha permitido que su estrategia de prestación de servicios sea adaptada a las condiciones locales de cada país. Esta flexibilidad ha llevado a tres variaciones de prestación de servicios directos e indirectos, que sientan una base para analizar cómo diferentes estrategias de intervención afectan resultados diferentes, tales como satisfacción de la clientela, impacto sobre el desarrollo y desempeño financiero.

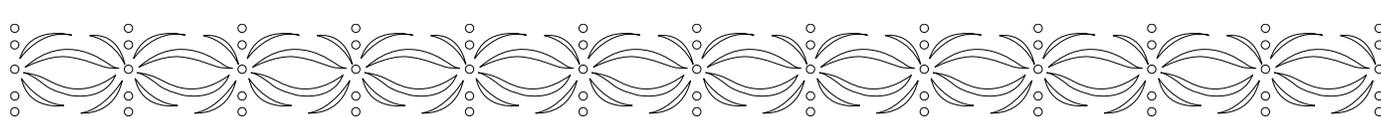
El estudio examina primero las similitudes y diferencias en las estrategias de servicios de salud de las tres IMF, y hace una apreciación de cómo sus clientes y contrapartes evalúan los beneficios de estos servicios. Luego mide el desempeño financiero de cada modelo desagregando los costos directos e indirectos atribuibles a cada servicio y asignándolos de una manera sistemática.

El estudio muestra que las clientes de Pro Mujer valoran los servicios financieros y de salud que reciben. También demuestra que las clientes han mejorado sus conocimientos y hábitos de salud, y que tienen mayor acceso a servicios de salud. Ofrecer servicios múltiples saca mayor partido de la infraestructura existente de Pro Mujer, acrecienta la lealtad de la clientela y fortalece su posición competitiva en los mercados de servicios financieros. Sin embargo, ofrecer servicios tanto financieros como de salud necesita de una significativa capacidad institucional, porque los dos programas tienen diferentes requerimientos de gestión.

El ejercicio de asignación de costos emprendido por este estudio proporcionó a Pro Mujer información detallada para ayudar a administrar sus servicios integrados. Anteriormente, Pro Mujer sólo asignaba costos directos de programa a sus servicios de salud. Sin embargo, esta práctica subvaluaba la autosuficiencia operativa de sus servicios financieros y simultáneamente sobrevaluaba la de sus servicios de salud. Luego del ejercicio, Pro Mujer descubrió que sus servicios de salud podían llegar a una cobertura de costos de 142% con base en ingresos ganados y donaciones, y hasta 80% con base solamente en ingresos ganados. Asimismo, la asignación de costos permitió a Pro Mujer calcular por primera vez el costo completo de sus servicios de salud, el cual oscila actualmente entre US \$2 y US \$9 por cliente al año.

El estudio concluye que los modelos de servicios integrados pueden tener un impacto positivo y sostenible, pero identifica una serie de prerrequisitos y cuestiones a la gestión que las IMF deben considerar antes de replicar un modelo de servicios integrados o el ejercicio concomitante de asignación de costos. Entre otras consideraciones, la factibilidad de la replicación se ve determinada por el compromiso de la gerencia, la capacidad institucional, la demanda de la clientela y el entorno en que se opera.

Los factores que han contribuido al éxito del enfoque de Pro Mujer son sus relaciones permanentes y de largo plazo con sus clientes, la prestación de servicios vía centros regionales (conocidos como “centros focales”), cobertura rural y agrupamiento de grandes números de clientes para alcanzar escala. Finalmente, el estudio encontró que la asignación regular de costos directos e indirectos beneficia la toma de decisiones estratégicas y operativas de una institución, así como su capacidad para comunicarse eficientemente con los inversionistas.



# Introducción

La sabiduría convencional entre los especialistas del ramo sostiene que las instituciones microfinancieras (IMF) deben especializarse en servicios financieros, y dejar los servicios no financieros y de desarrollo humano a otros tipos de instituciones.<sup>1</sup> La lógica que subyace a este argumento tiene que ver con la autosuficiencia financiera, y con los peligros de exceder la capacidad de gestión y recursos humanos y distraer la atención de las actividades financieras centrales de una IMF. El argumento asume capacidad institucional limitada, la necesidad de especialización y la

inhabilidad de los servicios de desarrollo humano para cubrir sus costos. Aunque desde hace años algunas instituciones microfinancieras vienen brindando con éxito servicios financieros y no financieros,<sup>2</sup> pocas han podido convencer a la industria microfinanciera predominante de que pueden ofrecer ambos tipos de servicios de manera efectiva y sobre una base sostenible.

Este estudio surgió del deseo de Pro Mujer de comprender y demostrar más claramente tanto la efectividad como la sostenibilidad de sus servicios integrados de microfinanzas y salud. Se basa en datos reunidos en la primavera del 2005. Pro Mujer es una organización internacional dedicada a las microfinanzas y el desarrollo de la mujer fundada originalmente en Bolivia. Desde entonces se ha expandido creando otras cuatro IMF en Perú,

<sup>1</sup> Los servicios de desarrollo humano ofrecidos por Pro Mujer abarcan salud, educación, desarrollo de negocios y capacitación en computación. Los servicios financieros comprenden ahorros y préstamos.

<sup>2</sup> El término “servicios no financieros” cubre una gama muy amplia de servicios. Los más estrechamente relacionados con la salud son atención en salud, capacitación en educación en salud, seguro de salud, seguro de vida y otras formas de microseguros.



Nicaragua, México y Argentina, así como una oficina de apoyo de la red, Pro Mujer Internacional (PMI), en Nueva York. La misión de Pro Mujer es apoyar a las mujeres latinoamericanas que viven en la pobreza a construir un futuro mejor para sí y sus familias a través de las microfinanzas, las aptitudes para los negocios y el apoyo en atención en salud.

Las operaciones de Pro Mujer empezaron en Bolivia con un programa para capacitar grupos de mujeres en salud materno-infantil. Más tarde, la institución introdujo servicios microfinancieros, que se convirtieron en su línea de productos central. Sin embargo, Pro Mujer se dio cuenta de que los problemas de salud de sus clientes ocasionaban muchas veces problemas con el pago de los préstamos, y esto impulsó a la

institución a buscar formas de integrar las intervenciones de salud y los servicios financieros.

Después de estudiar metodologías alternativas para ofrecer servicios integrales a sus clientes, Pro Mujer decidió enfocar sus servicios de salud en educación en salud y atención primaria en salud preventiva y curativa. Estos servicios serían brindados mediante clínicas de salud establecidas en centros focales de Pro Mujer existentes. Después de ocho años de experimentación, Pro Mujer desarrolló plenamente y lanzó su modelo microfinanzas más servicios de salud. La demanda de estos servicios y su impacto sobre la clientela llevaron a Pro Mujer a incorporar los servicios de salud como un servicio central de las IMF, y a incluir formalmente la atención en salud en su misión organizacional.

Cuando se establecieron otras IMF de Pro Mujer en Nicaragua y Perú, las condiciones locales requirieron ajustes al modelo original. Estos ajustes llevaron a la implementación de tres distintas estrategias de intervención en los tres países respectivos. Pro Mujer Internacional alentó variaciones a nivel de país porque creía que adaptarse a las condiciones locales era la mejor manera de responder a la demanda de la clientela, mejorar la lealtad de la clientela y maximizar el impacto sobre el desarrollo. Así, cada IMF de Pro Mujer escogió una estrategia y metodología de prestación de servicios ligeramente diferente basada en los siguientes enfoques:

- servicios paralelos (servicios diferentes ofrecidos por personal separado de la misma organización)
- servicios unificados (servicios diferentes ofrecidos por el mismo personal de una organización)
- servicios vinculados (servicios diferentes ofrecidos por organizaciones diferentes que sirven a las mismas clientes)

Estas variaciones implican diferentes niveles de participación en la prestación de servicios directos, así como diferentes estructuras de costos y estrategias de recuperación de costos. Los enfoques paralelo y unificado requieren la prestación de servicios de salud directos por parte del personal de las IMF, mientras que el enfoque vinculado da cabida a la prestación de servicios de salud indirectos mediante organizaciones aliadas. Con los años, cada institución de Pro Mujer ha llegado a emplear diversos grados de los enfoques paralelo y vinculado.

Las tres IMF de Pro Mujer mantienen registros regulares del número y tipo de servicios que prestan, así como el ingreso y el costo directo de cada servicio. Sin embargo, su metodología de recuperación de costos contabilizaba gastos indirectos como gastos por servicios financieros, porque estos gastos eran considerados necesarios, con independencia de si una IMF ofrecía o no otros servicios aparte de los microfinancieros.

Esta metodología ocasionaba que las tres instituciones estimaran inadecuadamente la autosuficiencia operativa de esta línea de negocios central. Como ninguna de las IMF de Pro Mujer practicaba asignación de costos o costeo basado en actividades, no podían identificar con precisión qué proporción de sus gastos indirectos correspondía a cada uno de sus servicios. Por ejemplo, los gastos indirectos de la oficina central, tales como apoyo de gerencia, administración y contabilidad, figuraban como gastos incurridos por la prestación de servicios financieros, aunque estas partidas presupuestales también apoyaban servicios de desarrollo humano.



### **Recuadro 1. Los “centros focales” de Pro Mujer**

Los centros focales son un elemento clave de la metodología de Pro Mujer. Estos centros barriales (o “zonales”) constituyen un lugar físico donde las clientes pueden acceder a los diferentes servicios ofrecidos por la institución. Por ejemplo, en los centros se realizan reuniones y capacitaciones de las asociaciones comunales. En Bolivia también se brinda servicios médicos en los centros. En Nicaragua, estos servicios son provistos tanto en los centros como en comunidades rurales. Asimismo, ciertos centros focales han desarrollado servicios adicionales para las clientes y sus familias, como cafés Internet y guarderías.

Al no desagregar gastos indirectos con precisión, Pro Mujer subestimaba regularmente el costo de la prestación de servicios de salud, y sobreestimaba el costo de los servicios financieros. El ejercicio de asignación de costos implementado para este estudio mejoró la capacidad de la institución de correlacionar con precisión cada servicio con su costo verdadero, tomar decisiones de gerencia mejor informadas y elevar la calidad de sus informes a donantes y acreedores. Asimismo, la asignación de costos permitió a Pro Mujer medir el verdadero monto del subsidio que sus servicios financieros brindaban a sus servicios de desarrollo humano.

# I. Metodología y marco de investigación

San Javier  
(Jesuit missions)



El marco de investigación del estudio fue ideado para responder ciertas preguntas clave sobre los servicios integrados de microfinanzas y salud de Pro Mujer. Estas preguntas eran:

- ¿Cuáles son las principales similitudes y diferencias en las estrategias de servicios integrados de las tres IMF de Pro Mujer? ¿Qué condiciones de mercado llevaron a estas diferencias?
- ¿Cuáles son los beneficios tangibles e intangibles de las diferentes estrategias para las clientes? ¿Para Pro Mujer?
- ¿Cuál es el costo total (directo e indirecto) de los servicios de salud en cada estrategia de prestación?
- ¿Cómo se desempeña cada estrategia en términos de eficiencia financiera y sostenibilidad?

A fin de abordar estas cuestiones, el equipo de estudio analizó las similitudes y diferencias en las estrategias de servicios de salud. También evaluó cómo la clientela de Pro Mujer percibía los beneficios de estos servicios. Esta tarea comprendió:

- desarrollo de guías para entrevistas en grupos focales
- entrevistas en grupos focales con personal de Pro Mujer (incluyendo tanto el personal de salud como el de servicios financieros)

- entrevistas en grupos focales con clientes de Pro Mujer (en promedio 3 grupos focales por país, con 14 clientes por grupo focal)
- entrevistas con proveedores de salud asociados y funcionarios de salud gubernamentales (un promedio de 4 por país)
- una revisión de las evaluaciones y apreciaciones de impacto existentes en las tres IMF

El equipo de investigación entrevistó a las directoras de las tres IMF de Pro Mujer y a una muestra del personal de las oficinas regionales y centros focales. Un total de 126 clientes participaron en grupos focales. Estos grupos fueron seleccionados por Pro Mujer e incluyeron representantes de diferentes asociaciones comunales<sup>3</sup> y centros focales. Los participantes de los grupos focales fueron 69 clientes en 4 grupos focales en Bolivia, 21 clientes en 2 grupos focales en Perú y 36 clientes en 3 grupos focales en Nicaragua.

Se usó la metodología de sondeo Delphi para hacer que las clientes enumeraran los beneficios de estar afiliadas a Pro Mujer y luego clasificaran los dos más importantes de estos beneficios. Además, se pidió a las clientes que describieran los servicios de salud ofrecidos y la capacitación recibida por su respectiva IMF de Pro Mujer y

<sup>3</sup> Las asociaciones comunales son la variación de Pro Mujer de los bancos comunales. Están compuestas por aproximadamente 20 a 30 integrantes y están subdivididas en grupos solidarios de 5 a 7 integrantes..

que discutieran los cambios producidos en su conocimiento y/o hábitos en cuestiones de salud derivados de su participación en estas actividades.

El componente de asignación de costos del estudio se enfocó en desagregar los costos directos e indirectos de cada servicio de las tres IMF y asignar estos costos de manera sistemática. La meta del ejercicio era apreciar el desempeño financiero de los diferentes servicios. La contabilidad basada en costos es usada desde hace décadas por el mundo empresarial con fines de lucro. La debida comprensión y asignación de costos es fundamental en el sector privado, porque el costeo impacta sobre una variedad de funciones empresariales clave, tales como presupuestación, fijación de precios, desarrollo de productos, mercadeo, composición del personal y rentabilidad. Los beneficios de un costeo preciso incluyen una mejor toma de decisiones y eficiencia, así como la identificación de productos y servicios rentables y no rentables.

A fines del decenio de 1990, el costeo se convirtió en un importante tema de discusión en el sector microfinanciero. En 1998, la publicación de un Documento Ocasional de CGAP (siglas en Inglés “CGAP” Consultative Group to Assist the Poorest) sobre el tema suscitó una serie de artículos que documentaron experiencias de campo en la aplicación de herramientas de costeo, así como el desarrollo de paquetes de herramientas relacionadas.<sup>4</sup> La mayor parte de estos artículos y paquetes de herramientas se enfocaban en cómo fijar los precios de los servicios financieros. Sin embargo, algunas IMF que ofrecían tanto servicios financieros como no financieros comprendieron el potencial de estas herramientas para determinar el costo de una amplia variedad de servicios no financieros.

Reconociendo que las herramientas de costeo podrían ayudar a una mejor comprensión y gestión de sus servicios integrados, Pro Mujer convino en participar en un estudio de asignación de costos. Una vez tomada esta decisión, fue necesario seleccionar una metodología para el estudio. Hay dos métodos principales usados para la asignación de costos: la asignación de costos tradicional, y la más compleja Contabilidad Basada en Actividades (ABC, por sus siglas en inglés). Pro Mujer eligió usar un método tradicional de asignación de costos por varias razones. Primero, el método suministraba la información necesaria usando un proceso simple.

Segundo, como implementar la asignación de costos es menos complejo y consume menos tiempo, se juzgó que tendría más probabilidad de ser usada como una herramienta de gestión permanente que la ABC, cuyo uso regular se consideró demasiado complicado y caro.

Finalmente, Pro Mujer organizó un ejercicio de asignación de costos usando sus tablas de cuentas existentes, lo cual facilitó la recopilación de datos y la incorporación de estos datos en otros informes financieros. Así, el ejercicio de asignación de costos comprendió:

- investigación y selección de una metodología de asignación de costos
- desarrollo de hojas de cálculo de costeo y bases sugeridas de asignación de costos
- desarrollo de una guía de usuarios y paquete para la investigación de campo
- hojas de cálculo de los tres años anteriores llenadas por personal de contabilidad de las IMF (con base en los estados financieros auditados y hojas de tiempo)
- revisión de las hojas de cálculo efectuada por la oficina de la red PMI, incluyendo preguntas y aclaraciones
- visitas in situ a las tres IMF para verificar definiciones de costo, hojas de tiempo, datos financieros, asignación de costos directos e indirectos y selección de bases de asignación de costos<sup>5</sup>

Luego de ello, el trabajo de campo se llevó a cabo en Bolivia, Perú y Nicaragua en abril y mayo del 2005.

<sup>4</sup> Brigit Helms, 1998, “Occasional Paper: Cost Allocation for Multi-service Microfinance Institutions,” The Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), Banco Mundial, Washington.

<sup>5</sup> Cada país escogió bases de asignación diferentes, con base en lo que creían que mejor reflejaba su realidad institucional. Una tabla de las bases de asignación usadas puede encontrarse en el anexo 4.

## II. Desarrollo de estrategias de servicios integrados

### Intervenciones en salud por país



## Bolivia

Pro Mujer Bolivia cuenta con la mayor antigüedad y variedad en la prestación extensa de servicios financieros y de salud de las tres IMF. Actualmente tiene ocho oficinas regionales y un total de 39 centros focales. La IMF empezó sus operaciones en 1989, impartiendo capacitación en salud materno-infantil y empoderamiento de la mujer. Desde su creación, Pro Mujer

Bolivia trabajó con grupos de mujeres pobres, empezando con grupos ya organizados por un proyecto “Alimentos por Trabajo” (en Inglés “Food for Work” financiado por USAID y otros programas de asistencia alimentaria. En 1991, la institución se vio fortalecida con financiamiento del Fondo de Inversión Social (FIS).<sup>6</sup> A partir del diálogo permanente con sus clientes, Pro Mujer se dio cuenta de que el crédito representaba una importante herramienta para

**Tabla 1. Cronología del desarrollo de la estrategia boliviana**

1989	1992	1994	1998	2000
Empiezan operaciones con servicios de salud materno-infantil y capacitación para empoderamiento de la mujer.	Se lanzan servicios paralelos de microcrédito y capacitación empresarial, convirtiéndose en el negocio central de Pro Mujer. Se ofrece atención en salud y capacitación para el empoderamiento.	Estudio revela deficientes prácticas de salud de las clientes. Se hace prueba piloto de vínculos con proveedores de servicios de salud.	Se abren clínicas de salud en centros focales que ofrecen atención primaria y preventiva.	Se establecen vínculos con proveedores de atención en salud secundarios y terciarios.

<sup>6</sup> El Fondo de Inversión Social (FIS) es un programa de inversión social administrado por el gobierno boliviano y financiado por agencias internacionales. Su misión es aliviar los efectos de los programas de ajuste estructural sobre las poblaciones pobres.

ayudar a las mujeres a tomar el control de su vida. En consonancia con ello, en 1992 lanzó servicios de crédito en combinación con capacitación en desarrollo de aptitudes empresariales, usando un enfoque paralelo.

La evolución de la estrategia de Pro Mujer Bolivia se vio influida también por las condiciones generales del sector salud en el país. Hacia fines del decenio de 1980, los servicios de salud eran proveídos principalmente por estructuras inadecuadas del sector público. El acceso al sistema de salud del sector privado estaba limitado en gran parte a las clases medias y los ricos. Entre las clientes pobres de Pro Mujer había poca conciencia de la educación en salud básica. A partir del decenio de 1990 se hicieron esfuerzos por aumentar la accesibilidad de los mensajes de educación en salud a la población en general, inicialmente mediante emisoras de radio de la Iglesia Católica, y luego a través de programas gubernamentales y no gubernamentales. Fue en este contexto que Pro Mujer desarrolló sus servicios de educación en salud y, más tarde, servicios de atención en salud dirigidos a clientes mujeres.

En 1994, Pro Mujer implementó un estudio más integral sobre las condiciones de salud de sus clientes. El estudio se basó en observaciones de que muchas clientes microfinancieras que caían en mora informaban que los problemas de salud contribuían a su incapacidad para pagar sus micropréstamos. Posteriormente los hallazgos del estudio indicaron que aunque la capacitación en salud impartida por Pro Mujer había aumentado los conocimientos de sus clientes en salud, las prácticas de salud de éstas seguían siendo deficientes. Estas prácticas no sólo disminuían su calidad de vida y la de sus familias, sino que también impactaban negativamente sobre sus negocios.

Además de las deficientes prácticas de salud preventiva básica, las clientes carecían también de servicios de salud adecuados. Investigación de mercado reveló que aunque los proveedores públicos y privados ofrecían una amplia variedad de servicios necesitados por las clientes de Pro Mujer, los servicios de salud gubernamentales estaban deficientemente organizados. Asimismo, los centros de salud estatales dejaban a las clientes confusas, intimidadas e insatisfechas. Antes de decidirse a ofrecer servicios de salud a través

de sus propios centros, Pro Mujer hizo una prueba piloto con una alianza con un proveedor de salud privado en tres ciudades. El experimento resultó insatisfactorio para ambas partes. Las clientes de Pro Mujer solían tener dificultades para comprender los diagnósticos y tratamientos recomendados por el proveedor de salud. Cuando Pro Mujer pedía al personal médico que redactara sus recomendaciones de forma que las pacientes pudieran entenderlas mejor, el personal se negaba. Posteriormente las relaciones entre el personal médico y las clientes de Pro Mujer se deterioraron, y finalmente se dio por concluido el experimento.

Con base en esta experiencia, Pro Mujer Bolivia optó por expandir su programa de educación en salud existente brindando directamente servicios de salud primaria y preventiva a sus clientes. Aunque la institución mantuvo vínculos con proveedores que ofrecían servicios de salud secundaria y terciaria (tales como servicios de maternidad, cirugía, etc.), la IMF empezó a ofrecer servicios de salud básica mediante sus propias clínicas instaladas en sus centros focales. Esta decisión fue factible porque la IMF tenía capacidad institucional existente y comprendía los servicios y cuestiones de salud relevantes.

Los centros focales de Pro Mujer Bolivia están situados en zonas altamente pobladas con grandes concentraciones de clientes objetivo. La metodología crediticia de la IMF requiere que las clientes visiten un centro focal una o dos veces al mes para reuniones de pago de los préstamos, durante las cuales se ofrecen capacitación en salud y en negocios. Al proporcionar servicios de salud en el mismo establecimiento que los servicios financieros, Pro Mujer Bolivia sacó mayor partido a su infraestructura existente ofreciendo a sus clientes acceso a una variedad de servicios en una sola visita. Como los centros focales están situados en comunidades donde viven las clientes, el acceso a los servicios de salud no está limitado a los días en que las clientes tienen reuniones de banco comunal.

### Recuadro 2. La pobreza en Bolivia

Población que vive por debajo de la línea de pobreza	63%
Población que vive con menos de US \$2 diarios	34%
Tasa de analfabetismo en adultos	13%
Niños por debajo del peso para su edad (menores de 5 años)	10%

Fuente: PNUD, 2004, *Informe sobre Desarrollo Humano* (Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).

## Nicaragua

Pro Mujer Nicaragua inició sus operaciones en 1996 como la primera réplica del modelo de Pro Mujer desarrollado en Bolivia. La institución empezó ofreciendo servicios financieros y de capacitación en salud bajo un enfoque unificado, siendo el personal de servicios financieros el que impartía la capacitación en salud. La estrategia apuntaba a prestar servicios integrados a un costo mínimo, a partir de la creencia de que el personal de servicios financieros podía efectivamente potenciar su relación con la clientela impartiendo consejería en salud. Sin embargo, la información recibida de las clientes puso en claro que estaban insatisfechas con este enfoque debido a la falta de especialización y conocimientos de los capacitadores.



**Tabla 2. Cronología del desarrollo de la estrategia nicaragüense**

1996–97	1999	2001–2003	2005
Empiezan operaciones unificadas con crédito y capacitación en salud. Se inicia programa de desarrollo humano.	Se establecen dos clínicas piloto en oficinas regionales (centros focales). Se prestan servicios usando un enfoque paralelo.	Se establecen dos clínicas piloto en oficinas regionales (centros focales). Se prestan servicios usando un enfoque paralelo.	Pro Mujer Nicaragua empieza a prestar servicios de salud directamente a las comunidades clientes..

En 1997, gracias principalmente a oportunidades de financiamiento, Pro Mujer Nicaragua (PMN) creó un Programa de Desarrollo Humano que ofrecía capacitación en derechos de las mujeres, liderazgo y educación cívica, autoestima, empoderamiento de las mujeres, prevención de la violencia familiar y salud infantil e higiene. La capacitación era impartida por personal formado en sociología, y PMN empezó a usar un enfoque paralelo de prestación de servicios. Aunque el programa fue beneficioso, las clientes siguieron demandando servicios de salud más especializados. La IMF respondió en 1999 asegurando suficiente financiamiento a clínicas abiertas en sus centros focales y contratando médicos para ofrecer servicios directos de salud. La IMF estableció clínicas piloto en dos centros focales en 1999, seguidos por clínicas en sus dos restantes centros focales entre el 2001 y el 2003.

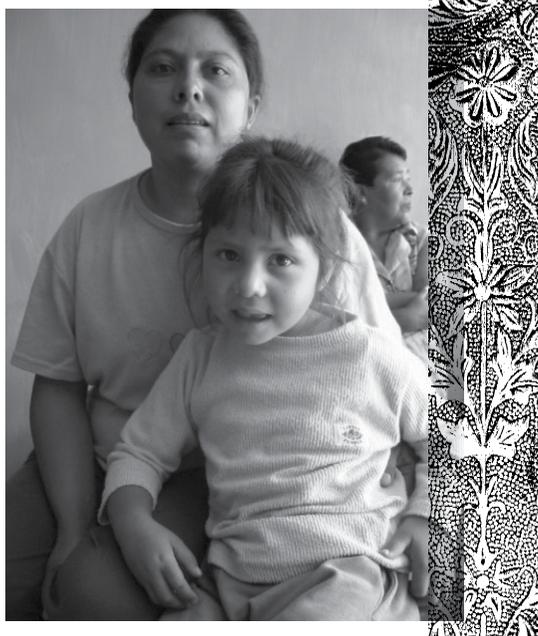
### Recuadro 3. La pobreza en Nicaragua

Población que vive por debajo de la línea de pobreza	48%
Población que vive con menos de US\$2 diarios	80%
Tasa de analfabetismo en adultos	23%
Niños por debajo del peso para su edad (menores de 5 años)	10%

Fuente: PNUD, 2004, Informe sobre Desarrollo Humano.

Pro Mujer Nicaragua desarrolló su estrategia de servicios de salud en respuesta a las principales problemáticas de salud enfrentadas por sus clientes, entre ellas el cáncer cérvico-uterino (una de las principales causas de muerte de las mujeres en Nicaragua). Un estudio llevado a cabo por consultores externos en 1999 indicó que la planificación familiar y la violencia familiar eran también problemáticas cruciales para las mujeres.<sup>7</sup> Con base en la información recibida de sus clientes, la IMF procedió a introducir los siguientes servicios de salud: exámenes ginecológicos (enfocados en prevención y detección del cáncer), planificación familiar, grupos de autoayuda dirigidos a combatir la violencia familiar, consejería en salud y redes de salud comunal (conformadas por clientes capacitadas como promotoras de salud). Las promotoras de salud son elegidas por cada asociación comunal y reciben certificado de un médico para impartir capacitación básica en salud a las integrantes de su asociación y la comunidad en su conjunto.

A fin de mejorar la cobertura y los servicios, en el 2001 Pro Mujer Nicaragua negoció alianzas con proveedores externos de salud. Estas alianzas permiten a la IMF referir a sus clientes y sus familias a hospitales y clínicas privadas con los que ha negociado honorarios reducidos. Además, estos proveedores ofrecen servicios de salud en las comunidades mediante campañas de salud organizadas, que en muchos casos no están disponibles en los centros médicos gubernamentales.



En el 2003, cuando Pro Mujer Nicaragua se dio cuenta de que el personal médico con que contaba no podía llegar a todas sus clientes, dotó a cada oficina departamental con un médico y dos enfermeras, en vez de varios médicos. Este paso ayudó a expandir la cobertura a la vez que mantuvo los costos bajo control.

#### **Recuadro 4. Mejora de la cobertura en Nicaragua rural**

Una estrategia clave de Pro Mujer Nicaragua es proveer servicios de salud en los poblados donde viven sus clientes. La IMF empezó ofreciendo pruebas de Papanicolau a sus clientes de las comunidades rurales. En tan sólo un mes, la institución procesó un total de 35 frotis de Papanicolau anormales, de los cuales 30 fueron premalignos y 5 cancerosos. De los 35 casos, 16 fueron realizados directamente en comunidades rurales. Esta clase de cobertura permite a Pro Mujer servir a mujeres que de otro modo serían renuentes o no podrían ir a un médico.

Los centros focales de Pro Mujer Nicaragua se diferencian de los de PM Perú y PM Bolivia debido a la dispersión geográfica de su población cliente. Actualmente la IMF tiene cuatro centros focales que sirven también como oficinas regionales de la IMF. Sin embargo, sólo alrededor del 10% de las asociaciones comunales se reúne en estos centros. El restante 90% se reúne en casas de clientes en sus comunidades locales.

En el 2005, Pro Mujer Nicaragua empezó una estrategia innovadora para llevar los servicios de salud directamente a las comunidades de las clientes. Las enfermeras y educadores de salud viajan a las zonas rurales en motocicleta y ofrecen in situ consultas medicas que incluyen pruebas de Papanicolau, planificación familiar y otros servicios. Este enfoque ha aumentado significativamente la cobertura de los servicios de salud de la IMF, particularmente el servicio de pruebas de Papanicolau, a la vez que mantiene la misma calidad del servicio proporcionado por las clínicas de los centros focales.

<sup>7</sup> Dr. Fredy Solís D. y Dra. Adilia Gadea P., 1999, "Estudio sobre Servicios Integrales en Salud, Pro Mujer Nicaragua", Pro Mujer Nicaragua, León.

## Perú

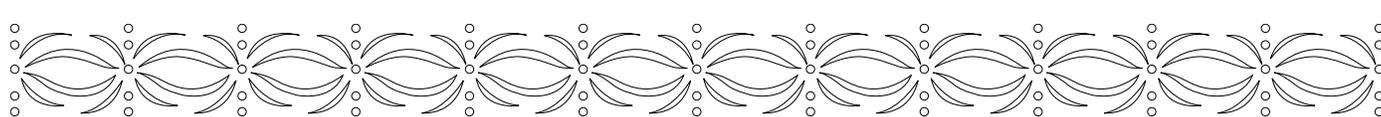
Pro Mujer Perú empezó sus operaciones en el 2000, ofreciendo servicios microfinancieros a mujeres a través de asociaciones comunales. Antes de abrirse a los negocios, la IMF promovió un enfoque integrado que incluiría servicios microfinancieros y de salud. Sin embargo, comenzó sus operaciones solamente con servicios financieros a fin de establecer primero la sostenibilidad. Lamentablemente, las clientes rápidamente se tornaron impacientes cuando se dieron cuenta de que no se ofrecían servicios de salud. Un año después de su lanzamiento, Pro Mujer Perú evaluó las necesidades de capacitación en salud de sus clientes y empezó a ofrecer servicios de capacitación en salud en sus centros focales, usando prestación de servicios paralelos. Las actividades de educación en salud de bajo costo auspiciadas por la IMF han incluido vídeos educativos, programas de radio y radionovelas sobre temas relacionados con la salud.

Después de mayores estudios sobre las necesidades de salud de las clientes y un análisis de mercado de los servicios disponibles, Pro Mujer Perú decidió actuar como facilitador, y no como proveedor directo de servicios de salud. En consecuencia, la IMF estableció vínculos con proveedores de salud con los cuales negoció tarifas reducidas. Las clientes escogieron entre una lista de proveedores públicos y privados y recibieron atención en las clínicas de éstos. Los factores que influyeron en la decisión de PMP de usar el enfoque vinculado en los servicios de salud fueron limitada disponibilidad de fondos de donantes para prestación de servicios de salud, falta de capacidad interna para administrar estos servicios y resultados positivos de la investigación de mercado que identificó un número suficiente de proveedores de salud interesados y en condiciones de trabajar con Pro Mujer, y dispuestos a negociar tarifas favorables a fin de obtener acceso a su creciente base de clientes.



**Tabla 3. Cronología del desarrollo de la estrategia Peruana**

2000	2002	2003	2004-2005
Empiezan operaciones con servicios microfinancieros.	Empieza capacitación en salud usando prestación de servicios paralelos.	Se forman alianzas con terceras partes proveedoras de servicios de salud, usando prestación de servicios vinculados..	Se reduce personal de salud a 1 educador en salud por cada 2 centros focales. La prestación de capacitación en salud pone énfasis ahora en los voluntarios.



Aunque no ofrece servicios de salud directamente, Pro Mujer Perú aprovecha el enfoque vinculado para organizar regularmente sus propias campañas de salud durante las cuales los proveedores de salud pasan un día en sus centros focales y prestan servicios tales como vacunaciones, pruebas de Papanicolaou y atención dental. Estas campañas buscan aumentar la accesibilidad de los servicios de salud y el número de clientes que los reciben, así como ayudar a las clientes a sentirse más en casa. Además, los educadores en salud de PMP hacen seguimiento de las clientes en casos serios para asegurar que reciban un adecuado tratamiento continuo.

Como los servicios de salud no generan ingresos directos, no hay una fuente de rentas, aparte de las donaciones, para pagar a los educadores en salud. En el 2003, cuando se terminaron los fondos de una donación importante que había financiado sus intervenciones en salud, Pro Mujer Perú decidió introducir un sistema de promotoras de salud voluntarias. Bajo este sistema, algunas clientes son elegidas por sus asociaciones comunales para recibir capacitación en salud y a su vez transmitir información sobre salud a las integrantes de las asociaciones. Aunque este enfoque ha resultado más eficiente en función de costos que pagar a personal educador en salud, las clientes han expresado una clara preferencia por contar con especialistas en salud en vez de personas voluntarias.

### Recuadro 5. La pobreza en el Perú

Población que vive por debajo de la línea de pobreza	49%
Población que vive con menos de US\$2 diarios	38%
Tasa de analfabetismo adulto	15%
Niños por debajo del peso para su edad (menores de 5 años)	7%

Fuente: PNUD, 2004, Informe sobre Desarrollo Humano.

Hasta el 2003, Pro Mujer Perú administró sus actividades en salud separadamente de sus servicios financieros, con poca interacción entre ellos. La capacitación en salud era impartida por personal separado con una programación diferente a las reuniones para el pago de préstamos. Sin embargo, a finales del primer año del programa de salud de Pro Mujer, una evaluación llevó a una mejor integración de los dos servicios (aunque todavía son proporcionados por personal diferente). Tanto los servicios financieros como las reuniones de salud fueron abreviados de modo que pudieran llevarse a cabo consecutivamente durante una misma visita. Este arreglo era más eficiente para la cliente, así como para el educador en salud,<sup>8</sup> que podía dar cobertura a más gente en un día. Desde entonces los educadores en salud se han convertido en parte integral del personal de un centro focal, donde pueden colaborar más fácilmente con el personal de servicios financieros.



<sup>8</sup> Aunque Pro Mujer Perú llama “promotores de salud” a estos miembros del personal, en este documento son denominados “educadores en salud” para distinguirlos de los promotores de salud voluntarios que son capacitados por las tres IMF incluidas en el estudio.

# Comparación de estrategias de servicios integrados

## Servicios de salud

Para resumir, además de servicios financieros y de educación en negocios, las tres IMF de Pro Mujer ofrecen *capacitación* en salud y desarrollo personal en las siguientes áreas:<sup>9</sup>

- atención básica en salud
- salud sexual y reproductiva
- salud materno-infantil
- higiene
- crecimiento personal
- liderazgo
- desarrollo de autoestima
- prevención de la violencia familiar
- educación cívica

Los servicios de *atención en salud* estándar ofrecidos por cada IMF (directamente o vía vínculos con contrapartes) incluyen consulta de atención primaria en salud, monitoreo prenatal y postnatal y vacunaciones, y consejería en planificación familiar y salud sexual y reproductiva. Desde este punto de partida común, cada país ha adaptado sus estrategias de intervención a las condiciones locales (véase tabla 4). Estas condiciones comprendían:

- las problemáticas de salud predominantes enfrentadas por las clientes
- las condiciones socioculturales y demográficas de la población objetivo en cada país
- la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para el grupo objetivo
- la disponibilidad de financiamiento (de los donantes) y disposición de las clientes a pagar por servicios de salud



<sup>9</sup> Nótese que las dos IMF de Pro Mujer más nuevas, en México y Argentina, en el momento en que se realizó la investigación para este estudio no ofrecían todavía módulos de educación en salud o vínculos con atención en salud y, por tanto, no fueron incluidas en el estudio.

**Tabla 4. Condiciones clave que afectan las estrategias de servicios de atención en salud de Pro Mujer**

Factores de mercado clave	Bolivia	Nicaragua	Perú
<b>Problemáticas de salud predominantes enfrentadas por las clientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en salud preventiva</li> <li>• Salud sexual reproductiva y planificación familiar</li> <li>• Salud materno-infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención preventiva en salud</li> <li>• Salud sexual y reproductiva y planificación familiar, específicamente, prevención del cáncer</li> <li>• Violencia familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención preventiva en salud</li> <li>• Salud sexual y reproductiva y planificación familiar</li> <li>• Salud materno-infantil</li> <li>• Violencia familiar</li> </ul>
<b>Condiciones socioculturales y demográficas de la población objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras culturales, exclusión social y discriminación</li> <li>• Bajos niveles de conocimientos en salud</li> <li>• Alta concentración de clientes en centros urbanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión social y económica</li> <li>• Bajos niveles de conocimientos en salud</li> <li>• Dispersión geográfica y aislamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión económica</li> <li>• Bajos niveles de conocimientos en salud</li> <li>• Ideas culturales erradas sobre la salud</li> <li>• Concentración de clientes en ciudades regionales</li> </ul>
<b>Disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para el grupo objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del sector público disponibles, pero de baja calidad</li> <li>• Servicios de salud privados accesibles a grupos de ingresos más altos</li> <li>• Proveedores de salud públicos y privados reuentes a ajustar servicios a necesidades de clientes de Pro Mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del sector público limitados en cantidad y calidad</li> <li>• Servicios de salud privados dirigidos a grupos de ingresos más altos</li> <li>• Proveedores de servicios públicos y privados dispuestos a negociar servicios y precios</li> <li>• Programas gubernamentales y no gubernamentales existentes en salud materno-infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del sector público adecuados, pero limitados en disponibilidad</li> <li>• Servicios de salud privados dirigidos a grupos de ingresos más altos</li> <li>• Proveedores de servicios públicos y privados dispuestos a negociar servicios y precios</li> </ul>
<b>Disponibilidad de financiamiento (de los donantes) y disposición de las clientes a pagar por servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento de los donantes fácilmente disponible</li> <li>• Fuerte capacidad de recaudación de fondos</li> <li>• Limitada disposición para pagar de parte de las clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento limitado de los donantes</li> <li>• Adecuada disposición para pagar de parte de las clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento limitado de los donantes</li> <li>• Adecuada disposición para pagar de parte de las clientes</li> </ul>

Las asociaciones comunales, con sus grupos solidarios correspondientes, funcionan como el vínculo clave entre los servicios microfinancieros y de salud de Pro Mujer. Las tres IMF usan la estrategia de agrupar clientes para reducir el costo de la prestación de servicios y aumentar la escala de la cobertura. Además, las tres instituciones imparten capacitación en salud como una parte obligatoria de la reunión de pago de préstamos. Cada institución, asimismo, solicita aportes de las clientes para diseñar el contenido de las sesiones de capacitación en salud, adaptando las sesiones a la meta de aumentar sus conocimientos y capacidad para cuidar de su propia salud.

Aunque las tres IMF capacitan voluntarias en salud dentro de sus grupos de clientes, los roles específicos de las voluntarias se diferencian ligeramente según el país. Las voluntarias son usadas para generar más sentido de propiedad sobre los servicios de salud, exhortar a las mujeres a hacerse pruebas de Papanicolaou y brindarles información sobre planificación familiar. Como se observó anteriormente, recientes recortes en los fondos obligaron a Pro Mujer Perú a reducir a la mitad el número de su personal de salud y capacitar clientes como voluntarias para actuar como promotoras de salud. Sin embargo, estos cambios han resultado impopulares entre las clientes, a quienes les gustaría ver un capacitador en salud profesional en cada centro focal.

En contraste con Perú, en Pro Mujer Nicaragua y Bolivia las voluntarias trabajan en conjunto con personal de salud dedicado. En Bolivia, las voluntarias están en la junta directiva de sus respectivas asociaciones comunales y coordinan con el personal de salud para monitorear las necesidades de las integrantes del grupo. En Nicaragua, las voluntarias sirven también a la comunidad en general, enfocando particularmente su atención en aumentar la conciencia de la salud sexual y reproductiva. Estas voluntarias

forman parte de una red a escala institucional de voluntarias en salud que se reúnen regularmente para recibir capacitación e intercambiar lecciones aprendidas.

La tabla 5 detalla las principales similitudes y diferencias entre las estrategias de intervención en salud de las tres IMF de Pro Mujer. Además de cuestiones de diseño, debe observarse que la gama de servicios ofrecidos por las tres IMF también varía. Las tres instituciones requieren capacitación en salud. Sin embargo, Pro Mujer Bolivia ha empezado a ofrecer a sus clientes una elección en el contenido de la capacitación. Una razón para esta innovación es el periodo relativamente más largo en que Pro Mujer Bolivia ha estado operando. Muchas de sus clientes han participado en capacitación en salud desde hace años y, por tanto, demandan nuevos temas que reflejen el cambio en sus necesidades. Por ejemplo, la educación en salud materna era un tema importante para las mujeres que se convirtieron en clientes de Pro Mujer hace más de una década. Hoy, algunas de estas mismas mujeres están pidiendo información sobre menopausia.

Una última pero importante diferencia en las metodologías de prestación de atención en salud entre las tres IMF es el método de pago. En Bolivia, las clientes pagan una suma fija en honorarios por servicios de capacitación y salud, lo cual les da a ellas y sus familias el derecho a usar los servicios propios de la IMF tantas veces como lo necesiten. En Nicaragua, las clientes pagan una suma fija en honorarios por capacitación en salud y honorarios subsidiados por atención médica. (Los servicios de planificación familiar son la excepción y son ofrecidos gratuitamente.) Finalmente, en el Perú las clientes no pagan por capacitación en salud aparte de intereses y comisiones por sus préstamos, pero sí pagan tarifas reducidas por servicios médicos que eligen recibir de proveedores aliados.

## Servicios financieros

Aunque las variaciones en las condiciones del sector salud produjeron diferentes diseños de los programas de salud en Bolivia, Nicaragua y Perú, los servicios microfinancieros ofrecidos en cada país son muy similares. La metodología microfinanciera básica de Pro Mujer, una variación de la banca comunal, se basa en asociaciones comunales de entre 20 y 30 integrantes, que se subdividen en grupos de solidaridad de entre 5 a 7 integrantes. Cada asociación y grupo elige su propia directiva.

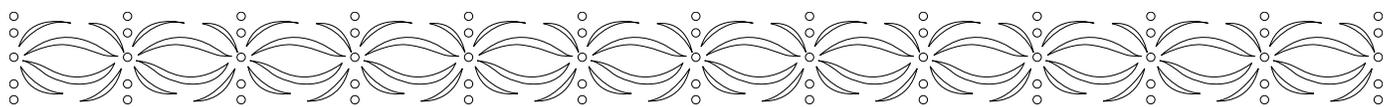
Las integrantes de los grupos solidarios piden préstamos y ahorran juntas, y generalmente se reúnen dos veces al mes con los grupos de su asociación comunal para procesar los pagos de los préstamos, depositar ahorros y participar en educación en salud. La mayoría de tales reuniones se realizan en los centros focales de las IMF en Bolivia y Perú, y en comunidades locales en Nicaragua (90% de

todas las reuniones). Aunque la asociación comunal es el principal mecanismo de prestación de servicio, Pro Mujer Bolivia introdujo recientemente un producto crediticio individual; Pro Mujer Nicaragua ofrece también un producto de grupo solidario.

Entre los productos crediticios ofrecidos por las tres IMF figuran préstamos estándar para capital de trabajo (extendidos a asociaciones comunales y grupos solidarios), préstamos estacionales a integrantes solventes de asociaciones comunales y, en el caso de Bolivia, préstamos individuales. Las tres IMF ofrecen servicios de ahorros tanto obligatorios como voluntarios. Pro Mujer Bolivia ofrece también servicios de depósitos de ahorros individuales mediante una alianza con el Fondo Financiero Privado para el Fomento a Iniciativas Económicas, o FIE.

**Tabla 5. Comparación de las estrategias de intervención en salud de Pro Mujer en tres países**

	Bolivia	Nicaragua	Perú
<b>Servicios ofrecidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios médicos directos: ginecología, atención prenatal y postnatal, medicina general, atención al bebé sano, vacunaciones a niños y adultos</li> <li>Consultas y métodos de planificación familiar</li> <li>Servicios especializados a través de alianzas</li> <li>Seguimiento en caso de enfermedad grave o exámenes de laboratorio anormales para asegurar que las clientes reciban atención adecuada</li> <li>Capacitación y concienciación en salud preventiva y el derecho a acceder a atención en salud</li> <li>Capacitación de voluntarias en salud dentro de los grupos de clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios médicos directos: ginecología, medicina general</li> <li>Consultas y métodos de planificación familiar</li> <li>Servicios especializados ofrecidos a través de alianzas que se enfocan en salud de la mujer</li> <li>Seguimiento en caso de enfermedad grave o exámenes de laboratorio anormales para asegurar que las clientes reciban atención adecuada</li> <li>Capacitación en salud sexual y reproductiva, prevención de violencia familiar, derechos de la mujer y autoestima, problemática de género</li> <li>Capacitación de voluntarias en salud dentro de los grupos de clientes</li> <li>Capacitación de líderes en desarrollo comunal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amplia gama de servicios de atención en salud y consulta mediante alianzas</li> <li>Seguimiento en caso de enfermedad grave o exámenes de laboratorio anormales para asegurar que las clientes reciban atención adecuada</li> <li>Capacitación y concienciación en salud preventiva y el derecho a acceder a atención en salud</li> <li>Capacitación de voluntarias en salud dentro de los grupos de clientes</li> </ul>
<b>Pago por servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarifa plana de US\$0.50 mensuales cobrada a todas las clientes como parte de los pagos de préstamos. Las clientes y sus familias pueden acceder a todos los servicios proporcionados por las clínicas sin cobro extra</li> <li>Proveedores aliados cobran a las clientes de Pro Mujer honorarios con descuentos por sus servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los servicios se dan sobre la base de tarifa reducida por servicio, excepto planificación familiar, que es gratuita</li> <li>Prestadores aliados cobran a clientes de Pro Mujer honorarios con descuentos por sus servicios</li> <li>Se cobra una comisión de US\$0.23 por sesión de capacitación, incluyendo capacitación en salud y crédito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se hacen cobros adicionales por capacitación</li> <li>Proveedores aliados cobran a las clientes de Pro Mujer honorarios con descuentos por sus servicios</li> </ul>
<b>Proveedores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención en salud directa proporcionada por Pro Mujer</li> <li>Acuerdos formales con proveedores aliados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención en salud directa proporcionada por Pro Mujer</li> <li>Acuerdos formales con proveedores aliados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acuerdos formales con proveedores aliados, que brindan atención</li> </ul>
<b>Lugar de prestación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los servicios de salud son brindados en centros focales en las comunidades de clientes</li> <li>Se imparte capacitación en centros focales</li> <li>Se brindan referencias para atención avanzada en establecimientos externos (ej., partos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayoría de servicios de salud directa es brindada en centros focales</li> <li>También se brinda pruebas de Papanicolau y planificación familiar en las comunidades</li> <li>Se imparte capacitación en centros focales para clientes vecinas, así como en las aldeas para clientes más distantes</li> <li>Se brindan referencias para atención avanzada en establecimientos externos (ej., partos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayoría de servicios de salud es brindada por proveedores aliados en sus oficinas</li> <li>Ciertos servicios de salud son brindados en centros focales durante campañas de salud periódicas</li> <li>La capacitación es impartida en los centros focales</li> </ul>



### III. Beneficios para la salud y calidad de los servicios

#### Beneficios para los clientes



Dados los recursos disponibles para este estudio, no fue posible un estudio exhaustivo del impacto epidemiológico de los servicios de salud de Pro Mujer. Sin embargo, el estudio buscó obtener una mejor comprensión de cómo perciben las clientes los beneficios cualitativos de estos servicios. Con tal fin, el equipo de investigación realizó extensas entrevistas en grupos focales,<sup>10</sup> lo cual le permitió discernir patrones claros de preferencias de la clientela, junto con cambios específicos en los conocimientos, actitudes y prácticas de las clientes. Además de cambios en las prácticas de salud, los resultados del sondeo de grupos focales indicaron que las clientes de Pro Mujer experimentaron también mejoras en áreas difíciles de cuantificar tales como empoderamiento y autoconfianza.

En general, las participantes de los grupos focales expresaron un alto nivel de satisfacción con la oferta integrada de servicios microfinancieros y de salud. Durante las entrevistas, las clientes señalaron que valoraban los siguientes beneficios:

- capacitación en autoestima y temas de salud
- capacitación en empoderamiento, que ha llevado a cambios positivos tanto en las prácticas de salud como en la posición social

- servicios de salud a precios más asequibles, con significativos descuentos en comparación con los proveedores normales
- capacidad para acceder a especialistas médicos mediante las alianzas
- campañas de atención en salud convenientes y accesibles
- en casos serios Pro Mujer hace seguimiento con otros proveedores de salud

Todos los grupos focales informaron que la capacitación de Pro Mujer había ocasionado cambios en sus prácticas de salud. Un cambio principal en cada país fue el mayor conocimiento y práctica de la prevención del cáncer mediante pruebas de Papanicolau. En su gran mayoría, las clientes informaron de significativos aumentos en exámenes preventivos regulares. Por ejemplo, mientras que sólo 36% de las mujeres en grupos focales informó haber tenido un examen ginecológico y prueba de Papanicolau antes de afiliarse a Pro Mujer, más de 95% había tenido un examen desde que se afilió a la IMF.

<sup>10</sup> Pro Mujer seleccionó y organizó grupos focales representativos de entre 10 y 20 clientes, usando clientes de diferentes asociaciones comunales.



**Recuadro 6. Temas de capacitación en salud más importantes identificados por las clientes de Pro Mujer**

- autoestima
- prevención del cancer cervical
- planificación familiar
- derechos sexuales y reproductivos
- enfermedades de transmisión sexual
- violencia doméstica
- embarazo y riesgos de aborto
- higiene
- salud infantil (ej., lactancia materna, deshidratación, infecciones respiratorias, vacunas, nutrición)
- menopausia
- relajación y salud mental

En Bolivia, además de las pruebas de Papanicolau, las mujeres informaron que cada vez más practicaban planificación familiar, mejor nutrición y cuidado general del embarazo. También estaban más dispuestas a ver a un médico para atención preventiva. Las clientes informaron que antes de hacerse clientes de Pro Mujer, tenían ver a un médico, pero que ahora habían superado ese temor y actuaban con más iniciativa en cuestiones de salud. Como los médicos ofrecen servicios de salud en los centros focales de Pro Mujer, las mujeres los ven con más regularidad y con el tiempo llegan a conocerlos y confiar en ellos. Por ejemplo, más de 65% de participantes de grupos focales informó haber visto un profesional de salud en los últimos 6 meses.

Médicos de los servicios públicos de salud entrevistados para este estudio recalcaron la importancia de poder realizar seguimiento de salud a las clientes de Pro Mujer. Gracias a su conocimiento de las clientes y contacto regular con ellas, Pro Mujer puede

asegurar que las clientes que tengan resultados anormales en sus exámenes reciban la atención médica necesaria. Los centros de salud públicos, que no tienen esta clase de relación permanente con sus clientes, a veces “pierden” pacientes que tienen resultados anormales en sus exámenes porque la dirección que presentan es incorrecta o se mudan. Los médicos del gobierno también resaltaron los beneficios de la educación en salud, afirmando que las clientes de Pro Mujer estaban sistemáticamente mejor informadas sobre su salud que las que no eran clientes, y que sabían cuándo buscar atención médica durante el embarazo, reduciendo así grandemente los riesgos durante el embarazo.

**Recuadro 8. Impacto sobre la autoestima**

Hace doce años, un ama de casa desempleada llevó a su renuente esposo a Pro Mujer para convencerlo de dejarla afiliarse y tomar un préstamo. Su afiliación a Pro Mujer ha mejorado la autoestima de ella. Desde entonces ha aprendido a cuidar mejor de sus hijos y ahora maneja dos prósperos negocios. Cuando hace poco su esposo perdió su empleo, lo contrató para ayudarla en uno de sus negocios.

Las clientes de los grupos focales señalaron también los beneficios adicionales del mayor uso de la planificación familiar, mejor comunicación con sus esposos referente a su uso, menor violencia familiar, mayor práctica de exámenes de mama y mayor autoconfianza. Estas mejoras en conocimientos y confianza llevaron también a algunas mujeres a asumir un mayor rol en sus comunidades y mejorar su posición social. En Perú las mujeres de los grupos focales dijeron que habían experimentado importantes cambios en su autoestima y la capacidad para hacerse cargo de su vida y su salud.

**Recuadro 7. Impacto educativo de los servicios de salud**

Un médico de un centro de salud gubernamental aliado a Pro Mujer Bolivia pidió a sus clientes de Pro Mujer que estuviesen presentes cuando inspectores del departamento de salud visitaran su centro. Sabía que ellas estarían bien preparadas para responder a cualquier cuestión relativa a prácticas de salud durante el embarazo.

**Recuadro 9. Principales cambios en las prácticas de salud informados por las mismas mujeres**

- se hacen pruebas de Papanicolau regulares
- usan planificación familiar
- buscan atención médica inmediatamente durante un embarazo difícil
- comen mejor durante el embarazo
- buscan atención médica oportuna (no esperan que ocurra una emergencia)

Asimismo, los grupos focales informaron de una serie de cambios en las prácticas de salud (véase recuadro 9). Varios de estos cambios han sido también documentados por Pro Mujer Bolivia en detalladas evaluaciones de impacto. Por ejemplo, un estudio realizado en mayo del 2003 por la IMF boliviana confirmó que los hijos de las familias clientes de Pro Mujer tenían más probabilidad de haber hecho una visita de salud preventiva a un médico en el año anterior (55%) que el grupo de control (46%). Lo mismo resultó cierto para integrantes adultos de las familias clientes, pues 56% había recibido atención médica el año anterior, en comparación con sólo 48% en el grupo de control.<sup>11</sup>

Otros estudios registraron constataciones positivas similares. En Perú, un estudio interno de PMP en el 2004 indicó que 90% de los hijos menores de 5 años de las clientes participaron en el monitoreo de crecimiento, y 92% de las clientes amamantaban a sus bebés.<sup>12</sup> Un estudio del 2004 en Nicaragua encontró que 48% de las clientes de Pro Mujer se había hecho una prueba de Papanicolau en los doce meses previos al estudio, y otro 20% en los 24 meses anteriores.<sup>13</sup>

Autoridades de salud pública y proveedores de salud asociados que fueron entrevistados para el estudio señalaron la importancia de ofrecer servicios a una población prioritaria (mujeres en sus años fértiles), lo cual apoya las metas generales del sistema de salud pública. Estos proveedores encuentran también a las clientes de Pro Mujer mejor motivadas para cuidar de su salud, más enteradas de los temas de salud básica y más capaces de expresar sus necesidades y demandar servicios de calidad.

### **Recuadro 10. Empoderar a las mujeres con conocimientos de salud**

**Para ilustrar sus mayores conocimientos y empoderamiento, una cliente de Pro Mujer relató cómo se había negado a ser examinada con equipos no esterilizados en un centro de salud público. Describió cómo le hizo frente a un médico que insistió en que no había verdadera necesidad de usar un espéculo esterilizado para su frotis de Papanicolau, e insistió en que el médico usara un instrumento esterilizado.**

<sup>11</sup> Finrural, Asociación de Instituciones Financieras para el Desarrollo Rural, 2003, "Evaluación de Impactos de Programas para la Mujer (Pro Mujer) Bolivia - Informe Final", Finrural, La Paz.

<sup>12</sup> Julio Sosa, 2005, "Estudio de Impacto de Salud y Desarrollo Humano", Pro Mujer Perú, Puno.

<sup>13</sup> Sonia Morán, 2004, "Impactos de los servicios de Pro Mujer Nacional, Informe Final", Pro Mujer Nicaragua, León.

Finalmente, el estudio estableció que las clientes valoraban claramente tanto los servicios de atención en salud como los de capacitación brindados por y a través de Pro Mujer. Usando la metodología de sondeo Delphi, se pidió a las participantes de los grupos focales que nombraran todos los beneficios de trabajar con Pro Mujer. Cada beneficio nombrado por el grupo fue anotado en un papelógrafo. Luego se pidió a cada participante que votara por los dos beneficios más importantes para ella personalmente; luego se elaboró un cuadro de resultados. (Véase en la tabla 6 los resultados detallados del sondeo de preferencias.) Este ejercicio llevó a una serie de hallazgos, entre ellos:

- Las clientes prefieren claramente servicios de crédito y salud por encima de todos los demás servicios. De hecho, crédito y salud fueron los dos únicos servicios mencionados por el 100% de todos los grupos focales organizados para el estudio y ocuparon los puestos número uno y número dos, respectivamente, en términos de votos generales. De 126 votos posibles, los servicios de crédito recibieron 100 votos, y los servicios de salud, 74.
- Los servicios de ahorros y educación en salud también fueron populares con las clientes. Los servicios de salud fueron señalados por 56% de todos los grupos focales, y los servicios de salud, por 44%. En términos de votos individuales, los ahorros ocuparon el número tres, recogiendo 34 de 126 votos, y la educación en salud, número cuatro, con 21 votos. Otros servicios quedaron significativamente por detrás de los cuatro superiores en la preferencia de las clientes.
- Aunque los servicios financieros y de salud fueron claramente los más mencionados por las clientes, las preferencias entre países y grupos variaron significativamente. Las discusiones con grupos focales luego del ejercicio de valoración de servicios aclararon que, como regla, las clientes veían la capacitación en salud y la atención primaria en salud como un paquete. Esta percepción puede ser una explicación de la variedad de respuestas.
- El uso de una estrategia de intervención vinculada para prestar servicios de salud no parece disminuir el valor asignado a los servicios de salud. En el caso de Perú, aunque los proveedores de salud aliados prestan los servicios, los grupos focales pusieron los servicios de salud más arriba que ciertos grupos en países donde Pro Mujer presta directamente estos servicios.
- Las bajas respuestas para la capacitación en salud en Bolivia (véase tabla 6) dan base para un mayor análisis. Como se observó anteriormente, dada la edad de la institución y el hecho de que muchas mujeres son sus clientes desde hace años, los servicios de salud pueden ahora ser percibidos simplemente como algo que se da por hecho.

**Tabla 6. Servicios de Pro Mujer, clasificados por grupos focales y clientes individuales**

	Bolivia			Perú			Nicaragua		
	Grupo focal 1	Grupo focal 2	Grupo focal 3	Grupo focal 4	Grupo focal 5	Grupo focal 6	Grupo focal 7	Grupo focal 8	Grupo focal 9
Número de clientes en grupo focal	20	15	20	14	11	10	11	14	11
Servicio	Número de clientes de grupo focal que clasifican el servicio entre sus máximas dos prioridades								
Crédito	18	13	16	12	9	1	11	10	11
Servicios de salud	18	2	10	1	8	10	11	3	11
Ahorros		12	6	14		1		1	
Capacitación en salud	2				1	6		12	
Responsabilidad personal			6						
Capacitación en negocios	2	2	1					1	
Capacitación en artesanías				1	1	1			
Servicios legales					1	1			
Capacitación en inversiones						2			
Capacitación empresarial						1			
Capacitación en computadoras		1							

Nota: Se entrevistó un total de 126 clientes, con un promedio de 14 participantes por grupo focal. Los grupos 1 a 4 fueron realizados en Bolivia, los grupos 5 y 6 fueron realizados en Perú, y los grupos 7 a 9 fueron realizados en Nicaragua.

## Calidad del servicio

Aunque el equipo de estudio no tenía recursos suficientes para evaluar la calidad clínica de los servicios de salud de Pro Mujer, la satisfacción de la clientela con la calidad del servicio fue medida en entrevistas tanto con grupos focales de clientes como con terceras partes proveedoras de salud. En estas entrevistas, las clientes describieron frecuentemente su percepción de las diferencias cualitativas entre los servicios de Pro Mujer y los de otros proveedores de salud. (Esta percepción fue expresada también con respecto a la calidad de los servicios prestados por proveedores de salud privados vinculados a Pro Mujer Perú.)

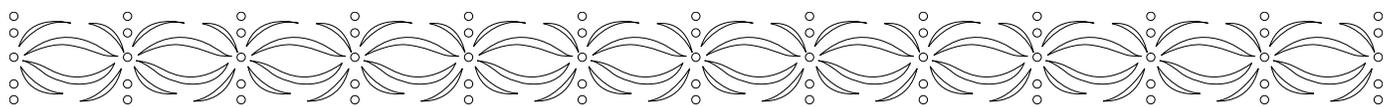
En Bolivia, por ejemplo, las clientes afirmaron que Pro Mujer no discrimina a los pobres y que confían en los proveedores de salud de Pro Mujer más que en otros proveedores. Participantes de grupos focales en Nicaragua observaron que se sentían más seguras en clínicas de Pro Mujer que en centros de salud gubernamentales debido al mejor manejo de la higiene y esterilización de equipos en Pro Mujer.

A fin de garantizar la seguridad de sus pacientes, las clínicas de Pro Mujer siguen las normas establecidas por las autoridades de salud del gobierno. Sin embargo, puesto que los organismos gubernamentales no tienen los recursos para realizar inspecciones

permanentes de estas clínicas, la observancia de sus normas es en gran parte un proceso de autorregulación. Los funcionarios de salud gubernamentales entrevistados en Bolivia confirmaron que las clínicas de Pro Mujer mantienen los estándares del Ministerio de Salud.

En Perú, Pro Mujer enfrenta un desafío diferente, pues no presta servicios directamente. Por consiguiente, la IMF monitorea indirectamente la calidad de los servicios de los proveedores aliados comunicándose regularmente con las clientes que han usado estos servicios. Pro Mujer Perú asume también un rol proactivo al negociar convenios sobre los servicios y condiciones prestados por los proveedores aliados. Si las clientes dejan de sentirse satisfechas con la calidad del servicio, Pro Mujer puede negarse a renovar un convenio de servicios. La IMF sigue también expandiendo el número de proveedores con los que tiene alianzas.

Otro indicador de la calidad del servicio es la accesibilidad de los servicios de salud. Cada IMF usa una estrategia que ofrece diferentes niveles y formas de accesibilidad a los servicios de salud. La Tabla 7, por ejemplo, ilustra el personal médico disponible en los centros focales de Pro Mujer.



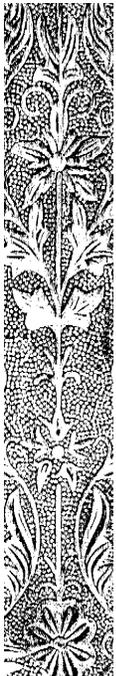
**Tabla 7. Comparación del personal médico en las IMF de Pro Mujer**

	Médicos	Enfermeras
<b>Bolivia</b>	12 médicos en el personal. Cada centro focal tiene un médico disponible 1 día por semana de manera rotatoria.	42 enfermeras y 12 asistentes de enfermería en el personal. Disponibles 5 días a la semana en cada centro focal de manera permanente.
<b>Nicaragua</b>	4 médicos en el personal. Un médico está disponible 3-4 días por semana en cada centro focal de manera permanente. Los médicos visitan las comunidades clientes 1 día por semana y capacitan promotoras 1 día por semana.	8 enfermeras en el personal. 2 enfermeras o asistentes están disponibles en cada centro focal de manera permanente, donde ofrecen capacitación y consultas a la comunidad.
<b>Perú</b>	No hay médicos en el personal. Se cuenta con médicos en los centros focales durante campañas de salud, y en consultorios de proveedores privados aliados de manera permanente.	3 enfermeras en el personal como educadoras en salud, que imparten capacitación en salud.

El hecho de que las tres IMF ofrezcan acceso conveniente a servicios de salud, directamente o a través de vínculos con contrapartes aliadas, distingue a Pro Mujer de otras organizaciones crediticias tanto en sus áreas de operación como en el ramo en general. Mantener un personal de salud permanente en los centros focales mejora la conveniencia de los servicios de salud y disminuye su costo de transacción. Además, al coordinar las visitas médicas con las reuniones de crédito, las clientes de Pro Mujer Bolivia se ahorran un viaje separado a la clínica para atención en salud rutinaria. Pro Mujer Nicaragua ha llevado la accesibilidad un paso más allá brindando ciertos servicios directamente a las comunidades rurales durante las reuniones de asociación comunal.

Aunque Pro Mujer Perú no presta servicios directamente, las campañas de salud periódicas en sus centros focales aumentan la accesibilidad de sus servicios de salud. Un inconveniente de esta estrategia de intervención es que tales campañas no son continuas y pueden requerir una visita separada al centro focal (esto es, en un día en que una cliente no tiene una reunión de asociación comunal). Sin embargo, los proveedores aliados están disponibles en sus propios consultorios de manera permanente.





**“El hecho de que las tres IMF ofrezcan acceso conveniente a servicios de salud, directamente o a través de vínculos con contrapartes aliadas, distingue a Pro Mujer de otras organizaciones crediticias tanto en sus áreas de operación como en el ramo en general. Mantener un personal de salud permanente en los centros focales mejora la conveniencia de los servicios de salud y disminuye su costo de transacción.”**

## IV. Análisis de asignación de costos



### Desarrollo de la metodología de contabilidad de costos

Al seleccionar la metodología de costeo para este estudio, Pro Mujer investigó diferentes enfoques, incluyendo el costeo basado en actividades y la asignación de costos. Se escogió la metodología de asignación de costos porque es relativamente simple implementarla y replicarla y por el hecho de que requiere recopilar menos información. Luego, la oficial financiera de Pro Mujer Internacional (la oficina central de la red) desarrolló un conjunto estandarizado de hojas de cálculo e índices de asignación de costos,<sup>14</sup> con base en la estructura general de estado de ingresos y balance de Pro Mujer, así como una guía de usuarios que sugiere métodos de asignación para diferentes renglones.

La implementación de esta metodología se vio facilitada por el hecho de que, como integrantes de la red Pro Mujer, las tres IMF tenían similares tablas de cuentas y sistemas contables. (Éstos

no son enteramente los mismos porque las IMF modifican sus sistemas contables para cumplir con las normas y reglamentos nacionales.) Cada IMF de Pro Mujer revisó los métodos de asignación sugeridos, seleccionó los índices de asignación adecuados a sus respectivos contextos operativos y llenó las hojas de cálculo usando estados financieros auditados del 2002, 2003 y 2004.

Los resultados de un ejercicio de monitoreo de hojas de tiempo de dos semanas fueron añadidos también a las hojas de cálculo de asignaciones. (Los datos de las hojas de tiempo fueron calculados por área de servicio —ej., servicios financieros, salud, desarrollo empresarial, centro de cómputo, etc.—, por cargo, y por salario y beneficios por hora y por mes). Durante las visitas de campo, la oficial financiera de PMI y el equipo de estudio revisaron con los gerentes financieros los índices seleccionados, las hojas de tiempo y la asignación de costos directos e indirectos. Los resultados de la revisión fueron verificados y discutidos con la gerencia, y se hicieron los ajustes necesarios.

<sup>14</sup> Se desarrolló un total de ocho índices de asignación recomendados, entre ellos un índice de costos directos, índice de costos operativos directos, índice simple de personal e índices de tiempo del personal y de costo del personal. Las tres IMF de Pro Mujer usaron diferentes índices, dependiendo de cuál índice se vinculaba más estrechamente con el renglón que debía asignarse y la precisión de sus datos de hojas de tiempo. Los índices específicos usados por cada IMF en el estudio aparecen en el anexo 4.

## Hallazgos

### Autosuficiencia operativa y cobertura de costos

Antes de implementar el ejercicio de asignación de costos, cada IMF de Pro Mujer podía calcular la rentabilidad institucional global, pero sólo podía estimar la sostenibilidad de los servicios individuales (servicios financieros o de desarrollo humano). También asignaban casi todos los costos indirectos a los servicios financieros.<sup>15</sup> Este sistema era impreciso y abiertamente conservador. Subestimaba la sostenibilidad de los servicios financieros, al tiempo que sobrestimaba la de los servicios de desarrollo humano.

Los estados financieros auditados de las IMF de Pro Mujer revelaron que, sobre una base consolidada, las tres instituciones son rentables (esto es, el total de ingresos es mayor al total de costos). La autosuficiencia institucional global en el 2004 osciló entre 109% en Bolivia, 121% en Nicaragua y 141% en Perú. Sin embargo, estas cifras de ganancias y pérdidas no son particularmente útiles para manejar áreas de servicio separadas, porque ponen en un solo sitio ingresos y gastos para todos los servicios. Sin asignar costos directos e indirectos a cada servicio, Pro Mujer no podía determinar si los servicios de desarrollo humano eran sostenibles (con base en los ingresos directos y donaciones), ni podía determinar el nivel de subsidio de otros servicios de generación de ingresos (en particular, servicios crediticios).

La razón principal para implementar este ejercicio de asignación de costos era comprender mejor cómo los ingresos y gastos generados por diferentes servicios contribuían (o dificultaban) la autosuficiencia institucional global. Los datos generados por el ejercicio deben también mejorar la capacidad de Pro Mujer para gestionar sus programas y planificar el futuro. Asignando adecuadamente los gastos directos e indirectos y desagregando los ingresos derivados de cada servicio, el equipo del estudio pudo examinar en detalle la sostenibilidad de los servicios financieros y de salud de cada IMF.

El impacto de esta asignación fue significativo. Después de asignar costos indirectos, los costos totales del servicio de salud en los tres programas subieron en 50%-150% sobre los costos directos. Estos datos no deben ser vistos como una razón para dejar de ofrecer servicios de salud. Más bien deben ser usados para comprender, y planificar, mejor la sostenibilidad de las operaciones de Pro Mujer en su conjunto.

Es importante observar que asignar costos indirectos con precisión afecta más que tan sólo los resultados financieros de

las operaciones de salud. En cada IMF incluida en el estudio, el ejercicio de asignación de costos aumentó las tasas reportadas de autosuficiencia operativa de sus servicios financieros (véase tabla 8), puesto que la gran mayoría de costos indirectos había sido asignada anteriormente a estas operaciones. El aumento de la sostenibilidad operativa en los servicios financieros fue en promedio 20%.

Las comparaciones directas de costos entre las tres IMF de Pro Mujer deben ser interpretadas con cautela. Aun así, es interesante analizar tendencias generales en desempeño y gastos, por ejemplo:

- En Bolivia, un presupuesto de US\$419,549 pone los servicios de salud a disposición de 48,496 clientes y sus familias.
- En Perú, un presupuesto de US\$58,365 pone los servicios de salud a disposición de 22,871 clientes y sus familias.
- En Nicaragua, un presupuesto de US\$156,099 pone los servicios de salud a disposición de 17,413 clientes y sus familias.

A fin de tener una perspectiva de los datos financieros contenidos abajo en la tabla 9, es importante observar varias importantes cuestiones que influyen en estos números. Aunque es tentador comparar el desempeño institucional directamente, debe tenerse en cuenta que la cartera de Pro Mujer Bolivia tiene 7 años más y es 3.5 veces más grande que Pro Mujer Nicaragua, y tiene 11 años más y es 2.5 veces más grande que Pro Mujer Perú. Por ello, las comparaciones directas deben hacerse con cuidado.

Por ejemplo, Pro Mujer Nicaragua es la más pequeña de las tres tanto en el número de clientes como en el tamaño de la cartera, y tiene las operaciones más caras en términos de costo por cliente y porcentaje de costos de salud en relación con total de costos. Una interpretación directa de estos datos podría ser que los programas de Nicaragua no son tan eficientes como los programas de los otros dos países, pero la naturaleza muy diferente de los servicios que ofrecen llevaría a errar en tal conclusión. Para citar otro ejemplo, Pro Mujer Perú tuvo el costo más bajo por cliente y el porcentaje más bajo de costos de salud en relación con total de costos en el 2004. Sin embargo, Perú cambió su metodología ese año, y si uno mira años anteriores, sus porcentajes son comparables con otros programas. Además, Perú tiene un costo por cliente más bajo, y no obstante este costo no incluye servicios directos; sólo capacitación y vínculos con proveedores de salud aliados.

Teniendo en cuenta las indicadas advertencias, varias tendencias generales notables no se vieron tan sujetas a variables exógenos. Por

<sup>15</sup> A fin de calcular la sostenibilidad de los servicios financieros, las IMF de Pro Mujer eliminaban sólo los costos de salud directos y asignaban todos los costos de salud indirectos y otros servicios a los servicios financieros.

**Tabla 8. Autosuficiencia operativa de los servicios crediticios antes y después de la asignación de costos**

	Bolivia			Perú			Nicaragua		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Antes de la asignación de costos	113%	117%	113%	151%	139%	134%	90%	112%	131%
Después de la asignación de costos	120%	126%	134%	152%	165%	174%	100%	146%	159%

ejemplo, el estudio encontró de manera concluyente que ninguno de los servicios de salud era operativamente autosuficiente con base en los ingresos generados por los servicios mismos. En el 2004, los niveles de autosuficiencia operativa<sup>16</sup> de los servicios de salud oscilaron entre un mínimo de 0.6%<sup>17</sup> en Perú, 9% en Nicaragua y un máximo de 56% en Bolivia. El nivel más alto de autosuficiencia operativa para los servicios de salud en el periodo 2002-04 fue 80% en Bolivia. En promedio, en tres años las tres IMF cubrieron 28% de sus costos operativos por servicios de salud con ingresos directos.

Sin embargo, cuando se incluyen donaciones por servicios de salud, los niveles de cobertura de costos globales<sup>18</sup> aumentaron significativamente. Hubo una amplia variedad de cobertura de costos globales por servicios de salud en el 2004, desde un mínimo de 0.6% en Perú, 57% en Nicaragua, hasta un máximo de 100% en Bolivia. De los tres programas, Pro Mujer Bolivia tuvo la tasa más alta de recuperación de costos por servicios de salud, 142%, en el 2003.

Debe también observarse que Pro Mujer Perú alcanzó 87% de cobertura de costos por sus servicios de salud en el 2003 (con base en donaciones), pero sólo 0.6% cuando una donación para los servicios de salud terminó en el 2004. El promedio de la cobertura de costos globales de los servicios de salud (incluyendo donaciones) en los tres países en tres años fue 79%. Las cifras de Pro Mujer Bolivia muestran claramente que incluso después de asignar costos indirectos — los costos globales más altos entre las tres IMF estudiadas —, los servicios de salud pueden cubrir todos los costos mediante ingresos por honorarios y donaciones.

<sup>16</sup> La autosuficiencia operativa se calcula como (ingresos directos + ingresos indirectos)/(costos directos + costos indirectos). Los ingresos indirectos incluyen ingresos por inversiones y diferencias positivas de cambio que no pueden ser asignados plenamente a un solo servicio. No incluyen donaciones.

<sup>17</sup> En el 2004, Pro Mujer Perú no tuvo donaciones ni ingresos directos por sus servicios de salud. El 0.6% proviene de ingresos indirectos generados al asignar diferencias positivas de cambio e intereses por inversiones.

<sup>18</sup> La cobertura de costos se calcula como (ingresos directos + ingresos indirectos + donaciones)/(costos directos + costos indirectos).

<sup>19</sup> Para los propósitos de este documento, la autosuficiencia operativa es determinada con base en los ingresos operativos generados por un servicio. La cobertura de costos se basa tanto en los ingresos operativos como en las donaciones.

El hecho de que los servicios de salud de cada IMF no cubran todos sus costos con ingresos por honorarios y donaciones indica claramente que los servicios financieros están en cierto grado subsidiando las intervenciones en salud. Aunque las IMF estaban conscientes de que se estaba produciendo este subsidio cruzado, no podían determinar la magnitud de la transferencia hasta que realizaron el ejercicio de asignación de costos. Los subsidios implicados para el 2004 fueron desde 0% en Bolivia hasta 99% en Perú. En el más reciente periodo trienal, el promedio de subsidios implicados va desde un 21% negativo en Bolivia, hasta 32% en Nicaragua y 51% en Perú.

El análisis de la autosuficiencia operativa y la cobertura de costos muestra que los servicios financieros de las tres IMF están generando márgenes suficientes para extender subsidios cruzados a sus servicios de salud. Al mismo tiempo, la tendencia declinante en la autosuficiencia operativa de los servicios de salud debe ser monitoreada. En los tres casos, la autosuficiencia operativa de los servicios de salud fue más baja en el 2004 que en el 2002, indicando que se necesitarán más ingresos por donaciones o subsidios cruzados a fin de mantener los actuales niveles de servicio.

La tabla 9 resume datos sobre el tamaño, eficiencia y sostenibilidad de las tres IMF de Pro Mujer.<sup>19</sup> Aunque estos datos fueron recopilados usando la misma metodología, no son completamente comparables porque los costos analizados representan diferentes clases y niveles de servicio para cada IMF. Además, las IMF con programas más antiguos y centros focales más antiguos tienden a parecer más eficientes, pues han tenido más tiempo para cubrir sus costos iniciales. Finalmente, los ingresos por donaciones tienden a presentar positivamente las ratios de cobertura de costos en el año en que son recibidos y contabilizados, pero negativamente en el año en que realmente son gastados.

**Tabla 9. Análisis de servicios financieros y de salud basado en asignación de costos (US\$)**

<b>Bolivia</b>	<b>Servicios financieros</b>			<b>Servicios de salud</b>			<b>Total</b>		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Número de clientes*	41,609	49,750	63,547	30,901	38,380	48,496	41,609	49,750	63,547
Cartera bruta promedio (US\$)	\$3,493,859	\$4,433,454	\$5,371,482						
Costo nominal por servicio	\$1,110,463	\$1,266,362	\$1,315,141	\$195,584	\$280,170	\$419,549	\$1,306,047	\$1,546,532	\$1,734,690
Costo por cliente	\$ 26.7	\$ 25.5	\$ 20.7	\$ 6.3	\$ 7.3	\$ 8.7	\$ 34.6	\$ 34.1	\$ 30.0
Porcentaje de costos totales**	77%	75%	69%	14%	17%	22%	100%	100%	100%
Autosuficiencia operativa	120%	126%	134%	80%	70%	56%	105%	109%	109%
Costos de salud cubiertos por ingresos más donaciones					122%	142%	100%		
<b>Perú</b>	<b>Financial Services</b>			<b>Health Services</b>			<b>Total</b>		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Número de clientes*	14,352	20,106	24,863	12,483	13,844	22,871	14,352	20,106	24,863
Cartera bruta promedio (US\$)	\$999,442	\$1,545,403	\$2,125,425						
Costo nominal por servicio	\$272,335	\$428,853	\$574,301	\$72,712	\$91,399	\$58,365	\$345,047	\$520,252	\$632,666
Costo por cliente	\$ 19.0	\$ 21.3	\$ 23.1	\$ 5.8	\$ 6.6	\$ 2.6	\$ 26.0	\$ 31.3	\$ 29.3
Porcentaje de costos totales**	73%	68%	79%	20%	15%	8%	100%	100%	100%
Autosuficiencia operativa	152%	165%	174%	2%	2%	0.6%	115%	117%	141%
Costos de salud cubiertos por ingresos más donaciones					59%	87%	0.6%		
<b>Nicaragua</b>	<b>Financial Services</b>			<b>Health Services</b>			<b>Total</b>		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Número de clientes*	16,028	15,825	17,413	16,028	15,825	17,413	16,028	15,825	17,413
Cartera bruta promedio (US\$)	\$818,128	\$1,047,032	\$1,416,183						
Costo nominal por servicio	\$379,379	\$369,349	\$421,343	\$131,852	\$124,024	\$156,099	\$511,231	\$493,373	\$577,442
Costo por cliente	\$ 26.6	\$ 23.5	\$ 24.3	\$ 9.0	\$ 7.9	\$ 9.0	\$ 35.6	\$ 31.3	\$ 33.4
Porcentaje de costos totales**	74%	75%	73%	26%	25%	27%	100%	100%	100%
Autosuficiencia operativa	100%	146%	159%	13%	17%	9%	78%	115%	121%
Costos de salud cubiertos por ingresos más donaciones						86%	61%	57%	

# Eficiencia operativa

Medir la eficiencia operativa de programas financieros y no financieros requiere diferentes herramientas e indicadores. En el caso de servicios crediticios, los costos operativos se dividen por el promedio de la cartera bruta de préstamos para determinar cuánto cuesta hacer un préstamo. Aunque esta ratio se expresa como porcentaje, también puede interpretarse como el número de centavos requeridos para prestar un dólar. Como todas las IMF de Pro Mujer usan una metodología crediticia similar, la comparabilidad de los niveles de eficiencia es bastante exacta. Es interesante observar el efecto de la asignación de costos sobre las ratios de eficiencia operativa de los servicios financieros (véase tabla 10). Estas ratios mejoraron en un promedio de 6% debido a la reasignación de costos administrativos indirectos.

En el caso de los servicios de salud, el costo por cliente atendida presenta un cuadro general de la eficiencia de los programas de salud, con ciertas limitaciones (véase tabla 9). Para obtener el costo por cliente, los costos en salud se dividen entre el número de clientes en salud. Sin embargo, el costo por cliente es difícil de comparar porque varía directamente con la naturaleza y volumen de servicios ofrecidos y porque cada país usa una diferente estrategia de intervención en salud.

Además, el costo por cliente tiende a subestimar la verdadera cobertura de los servicios de salud, pues cuenta sólo a las afiliadas a Pro Mujer como clientes, y no a sus hijos y cónyuges. Si cada cliente acude con un promedio de otros cinco familiares a recibir servicios de salud, entonces el costo por cliente puede dividirse entre cinco. Finalmente, las ratios de eficiencia no desagregan el costo de servicios de salud específicos (ej., capacitación y atención médica) porque el estudio no generó información suficientemente detallada para ello. Dado que un número significativamente mayor de clientes recibe capacitación en educación en salud relativamente menos cara que servicios médicos directos más caros, esta cifra agregada tiende a sobreestimar el costo de la capacitación en salud y subestimar el costo de los servicios de atención en salud.

Dicho esto, el costo anual por cliente de la capacitación en salud y servicios de consulta en el 2004 osciló entre US\$2.60 por cliente al año en Perú, US\$8.70 al año en Bolivia y US\$9.00 en Nicaragua. La estrategia vinculada de prestación de servicios de Pro Mujer Perú es claramente más eficiente en función de costos para Pro Mujer. Es interesante observar que, aunque las estrategias de Bolivia y Nicaragua son más costosas por cliente, también son más sostenibles porque cada una cobra honorarios por sus servicios de salud (lo cual Perú no hace). Como Pro Mujer Bolivia tiene más de 3.5 veces el número de clientes que Nicaragua, sus tasas de eficiencia se benefician mucho de las economías de escala. Además, Bolivia presta servicios de salud desde grandes centros focales urbanos centralizados, mientras que Pro Mujer Nicaragua incurre en mayores costos al prestar servicios en comunidades rurales, más pequeñas y geográficamente dispersas.

Aunque el número de clientes atendidas no es un indicador eficiente en sí mismo, sí da una idea de la magnitud de la cobertura del servicio. La tabla 11 ilustra la cobertura de la atención en salud de cada IMF comprendida en el estudio. Es interesante observar que el número de consultas de salud llevadas a cabo en Bolivia es mucho más grande como proporción de la población total con acceso a servicios que en Perú y Nicaragua. Aunque el estudio no recogió detalles suficientes para poder explicar categóricamente esta constatación, diferencias en los métodos de pago (honorarios fijos frente a pago por servicio) pueden explicar los diferentes patrones de uso. También es interesante observar que en Bolivia, al 2004, un mayor porcentaje de clientes tiene acceso a capacitación en salud (76%) que en Perú (57%) y Nicaragua (54%). Parte de la razón de que no todas las clientes tengan acceso a capacitación en salud es que estos módulos son introducidos en ciclos de préstamo posteriores. Finalmente, la intensidad de uso de la capacitación en salud es más de una sesión de capacitación por año en Bolivia y Nicaragua, mientras que en Perú, la intensidad de uso ha sido menos.

**Tabla 10. Eficiencia operativa de los servicios financieros antes y después de la asignación de costos**

	Bolivia, 2004	Perú, 2004	Nicaragua, 2004
Antes de la asignación de costos*	29%	30%	36%
Después de la asignación de costos	24%	27%	30%

\*Antes de la asignación de costos, esta ratio tomaba en cuenta los costos operativos menos los costos directos de ofrecer servicios de desarrollo humano, pero incluía todos los costos indirectos.

## Para Tabla 9

\*Las clientes en el área de salud incluyen tanto capacitación en salud como servicios de salud.

\*\*Los porcentajes de costos totales de los servicios financieros y de salud no suman necesariamente 100%. Los costos restantes no mostrados en este cuadro pertenecen a otros servicios de desarrollo humano no relacionados con servicios financieros y salud, tales como capacitación en desarrollo de negocios, programas de computación y servicios legales. Véase en el anexo 2 una lista de estos servicios y los costos totales de cada uno.

# Pro Mujer Perú no genera ingresos directos con sus servicios de salud. En el 2004 no tuvo donaciones ni ingresos directos. El 0.6% proviene de ingresos indirectos, generados asignando diferencias positivas de cambio e intereses por inversiones. Además, es posible que esta ratio no represente con precisión la realidad porque toma en cuenta sólo donaciones desembolsadas a Pro Mujer durante este periodo, mientras que parte del costo de los servicios fue cubierto por donaciones desembolsadas a Pro Mujer durante el periodo anterior.

**Tabla 11. Acceso y participación en servicios médicos y de capacitación en salud**

	<b>Bolivia</b>			<b>Perú</b>			<b>Nicaragua</b>		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Total de clientes de servicios financieros	41,609	49,750	63,547	14,352	20,106	24,863	16,028	15,825	17,413
Número de clientes con acceso a consultas médicas	27,810	35,310	48,496	6,850	13,844	22,871	16,028	15,825	17,413
Número de consultas médicas	20,603	30,364	45,757	1,146	4,603	8,270	2,028	3,202	3,682
Número de clientes con acceso a capacitación en salud	30,901	38,380	48,496	12,483	13,844	14,264	6,869	8,065	9,331
Participantes en capacitación	77,885	86,923	165,626	8,238	12,654	18,030	46,800	49,884	54,732

Nota: Las participantes en la capacitación se calculan sumando el número de participantes en cada sesión de capacitación. Así, si una cliente asiste a más de una sesión de capacitación, será contada por cada sesión a la que asistió.



# Factores que influyen en la sostenibilidad

Como podría esperarse, los factores que influyen en la sostenibilidad financiera de las operaciones de salud son similares a los que afectan la sostenibilidad de las instituciones financieras en general. Entre otras cosas, la sostenibilidad de las intervenciones en salud está en función principalmente de los servicios ofrecidos, los honorarios cobrados, el número de clientes que pagan honorarios y la habilidad de la institución implementadora para recaudar fondos de donantes.

En términos de servicios ofrecidos, las tres IMF escogieron ofrecer diferentes combinaciones de servicios directos e indirectos.

Perú ofreció servicios vinculados indirectos, mientras que Bolivia y Nicaragua ofrecieron tanto servicios paralelos directos como servicios vinculados indirectos. Bolivia ofrece servicios exclusivamente en sus centros focales — otra variación en la metodología —, mientras que Nicaragua extiende sus servicios a nivel de las comunidades. Es interesante considerar que en el 2004, la estrategia de prestación de Nicaragua, basada en las comunidades, no representaba un porcentaje significativamente mayor de los costos totales que la estrategia de centros focales urbanos de Bolivia (27% para Nicaragua y 22% para Bolivia).

Las decisiones sobre si se debe cobrar a las clientes por los servicios, y cuánto, tienen también un potente impacto sobre la sostenibilidad. Nuevamente, cada país asume un enfoque ligeramente diferente en esta cuestión. Perú no cobra por servicios de referencia médica o educación, mientras que Bolivia cobra una tarifa fija de US\$0.50 mensuales por visitas ilimitadas a las clínicas instaladas en los centros focales. Nicaragua cobra honorarios tanto por servicios de capacitación como por atención en salud (aunque su estructura de honorarios no corresponde a los niveles comerciales privados, lo cual significa un subsidio implícito). Desde un punto de vista institucional, la estrategia de Perú tiene la ventaja de ser la menos costosa, pero es también la menos sostenible. La estrategia de Bolivia tiene la ventaja de asegurar un flujo continuo de ingresos provenientes de las clientes. El enfoque de Nicaragua, de honorarios por servicio, tiene la ventaja de asegurar que, para un nivel dado de servicios de salud, habrá un correspondiente nivel de ingresos.

Desde el punto de vista de las clientes, las estrategias de Perú y Nicaragua no les cuestan nada si no usan los servicios de salud. Sin embargo, la estrategia de Bolivia de cobrar US\$0.50 al mes funciona como una especie de seguro médico prepago, por el cual las clientes pueden usar los servicios disponibles en sus clínicas las veces que lo necesiten sin incurrir en costos adicionales. El estudio parece indicar que las clientes con servicios prepagos

acceden a los servicios de salud con mucho más frecuencia que las clientes que deben pagar honorarios por cada servicio (véase tabla II).

La motivación de Pro Mujer para cobrar honorarios es tanto financiera (sufragar costos), como psicológica (alentar a las clientes a asignar un valor financiero a su salud). Según entrevistas con grupos focales, las clientes parecen haber desarrollado la disposición a pagar por atención en salud, lo cual tiene un impacto positivo no sólo sobre su estado de salud, sino también sobre la sostenibilidad de prestar servicios de salud.

Otra influencia clave sobre la sostenibilidad es la antigüedad y tamaño de la institución. Las instituciones con más clientes están en mejor capacidad de recaudar ingresos y repartir los costos a través de una gama más amplia de servicios y centros focales. Las instituciones más recientes, y los nuevos centros de servicios en las instituciones existentes, deben incurrir en costos iniciales elevados antes de poder alcanzar un volumen sostenible de prestación de servicios. En este sentido, observando el número de clientes con acceso a consultas médicas, Pro Mujer Bolivia, que tiene 48,500 clientes, es significativamente más grande que Pro Mujer Perú (22,800 clientes) y Pro Mujer Nicaragua (17,400 clientes). Además, para Pro Mujer Bolivia, el tamaño en términos de total de clientes importa, debido a su estructura de honorarios en que todas las clientes pagan honorarios de salud, usen o no el servicio.

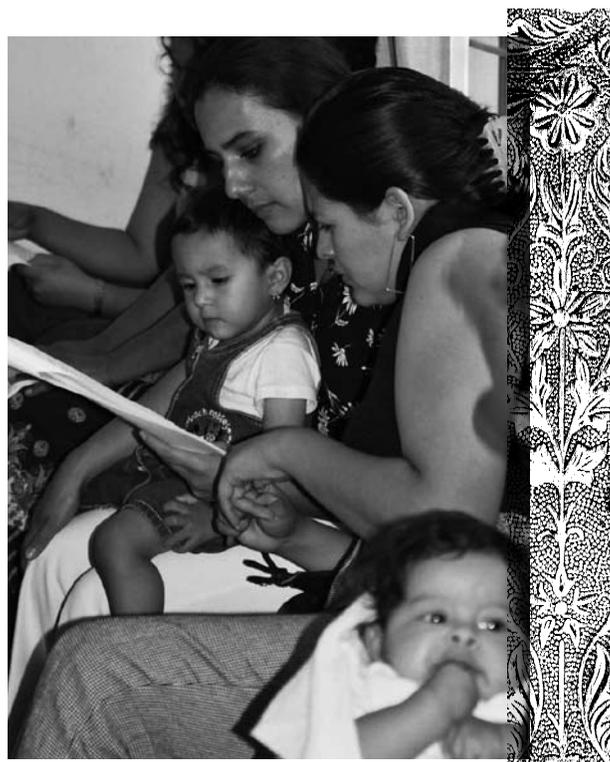
Habiendo empezado operaciones en 1989, Bolivia es también significativamente más antigua que Nicaragua, que abrió en 1996, y Perú, que abrió el 2000. En teoría, el costo por cliente debe caer con el tiempo. Esta tendencia no se muestra claramente en los datos de Pro Mujer en gran parte debido a que, en los últimos años, las IMF de Pro Mujer han estado expandiéndose rápidamente a nuevas regiones y han asumido los costos iniciales de establecer clínicas en estas nuevas regiones. A medida que disminuye el número de nuevos centros focales establecidos por año, debe empezarse a ver a los programas más grandes beneficiándose de las economías de escala. Otra razón de que la tendencia no sea clara es que las IMF de Pro Mujer han variado sus servicios en los últimos tres años. Pese a esta variación, la elección de la prestación de servicios directos o indirectos sigue teniendo una influencia dominante sobre el costo por cliente.

Finalmente, la disponibilidad de financiamiento de donantes tiene un impacto fundamental sobre la cobertura de costos globales de los servicios de salud. Entre las tres IMF, Bolivia recaudó la mayor parte de los fondos de donantes para el 2004, US\$185,000, mientras que Nicaragua recaudó US\$74,000, y Perú no recaudó



nada para sus respectivas operaciones de salud. Un elemento positivo mencionado por las tres IMF es que el ofrecer servicios de salud además de servicios financieros abrió nuevas oportunidades para recaudar fondos entre donantes socialmente motivados fuera de la comunidad tradicional de donantes en microfinanzas.

La desventaja de depender solamente de fondos de donantes perjudicó a Pro Mujer Perú cuando una importante donación para su programa de salud se agotó el 2004. Ofreciendo servicios de educación en salud gratuitos durante el tiempo que duraron los fondos de la donación, la institución había creado una demanda entre sus clientes que ya no pudo satisfacer. Ahora está buscando nuevos fondos de donantes para sus actividades de salud, y está considerando la opción de restablecer servicios mediante un subsidio de sus operaciones en servicios financieros.



## V. Conclusiones y recomendaciones

San Javier  
(Jesuit missions)



### Ventajas e inconvenientes de las diferentes estrategias

El estilo operativo descentralizado de Pro Mujer ha creado el espacio institucional para que sus IMF desarrollen una estrategia de servicio que refleje el contexto local y el mercado de clientes. Esta flexibilidad en la toma de decisiones ha llevado a tres diferentes estrategias para combinar microfinanzas e intervenciones en salud, con distintos niveles de participación directa en prestación de servicios de salud. La meta común de cada estrategia es empoderar económica y socialmente a mujeres excluidas para que cuiden de su salud como una inversión que les dará tanto réditos económicos como una mejor calidad de vida.

En el proceso de implementar este estudio, quedó en claro que la opción de Pro Mujer de ofrecer servicios financieros y de salud integrados ofrecía una serie de beneficios. En general, estos beneficios resultaron efectivos en los enfoques de prestación de servicios tanto paralelos como vinculados, porque esta última variación (de ofrecer servicios de salud vía alianzas con terceras partes proveedoras) no disminuyó su valor percibido a los ojos de las clientes.

Los resultados de las entrevistas muestran que las clientes de Pro Mujer valoran los servicios financieros y de salud que reciben. Las mujeres afiliadas informan de cambios en sus conocimientos, prácticas y actitudes en términos de autoestima, planificación familiar, salud materno-infantil y salud de la mujer. Las clientes expresaron un tangible sentido de propiedad y orgullo por “sus” centros focales y “sus” clínicas de salud. Desde el punto de vista de las clientes, poder acceder a una variedad de servicios en un solo lugar reduce los costos de transacción tanto para los servicios financieros como para los de salud.

Los vínculos con proveedores externos aumentan la gama de elecciones disponibles en atención en salud, y donde Pro Mujer ha negociado honorarios reducidos, estos vínculos suelen disminuir el costo de la atención en salud. Los proveedores aliados y funcionarios de salud del sector público informan que Pro Mujer está haciendo una importante contribución en cuanto a dar cobertura a un grupo objetivo priorizado con servicios de calidad.

Las clientes mencionaron también un mejor tratamiento de los proveedores externos gracias a su condición de clientes de Pro Mujer.

Ofrecer servicios múltiples mejora también la posición competitiva de Pro Mujer en los mercados de servicios financieros en relación con IMF que no ofrecen servicios de salud. Si por similares términos y condiciones las clientes de Pro Mujer reciben servicios tanto financieros como de salud, las IMF que ofrecen sólo servicios financieros estarán en desventaja competitiva. Ofrecer servicios

**Tabla 12. Ventajas e inconvenientes de las tres estrategias de intervención en salud**

	Ventajas	Inconvenientes
<b>Perú</b> Modelo vinculado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerte lealtad entre Pro Mujer y clientes</li> <li>• Bajo costo para IMF</li> <li>• Se requieren limitadas aptitudes adicionales en gestión</li> <li>• Clientes son libres de elegir entre variedad de proveedores y servicios</li> <li>• Clientes pagan sólo por servicios usados</li> <li>• Negociación colectiva reduce costo para la cliente</li> <li>• Campañas de salud propias aumentan acceso a bajo costo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ingresos por servicios de salud</li> <li>• Limitada participación directa en continuidad de atención y seguimiento</li> <li>• Limitado control de calidad directo de proveedores vinculados</li> <li>• Calidad de vínculos y servicios de salud puede no ser la misma según región</li> </ul>
<b>Bolivia</b> Modelo paralelo y vinculado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerte lealtad entre Pro Mujer y clientes</li> <li>• Continuidad de servicio para clientes de salud</li> <li>• Elevada accesibilidad para clientes de salud en centros focales</li> <li>• Amplia variedad de servicios de salud disponibles en clínicas</li> <li>• Una sola visita para servicios financieros y de salud</li> <li>• Clientes visitan clínica cada vez que lo necesitan, con honorarios fijos</li> <li>• Negociación colectiva reduce costo de servicios especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos más altos para IMF</li> <li>• Se requieren capacidades adicionales significativas en gestión</li> <li>• Se requieren infraestructura y equipos adicionales</li> <li>• Todas las clientes pagan por servicios que algunas pueden no usar</li> </ul>
<b>Nicaragua</b> Modelo paralelo y vinculado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerte lealtad entre Pro Mujer y clientes</li> <li>• Continuidad de servicio para clientes de salud</li> <li>• Elevada accesibilidad para clientes de salud en zonas rurales</li> <li>• Negociación colectiva reduce costo de servicios especializados</li> <li>• Uso de clientes como voluntarias de salud reduce costos y aumenta empoderamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos más altos para IMF</li> <li>• Se requieren capacidades adicionales significativas en gestión</li> <li>• Se requieren infraestructura y equipos adicionales</li> <li>• Se incurre en costos adicionales en tiempo y transporte para cubrir zonas rurales</li> </ul>

tanto financieros como sociales ayuda también a Pro Mujer a alcanzar su meta global de promover el desarrollo humano holístico de sus clientes.

Al mismo tiempo, el estudio encontró que ofrecer servicios de microfinanzas y de salud mediante la misma estructura institucional plantea importantes desafíos gerenciales y administrativos. Un claro ejemplo de este desafío lo constituyen los recursos gerenciales y financieros necesarios para asignar adecuadamente costos directos e indirectos a diferentes programas. Estos recursos incluyen desarrollar un sistema de información para la gestión, recolectar e introducir datos financieros, luego ajustar y finalmente analizar estos datos. Ofrecer servicios integrados requiere también el desarrollo de sistemas paralelos de control de calidad de los servicios financieros y de salud, que tengan diferentes requisitos de monitoreo, análisis y presentación de informes. Asegurar el control de calidad de los servicios vinculados puede ser particularmente difícil porque una IMF no tiene necesariamente control directo sobre la prestación de los servicios.

Al brindar servicios de salud mediante vínculos con terceras partes, Pro Mujer Perú puede impactar positivamente sobre la salud de sus clientes a costos más bajos y con menos carga gerencial. Sin embargo, la viabilidad de este enfoque depende de la disponibilidad de un número suficiente de contrapartes capaces y dispuestas. El programa de salud de Pro Mujer Bolivia, que es siete veces más costoso que el de Perú, es más sostenible gracias a su estructura de honorarios y las habilidades de la IMF para la recaudación de fondos. Por ello, al determinar una estrategia a seguir, es importante tomar en cuenta no sólo los costos y beneficios de las clientes, sino también la factibilidad y sostenibilidad de la estrategia escogida.

Más allá de estas conclusiones generales, cada una de las tres estrategias de intervención tiene sus propias ventajas e inconvenientes, que se resumen en la tabla 12.

## Potencial para la replicación

Una serie de factores clave ha contribuido a la experiencia positiva de Pro Mujer con su modelo de servicios integrados. Aunque algunos de estos factores son específicos a Pro Mujer, toda IMF interesada en ofrecer servicios de salud debe considerar el impacto de estas significativas cuestiones metodológicas al elegir aplicar un modelo de servicios integrados. También debe darse consideración a los prerequisites para la factibilidad. En conjunto, estos factores son:

**Compromiso de la alta gerencia.** Debido a la visión institucional de Pro Mujer y su historia de prestación de capacitación y servicios relacionados con la salud, la alta dirección está comprometida con un enfoque holístico. Sin este compromiso, las IMF de Pro Mujer podrían fácilmente abandonar los servicios de salud a favor de un enfoque de servicios financieros más convencional. El compromiso se vuelve también clave cuando los subsidios cruzados son necesarios para cubrir costos de servicios de salud.

**Aptitudes necesarias entre la dirección superior para gestionar una institución de servicios múltiples.** La alta gerencia debe tener un conjunto de aptitudes específicas para asegurar la operación exitosa de los servicios integrados. Estas aptitudes incluyen la capacidad de administrar los ingresos y gastos tanto de los servicios financieros como los de salud, y una comprensión básica de las cuestiones técnicas propias de cada área de servicio. En la mayoría de casos, las aptitudes en gerencia financiera deben estar complementadas por la disposición y capacidad para recaudar fondos de donantes.

**Personal médico y/o proveedores capaces, disponibles a un costo asequible.** A fin de ofrecer servicios directos, la institución debe tener acceso a personal médico comprometido y capaz a tarifas asequibles. Para los servicios vinculados, los proveedores deben estar disponibles e interesados en formar alianzas beneficiosas con la IMF. Cuando médicos y enfermeras son escasos, esto puede ser difícil de lograr.

**Bajos niveles de educación en salud y pobre acceso a servicios de salud.** Las clientes estarán más interesadas en servicios integrados cuando tengan opciones limitadas de capacitación en salud y atención en salud. Las alternativas limitadas pueden deberse a barreras financieras, culturales o sociales para acceder a la atención. Clientes con buenos conocimientos de salud y buen acceso a atención en salud probablemente estarán menos interesadas en estos servicios que clientes marginadas que no disfrutaban de tal acceso.



**Disposición para pagar por educación en salud y servicios de salud.** Aunque las clientes deben estar dispuestas a pagar a fin de que los servicios integrados sean sostenibles, al principio la demanda de atención en salud puede ser limitada. Con el tiempo, la educación y concienciación de las clientes puede crear o acrecentar la demanda de servicios de salud. A medida que finalmente las clientes empiecen a asignar valor económico a su propia salud, su disposición a pagar por servicios de salud aumentará.

**Licencia legal y normativa para prestación de servicios múltiples.** En algunos contextos, la capacidad de ofrecer servicios integrados puede estar limitada bien por las normas del sector financiero o bien por las normas del sector salud.

## Factores de éxito en la implementación

**Reuniones frecuentes para el pago de préstamos.** La metodología crediticia de Pro Mujer requiere que sus clientes se reúnan quincenalmente en asociaciones comunales para pagar los préstamos. Esto crea la oportunidad de impartir capacitación y concienciación en temas de salud, así como de hacer seguimiento a cuestiones relacionadas con la salud individual.

**Relaciones de largo plazo con las clientes.** Mantener relaciones permanentes y de largo plazo con las clientes permite al personal financiero y de salud de Pro Mujer ganarse su confianza, la cual con el tiempo irá aumentando, y mejorará la capacidad para dar un servicio adecuado y consistente basado en la comprensión de cada caso individual.

**Centros focales.** Los centros focales constituyen un punto físico de referencia y ubicación para la prestación de servicios integrados. Disminuyen los costos de transacción tanto de las clientes como de Pro Mujer y transmiten una sensación de seguridad a las mujeres que normalmente serían reacias a ir a un doctor. Los centros focales suelen estar situados cerca de los hogares de las clientes, lo cual acrecienta su sentido de lealtad y propiedad.

**Clientes rurales.** En Nicaragua, la mayoría de clientes de Pro Mujer vive en comunidades rurales aisladas. A fin de cubrir estas comunidades, Pro Mujer debe incurrir en costos adicionales en transporte y tiempo.

**Escala.** La escala de su cobertura de servicios financieros permite a Pro Mujer organizar grupos de clientes lo bastante grandes para atraer el interés de terceras partes proveedoras de salud que

prestarán servicios a tarifas reducidas. Además, las economías de escala logradas cubriendo un número creciente de clientes reducen los costos marginales de Pro Mujer y mejoran su sostenibilidad.

## Aplicación de la contabilidad de costos a programas de microfinanzas y salud

La asignación de costos es altamente recomendada para instituciones que ofrecen servicios integrados. Ayuda a aclarar y priorizar entre disímiles usos de fondos, asiste en la planificación estratégica y mejora la gestión operativa y financiera. Una comprensión precisa de los costos directos e indirectos puede también acrecentar la transparencia de las comunicaciones con inversionistas y otras partes interesadas. Pro Mujer ha reconocido el valor de desarrollar su propio sistema interno para separar los ingresos y los costos directos e indirectos de cada uno de sus servicios. Este estudio ha sido un primer paso en el desarrollo de las herramientas y sistemas analíticos necesarios para apoyar la replicación del ejercicio de asignación de costos.

Los resultados de este estudio demuestran claramente que las instituciones que ofrecen servicios integrados de microfinanzas y salud pueden alcanzar la autosuficiencia. En el caso de Bolivia, la asignación de costos muestra también que los servicios de salud pueden recuperar plenamente sus costos con base en ingresos y donaciones sin depender de subsidios cruzados. Finalmente, el estudio demuestra que la asignación de costos puede ser una herramienta útil tanto para la gestión como para propósitos de recaudación de fondos. Las siguientes lecciones principales fueron aprendidas durante el estudio:

- Pro Mujer no llevaba cuenta adecuadamente de los costos indirectos de sus servicios de salud. Cuando estos costos fueron tomados en cuenta, el nivel de sostenibilidad de los servicios de salud de cada IMF cayó.
- La asignación correcta de costos directos e indirectos entre los dos servicios elevó los niveles de sostenibilidad y eficiencia operativa de los servicios financieros.
- Con base en este ejercicio, Pro Mujer puede calcular claramente el costo e ingresos de sus servicios de salud y el monto por el cual los servicios financieros subsidian las actividades de salud. Esta información servirá como la base para una toma de decisiones estratégicas, operativas y de recaudación de fondos mejor informada. Las decisiones estratégicas incluyen métodos para establecer honorarios y tasas de interés, buscando fondos de donantes e instituyendo subsidios cruzados.

- El ejercicio de asignación de costos brindará mayor transparencia a las agencias de crédito y donantes. Los inversionistas que se fijan principalmente en los servicios financieros tendrán una imagen mucho más clara de la rentabilidad de estos servicios, y los donantes que buscan financiar servicios de desarrollo humano tendrán una mejor idea de la necesidad de fondos donados y del grado en que dichos servicios son apoyados por honorarios o subsidios cruzados.
- En algunos casos, durante el estudio salieron a luz cuestiones claves tocantes al personal; por ejemplo, que personal de salud pasaba tiempo significativo en actividades crediticias. Esta clase de información puede ayudar a una institución a analizar patrones de composición de personal para determinar si están funcionando las estructuras y divisiones del trabajo más adecuadas.
- Antes de un ejercicio de asignación de costos debe disponerse de datos precisos y consistentes, recopilados con regularidad. La calidad de los datos disponibles tiene un impacto vital sobre la utilidad de los resultados de la asignación de costos. No se requieren sistemas de información para la gestión sofisticados y automatizados para producir datos de calidad, pero pueden facilitar grandemente la recolección y análisis de éstos. Además, los estados financieros auditados aumentan la credibilidad del ejercicio y proporcionan un punto de referencia estándar para comparar los resultados de la asignación de costos de año en año.
- La implementación por primera vez de un ejercicio de asignación de costos exigió un compromiso de tiempo significativo del personal de la red y sobre el terreno. Sin embargo, los ejercicios de asignación de costos posteriores deben requerir menos tiempo, pues las herramientas ya están desarrolladas, las decisiones clave sobre los métodos de asignación ya están tomadas, y el personal sobre el terreno comprende los requerimientos de datos y el proceso de implementación.
- El compromiso con el ejercicio de parte de la alta dirección es esencial para asegurar que se disponga de recursos financieros y humanos suficientes para su exitosa implementación. También debe contarse con personal calificado para la recopilación y análisis de datos.

## Recomendaciones para Pro Mujer

Además de observaciones generales sobre la capacidad de replicar el modelo de servicios integrados de Pro Mujer, los autores ponen en consideración de Pro Mujer las siguientes recomendaciones:

- Pro Mujer debe continuar implementando regularmente un ejercicio de asignación de costos. El modelo de asignación de costos desarrollado para este estudio puede ser adaptado para mayor facilidad de uso o, mejor todavía, Pro Mujer puede modificar su sistema de información para la gestión para captar automáticamente y analizar los datos requeridos para la asignación de costos. A fin de reducir la carga administrativa de asignar costos, las ratios e índices de asignación pueden ser determinados anualmente, y las mismas ratios pueden ser usadas cada mes o trimestre.
- Los datos generados por la asignación de costos deben ser usados para desarrollar una estrategia de sostenibilidad para cada IMF de Pro Mujer. La planificación estratégica debe incluir una evaluación de la necesidad y deseabilidad de subsidios cruzados al ofrecer servicios de salud.
- Dada la aparente disminución de la autosuficiencia operativa de los servicios de salud de las tres IMF, una evaluación regular de las estructuras de honorarios debe convertirse en parte integral de la planificación financiera. Esta evaluación permitirá a cada IMF establecer referentes claros para la autosuficiencia de los servicios de salud, así como aclarar la necesidad de aumentar los ingresos provenientes de honorarios, subsidios o donantes.
- Aunque las IMF de Pro Mujer ya están recopilando información sobre la calidad del servicio en diferentes formas y maneras, deben desarrollar un enfoque más sistemático del control de calidad de los servicios de salud. Reconociendo que los servicios de salud de Pro Mujer seguirán siendo autorregulados, debe hacerse un esfuerzo por adaptar los estándares gubernamentales existentes de aseguramiento de calidad e incorporarlos en la prestación de servicios y sistemas de información para la gestión de Pro Mujer.
- Pro Mujer debe establecer vínculos con investigadores de salud en ministerios de salud, universidades y/o proyectos de salud pública y permitirles implementar estudios exhaustivos del impacto sobre las clientes de los servicios de salud brindados por Pro Mujer y sus contrapartes.

- En Pro Mujer Perú, la satisfacción de la clientela se ha visto impactada negativamente por la actual estrategia de la IMF de reducir el número de promotores de salud profesionales en uno de cada dos centros focales y complementarlos con clientes voluntarias en salud. Dado el costo relativamente bajo de proporcionar este personal adicional, y las posibilidades de un subsidio cruzado proveniente de las utilidades de los servicios financieros, Pro Mujer Perú debe considerar restablecer un promotor de salud en cada centro focal.
- Este estudio no pudo abordar una serie de preguntas de la investigación que puede valer la pena investigar más:
  - ¿Cuál es el impacto epidemiológico de prestar servicios de salud?
  - ¿Qué estrategia de servicio tiene el mayor impacto en términos de escala, uso, acceso, satisfacción de la clientela, calidad del servicio y cambios en conocimientos, actitudes y prácticas?
  - Desde una perspectiva sistémica (incluyendo costos para las clientes, proveedores y la IMF), ¿qué estrategia de intervención ofrece la mayor eficiencia?
  - ¿El modelo de servicios integrados, ayuda o dificulta a Pro Mujer a atraer nuevas clientes y retener clientes efectivas? ¿Cambia esto dependiendo de la competitividad del mercado microfinanciero?
  - ¿Cómo afecta a la estrategia de capacitación la antigüedad de una IMF y el tiempo que llevan las relaciones con sus clientes? ¿Qué cambios deben hacerse para acomodarse a las clientes con muchos años de afiliación?
  - ¿En que medida el uso de los servicios de salud se ve afectado por un esquema de honorarios por servicio, a diferencia de un esquema de pago de tarifa fija?





**En Pro Mujer Perú, la satisfacción de la clientela se ha visto impactada negativamente por la actual estrategia de la IMF de reducir el número de promotores de salud profesionales en uno de cada dos centros focales y complementarlos con clientes voluntarias en salud.**



# Anexo 1. Aplicación de la contabilidad de costos a servicios de salud integrados

## La estandarización es posible

Una cuestión clave al desarrollar e implementar un estudio de tres diferentes IMF en tres diferentes países fue si un modelo estándar de asignación de costos replicable podía ser usado para todas ellas. Se preguntó a los gerentes financieros de cada institución si consideraban que la asignación de costos debe seguir un modelo estandarizado y aplicarse de la misma manera en todos los países, o si debe ser considerada como una metodología flexible que se debe adaptar a las circunstancias individuales de los diferentes países. Todos ellos coincidieron en que la estandarización es posible y deseable, pero cada uno quiso que se diera consideración especial a su situación particular. Por ejemplo, Pro Mujer Bolivia minimizó el uso de hojas de tiempo porque el personal consideraba que su institución era demasiado grande y variada para poder captar datos representativos con una pequeña muestra de hojas de tiempo.

Otra limitación a la estandarización entre las instituciones y países fue el hecho de que algunos gobiernos nacionales han hecho de uso obligatorio una tabla de cuentas específica que todas las instituciones financieras deben seguir. Estas tablas de cuentas pueden variar en aspectos pequeños pero significativos entre los países (ej., los ingresos y gastos extraordinarios pueden ser clasificados bajo diferentes renglones).

Pese a estas diferencias, un cierto grado de estandarización es posible al planificar e implementar un estudio de asignación de costos dentro de la misma red. Diferencias en las tablas de cuentas nacionales pueden limitar la comparabilidad directa de algunos renglones entre los países, pero el proceso de asignar costos debe ser estandarizado. Además, para que los resultados de los estudios de asignación de costos de la misma institución sean comparables a lo largo del tiempo, es particularmente importante que la institución sea consistente en su replicación del modelo de un periodo a otro.

## Mejores sistema de información para la gestión y sistema contable hacen más fácil el costeo

A fin de asignar costos con precisión, las instituciones deben tener un sistema contable que pueda separar los costos administrativos e indirectos de los costos directos de los servicios individuales. En principio, mientras más sofisticados y transparentes sean el sistema de información para la gestión y el sistema contable, más fácil es implementar un ejercicio de asignación de costos. En el caso de ciertas IMF de Pro Mujer, una separación precisa de los costos resultó más difícil porque a nivel de centro focal todos los costos indirectos estaban combinados con el costo directo de los servicios financieros. Esta separación se hizo con ayuda de un contador y fue un proceso que consumió bastante tiempo.

Asimismo, Pro Mujer lleva cuentas de cada donación y proyecto separadamente. Las IMF de Pro Mujer llegan a los costos directos de los servicios de desarrollo humano sumando todos los costos asignados a todas las donaciones o proyectos de desarrollo humano. El problema aquí es que muchos costos indirectos son asignados a diferentes subvenciones usando diversas formas de asignación. Así, muchos costos indirectos son tomados como costos directos de los servicios de salud, lo cual aumenta el costo de estos servicios. Por ello es importante hacer una asignación consistente de los costos indirectos. Para hacerlo así en este estudio, el equipo de investigación sacó los costos indirectos asignados usando diferentes métodos y los asignó según el modelo seleccionado para el estudio. Estas cuestiones podrían evitarse si el sistema contable fuera diseñado por servicio y no por proyecto.

## Elección del índice de asignación

Pro Mujer Internacional desarrolló ocho índices recomendados de asignación de costos para que las integrantes de la red los usaran al organizar sus datos para calcular costos totales. Derivó estas bases del documento de CCAP sobre contabilidad de costos para instituciones de servicios múltiples.<sup>20</sup>

Pro Mujer Perú creía que la cantidad de servicios de salud ofrecidos en cada una de sus regiones era tan suficientemente diferente que desarrolló dos indicadores para el tiempo del personal de centros focales y dos para costos del personal de centros focales. Ha tenido un índice para la región de Puno y otro para la región de Tacna.

Es importante determinar las bases de asignación de la manera más lógica. Una vez escogidas, deben mantenerse en el tiempo. Si las bases de asignación no son definidas desde el principio, es fácil manipular los resultados de este modelo escogiendo las bases de asignación dependiendo del porcentaje y no de su relevancia. Por ejemplo, usando datos del 2004 de Pro Mujer Nicaragua, los índices de asignación producen costos para los servicios de salud que van desde 11% hasta 48%. PMN podría escoger una base de asignación dependiendo de si quiere aumentar o disminuir los costos de sus servicios de salud en vez de escoger el índice de asignación que refleje más de cerca la realidad. Por ejemplo, si Nicaragua decidiera que quiere aumentar los costos de sus servicios de salud y disminuir los costos de sus servicios financieros, escogería el índice de costos operativos directos como la base de asignación que asigne el monto más grande (48%) a salud y el monto más pequeño a servicios financieros (52%) independientemente de si la base refleja con precisión la realidad de las operaciones. Por otro lado, Pro Mujer Nicaragua podría escoger usar el índice de costos de personal de la oficina central para asignar sus costos a fin de aumentar los costos de sus servicios financieros, lo cual asignaría 89% de los costos totales a servicios financieros y sólo 11% a servicios de salud. Finalmente, para que el proceso de asignación pueda ser automatizado mediante un sistema de información para la gestión, las IMF de Pro Mujer pueden tener que usar la misma base de asignación de costos a fin de simplificar el proceso y hacer más fácil la comparación de resultados.

### Bases para la asignación

Índice	Explicación
Índice de costos directos	Costos directos de salud/total de costos directos de todos los servicios identificados
Índice de costos operativos directos	Costos operativos directos de salud/total de costos operativos directos de todos los servicios identificados
Índice simple de personal	Número de personal directamente ocupado en salud/total del personal que podría ser identificado como directo en cualquier servicio
Índice de tiempo de personal de oficina central	Tiempo que personal de oficina central dedicó a salud/tiempo total de personal de oficina central
Índice de tiempo de personal de centro focal	Tiempo que personal de centro focal dedicó a salud/tiempo total de personal de centro focal
Índice de costo de personal de oficina central	Costo total del tiempo que personal de oficina central dedica a salud/costo total de personal de oficina central
Índice de costo de personal de centro focal	Costo total del tiempo que personal de centro focal dedica a salud/costo total de personal de centro focal

<sup>20</sup> Brigit Helms, 1998, "Occasional Paper: Cost Allocation for Multi-service Microfinance Institutions," The Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), Banco Mundial, Washington.

## Anexo 2. Servicios ofrecidos por las IMF de Pro Mujer

### Servicios de las IMF de Pro Mujer

Servicios	Pro Mujer Bolivia	Pro Mujer Perú	Pro Mujer Nicaragua
Financieros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préstamos de capital de trabajo, metodologías de banca comunal e individual</li> <li>• Capacitación pre-crédito</li> <li>• Ahorros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préstamos de capital de trabajo, metodología de banca comunal</li> <li>• Préstamos estacionales</li> <li>• Préstamos para educación</li> <li>• Capacitación pre-crédito</li> <li>• Ahorros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préstamos de capital de trabajo, metodologías de banca comunal y grupos solidarios</li> <li>• Préstamos estacionales</li> <li>• Capacitación pre-crédito</li> <li>• Ahorros</li> </ul>
Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud materno-infantil</li> <li>• Salud sexual y reproductiva</li> <li>• Otros tipos de atención médica</li> <li>• Capacitación continua en salud</li> <li>• Capacitación continua en empoderamiento de la mujer</li> <li>• Inyecciones y curaciones</li> <li>• Capacitación de voluntarias en salud dentro de los grupos</li> <li>• Capacitación para mujeres embarazadas y parejas</li> <li>• Vigilancia comunal en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación basada en módulos</li> <li>• Capacitación mediante alianzas</li> <li>• Servicio de salud mediante alianzas</li> <li>• Campaña de vacunación infantil mediante alianzas</li> <li>• Atención dental mediante alianzas</li> <li>• Viajes grupales terapéuticos de campo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención primaria</li> <li>• Servicios ginecológicos</li> <li>• Capacitación continua en salud</li> <li>• Capacitación de voluntarias en salud dentro de los grupos</li> <li>• Grupos de autoayuda en violencia familiar</li> <li>• Vigilancia comunal en salud</li> </ul>
Desarrollo empresarial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación empresarial continua</li> <li>• Capacitación técnica especializada</li> <li>• Asistencia técnica individual</li> </ul> <p>Centro de computación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clases de computación para jóvenes</li> <li>• Apoyo académico</li> <li>• Capacitación para clientes</li> <li>• Café internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación basada en módulos</li> <li>• Consultoría personal</li> <li>• Capacitación ocupacional y especializada</li> <li>• Asistencia técnica</li> </ul>	
Otros	<p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre derechos civiles y legales</li> <li>• Asistencia legal individual</li> <li>• Investigación</li> </ul>	<p>Servicios prestados por terceras partes en centros focales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guarderías, cunas</li> <li>• Consejería legal en violencia familiar</li> <li>• Preparación preuniversitaria para hijos de las clientes</li> </ul>	

**Costo de servicios como porcentaje de costos totales (a diciembre del 2004)**

Servicios	Pro Mujer Bolivia	Pro Mujer Perú	Pro Mujer Nicaragua
Financieros	69%	79%	73%
Salud	22%	8%	27%
Desarrollo empresarial	2%	13%	n/a
Otros	7%	0%	n/a





### Anexo 3. Resultados de las IMF de Pro Mujer después de la asignación de costos, Pro Mujer Bolivia, resultados del 2004 después de la asignación de costos (US\$ 000)

	Total	Directos			Indirectos	Base de asignación (1 a 8)	Asignación indirecta			Total		
		Crédito	Salud	Otros			Crédito	Salud	Otros	Crédito	Salud	Otros
<b>Ingresos Financieros</b>												
Interés sobre efectivo de corto plazo	97.1	86.4	0.1	0.0	10.5	1	7.2	2.6	0.7	93.6	2.7	0.8
Interés sobre cartera	1,595.6	1,595.6	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	1,595.6	0.0	0.0
Comisiones	363.3	363.3	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	363.3	0.0	0.0
<b>Sub Total, Ingresos Financieros</b>	<b>2,056.0</b>	<b>2,045.3</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>10.5</b>		<b>7.2</b>	<b>2.6</b>	<b>0.7</b>	<b>2,052.5</b>	<b>2.7</b>	<b>0.8</b>
<b>Gastos Financieros</b>												
Interés sobre préstamos	(132.6)	(132.6)	0.0	0.0	0.0	ninguna	0.0	0.0	0.0	(132.6)	0.0	0.0
<b>Sub Total, Gastos Financieros</b>	<b>(132.6)</b>	<b>(132.6)</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>		<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>(132.6)</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
<b>Ingresos Financieros Brutos</b>	<b>1,932.4</b>	<b>1,912.7</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>10.5</b>		<b>7.2</b>	<b>2.6</b>	<b>0.7</b>	<b>1,919.9</b>	<b>2.7</b>	<b>0.8</b>
<b>Cargos por inflación, devaluación y provisión</b>												
Gastos por inflación y devaluación	(11.2)	(11.0)	(0.4)	0.2	0.0	ninguna	0.0	0.0	0.0	(11.0)	(0.4)	0.2
Gastos por provisión de incobrables	(94.9)	(94.9)	0.0	0.0	0.0	ninguna	0.0	0.0	0.0	(94.9)	0.0	0.0
<b>Sub Total, Cargos por inflación, devaluación y provisión</b>	<b>(106.1)</b>	<b>(105.9)</b>	<b>(0.4)</b>	<b>0.2</b>	<b>0.0</b>		<b>7.2</b>	<b>2.6</b>	<b>0.7</b>	<b>1,814.0</b>	<b>2.3</b>	<b>1.0</b>
<b>Ingresos financieros netos</b>	<b>1,817.3</b>	<b>1,806.8</b>	<b>(0.3)</b>	<b>0.2</b>	<b>10.5</b>		<b>7.2</b>	<b>2.6</b>	<b>0.7</b>	<b>1,814.0</b>	<b>2.3</b>	<b>1.0</b>
Otros ingresos operativos	266.8	9.1	230.1	27.6	0.0	ninguna	0.0	0.0	0.0	9.1	230.1	27.6
Otros gastos operativos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Ingresos operativos brutos</b>	<b>2,084.0</b>	<b>1,815.9</b>	<b>229.8</b>	<b>27.8</b>	<b>10.5</b>		<b>7.2</b>	<b>2.6</b>	<b>0.7</b>	<b>1,823.1</b>	<b>232.3</b>	<b>28.6</b>
<b>Gastos Operativos</b>												
Salarios	(758.4)	(453.4)	(133.2)	(52.6)	(119.2)	1	(81.6)	(29.2)	(8.4)	(535.0)	(162.4)	(61.1)
Consultores	(129.3)	(81.1)	(18.8)	(10.3)	(19.2)	3	(12.5)	(4.9)	(1.7)	(93.6)	(23.7)	(12.0)
Seguros y beneficios	(257.2)	(162.0)	(41.1)	(14.2)	(39.9)	1	(27.3)	(9.8)	(2.8)	(189.3)	(50.9)	(17.0)
Viales y viáticos	(52.2)	(37.1)	(4.6)	(8.4)	(2.2)	3	(1.4)	(0.6)	(0.2)	(38.5)	(5.1)	(8.6)
Desarrollo del empleado	(11.7)	(8.6)	(1.7)	(0.7)	(0.7)	3	(0.4)	(0.2)	(0.1)	(9.1)	(1.9)	(0.7)
Servicios públicos y comunicaciones	(57.7)	0.0	0.0	(5.3)	(52.4)	3	(34.3)	(13.5)	(4.6)	(34.3)	(13.5)	(9.9)
Útiles de oficina	(137.9)	(38.1)	(0.0)	(2.9)	(96.9)	3	(63.5)	(24.9)	(8.6)	(101.6)	(24.9)	(11.5)
Aquiler	(122.6)	0.0	0.0	0.0	(122.6)	3	(80.3)	(31.5)	(10.8)	(80.3)	(31.5)	(10.8)
Impresiones	(37.7)	(27.2)	(8.4)	(1.5)	(0.5)	3	(0.3)	(0.1)	(0.0)	(27.6)	(8.5)	(1.6)
Registros y seguros de transporte	(38.0)	(29.9)	(0.6)	(4.3)	(3.2)	3	(2.1)	(0.8)	(0.3)	(32.0)	(1.4)	(4.6)
Suministros para capacitación de clientes	(40.1)	0.0	(8.0)	(0.4)	(31.7)	3	(20.8)	(8.1)	(2.8)	(20.8)	(16.1)	(3.2)
Depreciación	(119.0)	0.0	(46.9)	(19.7)	(52.4)	3	(34.3)	(13.5)	(4.6)	(34.3)	(60.3)	(24.3)
Varios	(52.6)	(29.3)	(15.0)	(0.7)	(7.6)	3	(5.0)	(2.0)	(0.7)	(34.3)	(17.0)	(1.4)
Impuestos	(89.2)	(80.4)	(1.0)	(1.9)	(5.9)	1	(4.1)	(1.4)	(0.4)	(84.5)	(2.4)	(2.3)
<b>Sub Total, Costos operativos</b>	<b>(1,903.6)</b>	<b>(947.2)</b>	<b>(279.2)</b>	<b>(122.8)</b>	<b>(554.3)</b>		<b>(367.9)</b>	<b>(140.3)</b>	<b>(46.1)</b>	<b>(1,315.1)</b>	<b>(419.5)</b>	<b>(168.9)</b>
<b>Ingresos operativos netos</b>	<b>180.5</b>	<b>868.6</b>	<b>(49.5)</b>	<b>(94.9)</b>	<b>(543.8)</b>		<b>(360.7)</b>	<b>(137.7)</b>	<b>(45.4)</b>	<b>508.0</b>	<b>(187.2)</b>	<b>(140.3)</b>
Donaciones	632.5	333.2	185.6	113.7	0.0	1	0.0	0.0	0.0	332.2	185.6	113.7
Gastos extraordinarios	(16.1)	(3.2)	(12.9)	0.0	0.0	1	0.0	0.0	0.0	(3.2)	(12.9)	0.0
<b>Ingresos netos</b>	<b>796.9</b>	<b>1,198.6</b>	<b>123.2</b>	<b>18.8</b>	<b>(543.8)</b>		<b>(360.7)</b>	<b>(137.7)</b>	<b>(45.4)</b>	<b>837.9</b>	<b>(14.5)</b>	<b>(26.5)</b>

**Anexo 3. Resultados de las IMF de Pro Mujer después de la asignación de costos, Pro Mujer Perú, resultados del 2004 después de la asignación de costos (US\$ 000)**

	Total	Directos			Indir-ectos	Base de asignación (1 a 8)	Asignación indirecta			Total		
		Credit	Salud	Otros			Crédito	Salud	Otros	Crédito	Salud	Otros
Ingresos Financieros	1.9	-	-	-	1.9	1	1.4	0.3	0.2	1.4	0.3	0.2
Interés sobre efectivo de corto plazo	972.0	972.0	-	-	-	1	-	-	-	972.0	-	-
Interés sobre cartera	363.3	363.3	0.0	0.0	-	-	-	-	-	152.6	-	-
Comisiones												
Sub Total, Ingresos Financieros	1,126.5	1,124.6	-	-	1.9		1.4	0.3	0.2	1,126.0	0.3	0.2
Gastos Financieros	(65.6)	(65.6)	-	-	-	1	-	-	-	(65.6)	-	-
Interés sobre préstamos												
Sub Total, Gastos Financieros	(65.6)	(65.6)	-	-	-		-	-	-	(65.6)	-	-
Ingresos Financieros Brutos	1,060.9	1,059.0	-	-	1.9		1.4	0.3	0.2	1,060.4	0.3	0.2
Cargos por inflación, devaluación y provisión	8.5	11.4	(3.3)	0.4	-		-	-	-	11.4	(3.3)	0.4
Gastos por inflación y devaluación	24.1	27.0	(3.3)	0.4	-	1	-	-	-	(27.0)	(3.3)	0.4
Gastos por provisión de incobrables	(15.6)	(15.6)	-	-	-	1	-	-	-	(15.6)	-	-
Cambios de otras divisas	(0.0)	(0.0)	-	-	-	1	-	-	-	(0.0)	-	-
Sub Total, Cargos por inflación, devaluación y provisión	8.5	11.4	(3.3)	0.4	-		-	-	-	11.4	(3.3)	0.4
Ingresos financieros netos	1,069.5	1,070.4	(3.3)	0.4	1.9		1.4	0.3	0.2	1,085.2	(3.0)	0.6
Otros ingresos operativos	13.4	13.4	-	-	-	1	-	-	-	13.4	-	-
Otros gastos operativos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos operativos brutos	1,082.8	1,083.8	(3.3)	0.4	1.9		1.4	0.3	0.2	1,085.2	(3.0)	0.6
Gastos Operativos	(405.6)	(227.8)	(20.1)	(32.8)	(124.9)	6 & 7	(92.7)	(13.2)	(19.0)	(320.5)	(33.3)	(51.8)
Salarios	(26.4)	(0.9)	(0.1)	(5.2)	(20.2)	2	(16.2)	(1.4)	(2.5)	(17.2)	(1.6)	(7.7)
Consultores	(70.2)	(39.4)	(2.9)	(7.4)	(20.5)	6 & 7	(15.1)	(2.3)	(3.0)	(54.5)	(5.3)	(10.4)
Seguros y beneficios	(13.9)	(2.1)	-	(1.3)	(10.5)	4	(8.0)	(1.1)	(1.4)	(10.1)	(1.1)	(2.7)
Viajes y viáticos	(14.1)	(8.8)	(0.3)	(2.2)	(2.7)	3	(2.1)	(0.2)	(0.4)	(11.0)	(0.6)	(2.0)
Desarrollo del empleado	(24.6)	(0.0)	-	(0.9)	(23.7)	2	(19.1)	(1.7)	(3.0)	(19.1)	(1.7)	(3.9)
Servicios públicos y comunicaciones	(47.5)	(18.0)	(0.5)	(0.2)	(28.8)	3	(22.4)	(2.4)	(3.9)	(40.4)	(2.9)	(4.1)
Útiles de oficina	(13.0)	(4.4)	(1.2)	(0.6)	(6.7)	4	(5.1)	(0.7)	(0.9)	(9.5)	(1.9)	(1.6)
Aquiler												
Imprestos												
Registros y seguros de transporte	(43.2)	(36.1)	(1.8)	-	(5.4)	5 & 9	(4.5)	(0.5)	(0.4)	(40.6)	(2.3)	(0.4)
Suministros para capacitación de clientes	(6.7)	(4.0)	(2.3)	(0.4)	-		-	-	-	(4.0)	(2.3)	(0.4)
Depreciación	(16.1)	(2.4)	(0.5)	(0.4)	(12.8)	4 & 5	(9.7)	(1.3)	(1.8)	(12.0)	(1.8)	(2.2)
Varios	(47.1)	(19.2)	(2.2)	(5.5)	(20.2)	2	(16.2)	(1.4)	(2.5)	(35.4)	(3.7)	(8.0)
Impuestos	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sub Total, Costos operativos	(728.5)	(363.2)	(31.9)	(56.9)	(276.5)		(211.1)	(26.4)	(39.0)	(574.3)	(58.4)	(95.8)
Ingresos operativos netos	354.3	720.6	(35.2)	(56.4)	(274.6)		(209.7)	(26.1)	(38.8)	510.9	(61.3)	(95.2)
Donaciones	65.4	16.9	-	48.4	-		-	-	-	16.9	-	48.4
Gastos extraordinarios	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Ingresos netos	419.7	737.5	(35.2)	(8.0)	(274.6)		(209.7)	(24.8)	(0.2)	527.8	(61.3)	(46.8)



### Anexo 3. Resultados de las IMF de Pro Mujer después de la asignación de costos, Pro Mujer Nicaragua, resultados del 2004 después de la asignación de costos (US\$ 000)

	Total	Directos			Indirectos	Base de asignación (1 a 8)	Asignación indirecta			Total		
		Crédito	Salud	Otros			Crédito	Salud	Otros	Crédito	Salud	Otros
Ingresos Financieros												
Interés sobre efectivo de corto plazo	11.1	7.2	0.5	-	3.4	3	2.6	0.8	-	9.8	1.3	-
Interés sobre cartera	137.6	137.6	0.0	-	0.0		0.0	0.0	-	137.6	-	-
Comisiones	558.6	558.6	0.0	-	0.0		0.0	0.0	-	558.6	0.0	-
<b>Sub Total, Ingresos Financieros</b>	<b>707.4</b>	<b>703.5</b>	<b>0.5</b>	<b>-</b>	<b>3.4</b>		<b>2.6</b>	<b>0.8</b>	<b>-</b>	<b>706.1</b>	<b>1.3</b>	<b>-</b>
Gastos Financieros												
Interés sobre préstamos	(10.2)	(10.2)	0.0	-	0.0	1	0.0	0.0	-	(10.2)	0.0	-
<b>Sub Total, Gastos Financieros</b>	<b>(10.2)</b>	<b>(10.2)</b>	<b>0.0</b>	<b>-</b>	<b>0.0</b>		<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>-</b>	<b>(10.2)</b>	<b>0.0</b>	<b>-</b>
Ingresos Financieros Brutos	697.2	693.3	0.5	-	3.4		2.6	0.8	-	695.9	1.3	-
Cargos por inflación, devaluación y provisión												
Gastos por inflación y devaluación	(7.0)	0.0	0.0	-	(7.0)	3	(5.3)	(1.7)	-	(5.3)	(1.7)	-
Gastos por provisión de incobrables	(32.9)	(32.9)	0.0	-	0.0	3	0.0	0.0	-	(32.9)	0.0	-
Mantenimiento de valor	155.0	155.0	0.0	-	0.0	3	0.0	0.0	-	155.0	0.0	-
<b>Sub Total, Cargos por inflación, devaluación y provisión</b>	<b>115.0</b>	<b>122.1</b>	<b>0.0</b>	<b>-</b>	<b>(7.0)</b>		<b>(5.3)</b>	<b>(1.7)</b>	<b>-</b>	<b>116.7</b>	<b>(1.7)</b>	<b>-</b>
Ingresos financieros netos	812.2	815.4	0.5	-	(3.6)		7.9	2.5	-	812.6	(0.4)	-
Otros ingresos operativos	49.5	4.0	3.3	-	42.2	3	31.9	10.2	-	36.0	13.5	-
Otros gastos operativos	(3.3)	0.0	0.0	-	(3.3)	3	(2.5)	(0.8)	-	(2.5)	(0.8)	-
<b>Ingresos operativos brutos</b>	<b>858.4</b>	<b>819.4</b>	<b>3.7</b>	<b>-</b>	<b>35.2</b>		<b>37.4</b>	<b>12.0</b>	<b>-</b>	<b>846.1</b>	<b>12.3</b>	<b>-</b>
Gastos Operativos												
Salarios	(197.8)	(65.3)	(34.1)	-	(98.3)	6 & 7	(81.8)	(16.6)	-	(147.1)	(50.7)	-
Consultores	(20.9)	0.0	0.0	-	(20.9)	3	(12.0)	(3.8)	-	(14.5)	(6.3)	-
Seguros y beneficios	(98.1)	0.0	(13.2)	-	(84.9)	6 & 7	(69.1)	(15.7)	-	(69.1)	(29.0)	-
Viajes y viáticos	(24.0)	0.0	(2.5)	-	(21.6)	4 & 5	(17.1)	(4.4)	-	(17.1)	(6.9)	-
Desarrollo del empleado	(8.1)	0.0	(3.2)	-	(4.9)	3	(3.7)	(1.2)	-	(3.7)	(4.4)	-
Servicios públicos y comunicaciones	(21.1)	0.0	0.0	-	(21.1)	4 & 5	(16.8)	(4.3)	-	(16.8)	(4.3)	-
Útiles de oficina	(59.7)	0.0	(4.2)	-	(55.6)	3	(42.1)	(13.5)	-	(42.1)	(17.6)	-
Aquilar	(24.5)	0.0	0.0	-	(24.5)	4 & 5	(19.2)	(5.3)	-	(19.2)	(5.3)	-
Impresiones	(18.6)	0.0	(0.2)	-	(18.4)	4 & 5	(14.4)	(4.0)	-	(14.4)	(4.2)	-
Registros y seguros de transporte	(24.2)	0.0	0.0	-	(24.2)	4 & 5	(19.1)	(5.1)	-	(19.1)	(5.1)	-
Suministros para capacitación de clientes	(10.2)	0.0	0.0	-	(10.2)	3	(7.7)	(2.5)	-	(7.7)	(2.5)	-
Depreciación	(29.8)	0.0	(2.1)	-	(27.7)	4 & 5	(21.6)	(6.0)	-	(21.6)	(8.2)	-
Varios	(39.5)	0.0	(2.6)	-	(36.9)	3	(27.9)	(8.9)	-	(27.9)	(11.5)	-
Impuestos	(0.9)	(0.9)	0.0	-	0.0	3	0.0	0.0	-	(0.9)	0.0	-
<b>Sub Total, Costos operativos</b>	<b>(577.4)</b>	<b>(66.2)</b>	<b>(62.2)</b>	<b>-</b>	<b>(449.1)</b>		<b>(352.6)</b>	<b>(91.4)</b>	<b>-</b>	<b>(421.3)</b>	<b>(156.1)</b>	<b>-</b>
<b>Ingresos operativos netos</b>	<b>280.9</b>	<b>753.2</b>	<b>(58.4)</b>	<b>-</b>	<b>(413.8)</b>		<b>(315.3)</b>	<b>(79.4)</b>	<b>-</b>	<b>424.7</b>	<b>(143.8)</b>	<b>-</b>
Donaciones	169.6	0.0	43.5	-	126.0	3	95.5	30.6	-	95.5	74.1	-
Gastos extraordinarios	0.0	0.0	0.0	-	0.0	3	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
<b>Ingresos netos</b>	<b>450.5</b>	<b>753.2</b>	<b>(14.9)</b>	<b>-</b>	<b>(287.8)</b>		<b>(219.8)</b>	<b>(48.9)</b>	<b>-</b>	<b>520.2</b>	<b>(69.7)</b>	<b>-</b>

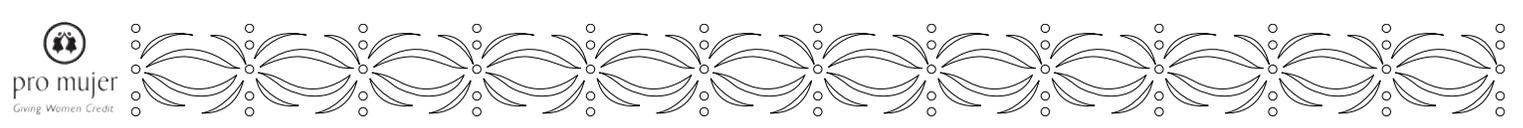


## Anexo 4. Bases de la asignación de costos para las IMF de Pro Mujer en el estudio

<b>Bases de asignación de costos para Bolivia y Nicaragua</b>	
Índice de costos directos	1
Índice de costos operativos directos	2
Índice simple de personal	3
Índice de tiempo de personal de oficina central	4
Índice de tiempo de personal de centro focal	5
Índice de costo de personal de oficina central	6
Índice de costo de personal de centro focal	7

Estas bases de asignación se reflejan en cada renglón en cada IMF en el anexo 3, e ilustran las decisiones que tomó cada IMF respecto al método usado para asignar gastos.

<b>Bases de asignación de costos para Perú</b>	
Índice de costos directos	1
Índice de costos operativos directos	2
Índice simple de personal	3
Índice de tiempo de personal de oficina central	4
Índice de tiempo de personal de centro focal Puno	5
Índice de costo de personal de oficina central	6
Índice de costo de personal de centro focal Puno	7
Índice de costo de personal de centro focal Tacna	8
Índice de tiempo de personal de centro focal Tacna	9



# Notas