



**Programa de Doctorado en Ciencias Médico-  
Sociales y documentación científica**

**EL MODELO DE LA FRANQUICIA  
SOCIAL: UNA ALTERNATIVA EN LA  
MEJORA SANITARIA AFRICANA**

**Tesis Doctoral presentada por  
MARCO IRIARTE SOMOLINOS**

**Director:**

**DR. ANTONIO SARRIA-SANTAMERA**

**Alcalá de Henares Año 2015**

---



Introducción.....	2
a. Presentación.....	2
b. Formulación del Problema.....	14
c. Objetivos.....	22
c.1. Objetivo Principal.....	22
c.2. Objetivos Secundarios.....	22
d. Antecedentes.....	23
d.1. La industria de la salud occidental.....	23
d.2. Recursos sanitarios, migración y déficits.....	27
d.3. Estrategias para el despliegue de ayuda.....	32
d.4. La situación del personal sanitario.....	36
Capítulo 1. La opción del Empoderamiento, alternativa a la donación.....	54
1.1. Caracterización de las organizaciones de Microfinanzas.....	55
1.1.1. Estructura y Dimensiones gerenciales en las IMF.....	55
1.1.2. Generalidades de las Microfinanzas.....	59
1.1.3. Conclusiones parciales sobre las microfinanzas.....	62
1.2. Caracterización de las Franquicias Sociales.....	66
1.2.1. Tipología de las Franquicias Sociales.....	67
1.2.2. Generalidades de la Franquicia Social.....	70
1.2.3. Conclusiones parciales sobre las Franquicias Sociales.....	76
Capítulo 2. Diversas experiencias de intervención.....	80
2.1. Experiencias con Microfinanzas.....	80
2.1.1. BRAC formación de promotores y trabajadores de la salud.....	80
2.1.2. Fundación Summa y los créditos a empresas de salud.....	85
2.1.3. Freedom from Hunger.....	91
2.2. Experiencias con Franquicias Sociales.....	95
2.2.1. Smiling Sun y las franquicias en Bangladesh.....	95
2.2.2. Green Star, Pakistán.....	99
2.2.3. Janani, Bihar, India:.....	100
2.2.4. Biruh Tesfa, Etiopía.....	100
2.2.5. Health Store, Kenia.....	101
2.3. Recapitulación de experiencias de intervención.....	104
Capítulo 3. Aplicación del modelo.....	108
3.1. <i>Una aproximación al contexto de aplicación.</i> .....	108
3.1.1. África subsahariana.....	108
3.1.2. Afecciones más comunes en África.....	114
3.2. <i>Un Modelo de Franquicia Social</i> .....	134
3.2.1. El Modelo.....	137
3.2.2. Implementación y gestión del modelo.....	160
3.2.3. Evaluación y control de la gestión.....	177
3.3. <i>Discusión sobre el Modelo</i> .....	179
Capítulo 4. Conclusiones.....	184
Bibliografía.....	189
Bibliografía consultada y no utilizada.....	197



## ***Introducción***

### **a. Presentación**

Si se observa el informe de la situación general de la salud mundial elaborado por la OMS en 2008, hay en el mismo lugar para grandes avances en lo que a salud respecta. Si las tasas de mortalidad en la niñez siguieran siendo hoy las mismas que en 1978, en 2006 habrían fallecido 16,2 millones de niños. Sin embargo, la situación actual es que el número de defunciones fue de sólo 9,5 millones. Se está ante un significativo *gap* de 6,7 millones de vidas que prosiguen hoy día (OMS, 2008), fruto de las mejoras sanitarias logradas durante los últimos 30 años.

Pero detrás de esas cifras existen grandes diferencias entre los países del informe de la OMS, sobre todo en lo que se refiere a tasas de mortalidad infantil. Desde 1975, las tasas de mortalidad de los menores de cinco años han disminuido de forma mucho más lenta (Muertes por 1.000 menores de cinco años) que la tasa de mortalidad en edades superiores.

Los países que revisten ingresos catalogables como medios presentaron los mejores resultados en cuanto a mejora se refiere, siendo dichos progresos bastante desiguales. Ciertos países, incluido algunos en vías de desarrollo, lograron avances sustantivos y van camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Otros, en particular del continente africano, se han estancado o incluso han perdido terreno con respecto al escenario de hace 30 años. A nivel mundial, 20 de los 25 países en donde la mortalidad de los menores de cinco años sigue representando dos tercios o más de los niveles de 1975 se encuentran en el África subsahariana (OMS 2008).

La lentitud de los progresos se relaciona con los escasos avances en el acceso a la atención sanitaria. Factores como que la cobertura de vacunas en

el África subsahariana sigue por debajo del resto del mundo. Otro factor es que la tasa actual de uso de anticonceptivos se mantenga en sólo un 21%, mientras que en otras regiones en desarrollo ha aumentado sustancialmente en los últimos 30 años y alcanza hasta un 61%. El incremento del empleo de anticonceptivos supone una disminución de las tasas de abortos en todas las regiones. Sin embargo, en el África subsahariana las cifras absolutas de abortos, realizados en su mayoría en condiciones peligrosas para la salud de la madre, han crecido, lo que incide en un aumento de la mortalidad de las embarazadas.

También sigue habiendo problemas en relación con la atención de la madre y el niño durante el parto: en 33 países africanos, menos de la mitad de todos los partos anuales son atendidos por personal de salud debidamente cualificado, y en alguno de estos países la cobertura es sólo del 6%. El África subsahariana es también la única región del mundo en la que no se está ampliando el acceso a la atención de personal cualificado durante el parto mediante planes sanitarios nacionales.

De igual manera que las propensiones generales de la supervivencia infantil, las tasas mundiales de esperanza de vida manifiestan un aumento global de casi ocho años entre 1950 y 1978, y siete años más desde entonces, lo cual supone también un crecimiento de los ingresos medios por habitante. Como ocurre con la supervivencia infantil, las crecientes diferencias en los ingresos (con un crecimiento más rápido en los países de rentas altas que en los de rentas bajas) se traducen en un incremento de las diferencias entre los que tienen peor y mejor salud en el mundo. Entre mediados de la década de los setenta y 2005, la diferencia en la esperanza de vida entre los países de ingresos altos y los países del África subsahariana, también denominados en la literatura especializada como “Estados vulnerables”, se ha acentuado, pues la esperanza de vida se ha incrementado en 3,8 y 2,1 años, respectivamente.

En 2006, la OMS publicaba que la esperanza de vida de Zimbabue, Suazilandia, Botsuana, Lesoto, Sudáfrica y Namibia era de 36, 37, 40, 41, 48 y 54 años respectivamente, y relacionaba dicha situación casi exclusivamente

con el SIDA, alertando que en el África meridional la infección por este virus, presenta los niveles más altos a nivel mundial (Nkala, 2006)

Sin embargo, una indagación más profunda de la noticias relacionadas con el África subsahariana en los últimos 3 años ilumina un panorama complejizado de manera extrema, debido a que, junto a cíclicas epidemias de enfermedades, reaparecen algunas que parecían estar controladas o eliminadas y se agregan nuevas procedentes de otros continentes.

Entre las enfermedades del primer tipo<sup>1</sup> encontramos la poliomielitis, que se presenta en prácticamente toda la región subsahariana y especialmente en la República Democrática del Congo -donde no había aparecido en los últimos seis años-, Namibia, Sudán, y Nigeria, entre otros países (Echikr, 2006) Otras de las enfermedades del primer tipo son la malaria (Mohammad et. Al, 2006), el sarampión (Mwanik, 2006) y el cólera, entre otras.

Entre las enfermedades del segundo tipo -las que reaparecen- destacan la tuberculosis (Angola Press Agency, 2006) y la tripanosomiasis (UNIRIN, 2006) estando el resurgimiento de esta asociado a la extensión alcanzada por el SIDA y al negativo impacto que provoca en el sistema inmunológico de los enfermos, posibilitando que éstos contraigan otras enfermedades “oportunistas”.

Entre las enfermedades del tercer tipo, las de nueva procedencia, se encuentra la gripe aviar, originada en el Asia y propagada a través Europa y África (Xinhua, 2006). Esta afección netamente avícola, presentó una mutación que provocó la aparición de un virus que posibilita el contagio entre los seres humanos, de impredecibles consecuencias socioeconómicas (ANSA, 2006, 2005)

Estudios recientes, como el del Instituto Lowy de Política Internacional, señalan que, de haber una pandemia gripal similar a la de 1968, ésta generaría la muerte de 1,4 millones de personas y un coste económico de unos 330.000

---

<sup>1</sup> Volveremos más adelante, en mayor detalle, sobre la tipología de enfermedades.

millones de dólares (0,8 % del PIB global) a causa de la caída de la producción económica. En el caso de que la pandemia fuera del nivel de gravedad de la de 1918-1919, perecerían más de 142,2 millones de personas y el PIB del planeta sufriría una pérdida de 4,4 billones de dólares.

Un breve balance de lo que cada día resulta más evidente en torno a la situación sanitaria de la región recogida en literatura especializada nos lleva a las siguientes consideraciones:

- Se debe deslindar el concepto que liga al África subsahariana (y por extensión al continente africano) a la amenaza para la salud mundial del mundo desarrollado, ubicando sus problemas sanitarios en un contexto de crisis generalizada del sector a nivel mundial (Garret, 2007) (Baró, 2007).
- Reconocer la insuficiencia de los recursos financieros movilizados por Occidente para paliar los problemas sanitarios de la región, con el agravante de haber sido ineficientemente empleados, reconociendo que muchas acciones de bajo costo podrían emprenderse si se aplicaran iniciativas inteligentes.
- Destacar el fracaso y la incompatibilidad moral de las políticas macroeconómicas, propugnadas desde los organismos internacionales (FMI, BM y OMC), tanto como la política exterior de las principales potencias mundiales (con el ejemplo de la reforma del Protocolo Azucarero por la Unión Europea) en la agudización de la crisis financiera de los estados africanos y en sus posibilidades de atender las necesidades sanitarias de sus poblaciones.
- La fuerte vinculación entre alimentación y salud en un contexto global, donde la misma está en jaque para gran parte de la humanidad, debido a la posibilidad del cambio de enfoques agrarios para fabricar agro-combustibles con el objetivo de sustituir parcialmente a los combustibles fósiles, (Aguilar, 2007)

- La viabilidad de desarrollar una sanidad de tipo preventivo, para lo cual los gobiernos deberían promover la creación de las condiciones infraestructurales necesarias para un adecuado ambiente sanitario (agua potable, saneamiento, etc.)
- La necesidad de diagramar las estrategias sanitarias como estrategias multifacetas de largo plazo y no como el cumplimiento de cierta metas numéricas a corto plazo; así como incrementar la cantidad de personas con acceso a medicamentos, disminuir la cifra de mujeres embarazadas con SIDA, el reparto a gran escala de mosquiteras, etc.
- Impulsar un auténtico esfuerzo internacional para el enfrentamiento de los actuales problemas sanitarios y la capacitación del personal idóneo (médicos, personal de enfermería y técnicos) necesario para sostener adecuados sistemas de salud, debiendo adoptarse políticas que desarticulen la emigración desde las naciones subdesarrolladas (África subsahariana) y la fuga de cerebros a las naciones prósperas de este personal (Dentlinger, 2006). Afrontar una normativa internacional y política institucional que compela a las naciones desarrolladas en lo relativo a la promoción del desarrollo humano (especialmente el derecho a los cuidados de salud) con los países subdesarrollados.

Las potencias económicas deben darse cuenta de que la situación actual de África es una pesada herencia del pasado colonial y el presente neocolonial de sus países, a partir de la subordinación por políticas económicas, que impulsan una determinada ética contraria a los principios del humanismo, la cooperación y la solidaridad internacional y promueven el individualismo y la indiferencia.

Esta situación sanitaria descrita no debe verse solo como algo exclusivamente inherente al continente africano, sino, sobre todo, como un

importante problema (económico, social, político, ambiental y ético) de carácter global. Para ello será necesario poner al África Subsahariana en una perspectiva mundial e histórica.

Según la OMS, en 1978 aproximadamente dos tercios de la población mundial vivía en países que posteriormente experimentaron un incremento de la esperanza de vida al nacer y un importante crecimiento económico. Las mejoras relativas más impresionantes son las registradas en una serie de países con ingresos bajos de Asia (incluida la India), América Latina y el norte de África, que contaban con un total de 1.100 millones de habitantes hace 30 años y tienen ahora casi 2.000 millones. En esos países la esperanza de vida al nacer ha aumentado 12 años y el PIB por habitante se ha multiplicado por 2,6. En los países de ingresos altos y los países cuyo PIB se situaba entre USD 3.000 y USD 10.000 en 1975, también se ha producido un gran crecimiento económico y ha aumentado la esperanza de vida.

Tras un periodo de estancamiento tecnológico y organizativo, el sistema de salud se desmoronó en muchos de estos países. En la década de los noventa el gasto público en salud disminuyó en gran parte de los países del tercer mundo hasta unos niveles que hacían prácticamente imposible que funcionara un sistema básico. Los hábitos de vida no saludables, la desintegración de los programas de salud pública y la privatización de los servicios clínicos, unida a la desaparición de los beneficios propios de la seguridad social, contrarrestaron cualquier posible beneficio derivado del incremento del PIB medio.

En un país como China la esperanza de vida se acrecentó fuertemente antes de 1980, por encima de los registros de otros países catalogables como de ingresos bajos en los setenta, a pesar de la hambruna de 1961-1963 y de la Revolución Cultural de 1966-1976. El papel jugado por la atención primaria en los medios rurales y el seguro de salud en los centros urbanos está bien documentada (Banister y Zhang, 2005), (Banister y Hill, 2004). Con las reformas económicas de comienzos de los años ochenta, el PIB medio por habitante aumentó de forma espectacular, pero el acceso a la atención de

salud y la protección social empeoró, sobre todo en las zonas rurales. Eso hizo que el ritmo de los progresos fuera más lento, lo que hace pensar que lo único que impidió una regresión de la esperanza media de vida fue la mejora de las condiciones de vida asociada al formidable crecimiento económico (Gu et. Al, 2007).

Por último, hay un grupo de países de ingresos bajos, que suponen cerca del 10% de la población mundial, cuyos valores de PIB y esperanza de vida muestran estancamiento. Estos países considerados «Estados frágiles» con arreglo a los criterios relativos a los «países de bajos ingresos en dificultades» (LICUS) para 2003-2006. El 66% de este núcleo de países se ubica en África. La mala gobernabilidad y los conflictos internos prolongados son comunes en esos países, que se enfrentan a obstáculos similares: poca seguridad, fractura de las relaciones sociales, corrupción, deterioro del estado de derecho y falta de mecanismos para generar autoridad y poder legítimos. Presentan a su vez grandes necesidades de inversión y carencia de recursos públicos para atenderlas.

En el decenio de 1995-2004 el 50% de estos países mostraron tasas negativas de crecimiento del PIB (en el resto, el crecimiento fue inferior al crecimiento medio registrado en los países de ingresos bajos), a la vez que incrementaron el nivel de su deuda externa. En 1975, esos países figuraban entre los que tenían la esperanza de vida al nacer más baja, y desde entonces apenas han mejorado en este terreno. Los demás países con ingresos bajos de África comparten muchas de las características y circunstancias de los Estados frágiles; de hecho muchos de ellos han sufrido en los últimos 30 años periodos prolongados de conflicto que habrían llevado a considerarlos Estados frágiles de haber existido antes la clasificación de LICUS.

Su crecimiento económico ha sido escaso y la esperanza de vida en ellos ha mejorado muy poco, sobre todo debido a la presencia en este grupo de una serie de países del sur de África azotados por una pandemia de VIH/SIDA de ingentes proporciones. En general, en estos últimos países se ha producido cierto crecimiento económico desde 1975, pero también una marcada regresión

en la esperanza de vida. Una distinción compartida por los Estados frágiles y los países del África subsahariana durante los últimos 30 años, y que los distingue de los demás estados que partían con menos de USD 3.000 por habitante en 1975, es la combinación de un crecimiento económico estancado, inestabilidad política y falta de progresos en la esperanza de vida (Ikpe, 2007).

En esos países se suman factores que complican la mejora de la salud. La educación, sobre todo la de las mujeres, progresa más lentamente, al igual que el acceso a comunicaciones modernas y a actividades que requieren conocimientos especializados y que amplían los recursos intelectuales de las personas comparado con otros países.

Su población está más expuesta y es más vulnerable a las amenazas ambientales y otras amenazas para la salud, como son en el actual mundo globalizado el tabaquismo, la obesidad o la violencia urbana entre otros y, por otra parte, no tiene la seguridad material necesaria para invertir en su propia salud, al mismo tiempo que sus gobiernos carecen de los recursos y el compromiso que hacen falta para realizar inversiones públicas. Además, esas personas están mucho más expuestas a las guerras y los conflictos armados que la población de los países más ricos. Sin crecimiento, la paz es mucho más difícil de conseguir y, sin paz, el crecimiento se estanca: una guerra civil de una duración típica de siete años reduce por término medio el crecimiento de un país en torno a un 2,3% anual y lo hace un 15% más pobre (Collier, 2007).

Es particularmente destacable el impacto que genera la combinación de estancamiento y conflicto. Los conflictos son productores directos de enfermedades, mortalidad y sufrimiento. Basta recordar que en la República Democrática del Congo el conflicto que tuvo lugar entre 1998 y 2004 provocó una sobre mortalidad de 450.000 personas al año (Coghlan, et. Al., 2007). Toda estrategia destinada a reducir la brecha sanitaria entre países – y a corregir las desigualdades dentro de un mismo país – debe tener en cuenta la necesidad de crear un entorno de paz, estabilidad y prosperidad que haga posibles las inversiones en el sector de la salud.

Considerando la inflación, el PIB por habitante en el África subsahariana menguó casi todos los años entre 1980 y 1994 (Van Lerberghe y De Brouwere 2000), con obvias implicaciones para la mejora de la atención sanitaria o de los sistemas de salud. A comienzo de los ochenta, el presupuesto para medicamentos de la actual República Democrática del Congo se redujo a cero y el gasto del Gobierno sanidad cayó a menos de US\$ 0,1 por habitante; en Zambia, el presupuesto para la salud pública se redujo dos tercios, y en países como Camerún, Ghana, Sudán y la República Unida de Tanzania las inversiones para gastos de funcionamiento y sueldos de la creciente fuerza de trabajo en el sector público disminuyeron hasta un 70% (Banco Mundial, 2007)

En los años ochenta y noventa las autoridades sanitarias de esta parte del mundo se vieron enfrentadas a una situación de reducción del presupuesto público y desinversión. Este periodo de contracción fiscal supuso para la población una época de pagos directos agobiantes a cambio de servicios de salud inadecuados y escasamente financiados. En gran parte del mundo el sector de la salud presenta carencia de recursos financieros. En 2005, 45 países invirtieron menos de USD 100 por habitante. Por su parte, 16 países con ingresos altos invirtieron más de USD 3.000 por habitante. Los países de bajos ingresos destinan generalmente a la salud una proporción menor de su PIB que los de ingresos más elevados y al mismo tiempo, dado que su PIB es más reducido, tienen una carga de morbilidad mayor.

Si aumenta el gasto en salud, es plausible la mejora sanitaria. Sin embargo las posibilidades políticas y el contexto económico exigen su tributo, máxime cuando los fondos escasean. En una situación de estancamiento económico, pese a que la inversión en sanidad aumente rápidamente, las posibilidades de transformación y adaptación de los sistemas de salud siempre serán mucho más limitadas que en cualquier escenario de crecimiento económico.

El principal motivo que lleva a los sistemas de salud a organizarse en torno a los hospitales o a grandes grupos sanitarios es que están impulsados por la oferta y al mismo tiempo responden a la demanda: bien sea una

demanda real o inducida por esa misma oferta. Los sistemas de salud son también reflejo de una cultura de consumo que se está generalizando. Sin embargo, por otra parte hay indicios de que la población es consciente de que esos sistemas de salud no aportan una respuesta adecuada a las necesidades y la demanda, y de que se mueven por intereses y objetivos no relacionados con las expectativas de las personas.

La modernización vuelve más prósperas e informadas a las sociedades, induciendo cambios en la forma de vida que la gente pretende, es decir, cambia sus valores (Inglehart y Welzel, 2005). Las expectativas con respecto a la salud y la atención sanitaria siguen este mismo camino. La gente se interesa más por la salud como factor que influye en su vida cotidiana y la de sus familias (Kickbush, 2007) y pretenden que sus familias y comunidades estén cubiertas de los riesgos y los peligros para la salud. Se desea un trato acorde con derechos y no como meros objetivos de programas o beneficiarios de obras de caridad. Está dispuesta a respetar a los profesionales sanitarios, pero desea ser respetada a su vez, de tal forma que exista un clima de confianza mutua (Anand, 2002)

Estas diferencias tienen un claro correlato político, social, cultural y material, que resulta evidente para el sentido común de cualquier persona. No obstante, es desde las realidades de los países desarrollados desde donde se piensan las intervenciones asistenciales hacia los países más necesitados y desiguales en el acceso a la salud. Sin duda esto crea una diferencia de interpretación y de establecimiento de patrones que son extrapolados de sus realidades de origen. Por lo tanto es necesario reconocer las diferencias históricas entre las distintas sociedades que dieron origen a los diversos sistemas de salud.

En muchos países de ingresos bajos y medios el colapso y la incongruencia del sistema de salud fomentó la aparición de la sanidad de tipo comercial, la cual no es más que la venta no regulada de atención de salud de acuerdo con el sistema de pago por servicio prestado, independientemente de

que los proveedores sean públicos, privados u organizaciones no gubernamentales.

La atención de salud regida por el mercado ha llegado a niveles sin precedentes en los países que poseen un sistema de regulación de la actividad del sector de la salud. En un principio reducida a las áreas urbanas, la atención no regulada a pequeña escala con pago por servicio, ofrecida por una multitud de proveedores independientes, domina ahora el panorama de la atención sanitaria, desde el África subsahariana hasta los países con economías en transición de Asia o Europa.

Ese fenómeno de incidencia creciente del mercado se manifiesta en el sector público como en el privado (Giusti, Criel y de Bethune, 1997). En muchos establecimientos de carácter público e incluso de organizaciones no gubernamentales tradicionalmente sin ánimo de lucro, la prestación de servicios de salud se ha comercializado en la práctica, a medida que los sistemas de pago no oficiales y de recuperación de costes han ido trasladando el coste de los servicios a los usuarios, en un intento por compensar la falta crónica de financiación de la salud pública y el rigor financiero impuesto por los ajustes estructurales (Perin y Attaran, 2003). En esos mismos países, los funcionarios que tienen un segundo empleo representan una parte importante del sector comercial no regulado, mientras que otros recurren a los pagos subrepticios (Schwalbach et al., 2000).

El debate de las últimas décadas sobre el carácter público o privado de la atención no ha abordado lo más importante: para la gente, la verdadera cuestión no es si su proveedor de atención de salud es un funcionario público o un empresario privado, ni si los centros de salud son públicos o privados. El tema fundamental es si los servicios de salud se reducen o no a un producto que se puede comprar y vender sobre la base de un sistema de pago por servicio sin regulación alguna ni protección de los consumidores (McIntyre et. Al, 2006)

El peso creciente del sector privado y el mercado en la atención sanitaria tiene consecuencias ya sea desde el punto de vista de la calidad como del propio acceso a la misma. Esto se debe a que el proveedor es el que posee los conocimientos, en una situación de información ventajosa respecto del paciente. El proveedor tiene interés en vender lo que resulte más rentable, que no es necesariamente lo mejor para el paciente. El resultado puede constatarse en los informes de las asociaciones de consumidores o en los artículos de prensa que expresan indignación por la violación del contrato de confianza implícito entre el proveedor de atención y el cliente. Las personas que no pueden permitirse la atención quedan excluidas, y las que sí pueden quizá no reciben la atención que necesitan y a menudo reciben la que no les hace falta, o pagan demasiado por ella. Los sistemas de salud de carácter comercial no regulados muestran tremendas ineficiencias y además resultan costosos (Ammar, 2003): acentúan la desigualdad (Macintosh, 2007) ofreciendo una peor calidad y, eventualmente, poniendo en peligro la propia salud.

Así pues, la provisión mercantil de la atención de salud incita en muchas ocasiones a menoscabar la confianza en los servicios de salud y en la capacidad de los responsables sanitarios para proteger al público (Macintosh, 2007). Así, se ha vuelto un problema creciente de atención para los dirigentes políticos durante los últimos 30 años, una de las principales razones para prestar más apoyo a las reformas destinadas a garantizar que los sistemas de salud se adapten no sólo a los actuales desafíos sanitarios, sino también a las expectativas de la población.

## **b. Formulación del Problema**

En base a lo desarrollado hasta aquí, queda claro que las políticas y programas de asistencia internacional para la salud son, en primera instancia, insuficientes en cuanto al volumen de la ayuda y, en segundo lugar, son generados desde sociedades occidentales con niveles de desarrollo sustancialmente diferentes a las realidades del África Subsahariana.

Se plantea entonces la necesidad de desplazar la mirada desde las soluciones impartidas y las decisiones respecto de la aplicación de planes de asistencia, hacia las condiciones mismas históricas y conceptuales que rigen las determinaciones de las políticas de asistencia sanitaria desde el mundo desarrollado. Esta necesidad surge de la evidente distancia que se observa hoy día entre la incidencia propuesta desde el conglomerado de instituciones, gobiernos y ONG, cuya acción, pese a que es insuficiente de por sí, no se aplica a las necesidades inmediatas ni a la idiosincrasia de la población en riesgo que se pretende asistir.

Para comprender si los países subdesarrollados están en condiciones de alcanzar actualmente los avances sanitarios de los países desarrollados debemos en primer lugar observar y analizar de qué manera tuvieron lugar esos progresos. En términos históricos, el descenso de los niveles de mortalidad del Norte fue simultáneo con los avances en la nutrición y la calidad de vida y trabajo de la clase trabajadora y de las familias pobres. Dado que las circunstancias de este proceso están especialmente bien documentadas en Inglaterra y Gales, los usaremos como caso práctico. (Sanders y Carver 1985)

Los avances en la calidad de vida y la salud de grandes masas de la población en Inglaterra suele ligarse con el auge de la Revolución Agrícola del siglo XVIII y la Revolución Industrial que tuvo lugar entre mediados del siglo XVIII y la primera mitad del XIX. Sin embargo, estas revoluciones mostraron una cara a la vez negativa y positiva. Si bien el viraje hacia la agricultura y la industria a gran escala incrementó la producción de alimentos y

bienes, asimismo aumentó la escasez de tierras, la migración del campo hacia las ciudades, el desempleo, impactando de manera intensa sobre la salud de la clase obrera. La pobreza y precariedad sanitaria que derivó de estas condiciones desencadenó otro tipo de revolución: la revolución de la clase trabajadora, que produjo el levantamiento de los oprimidos a través de la lucha de clases, y a través de esta lucha llevó a la redistribución de los recursos y extendió las mejoras en la salud y las condiciones de vida.

Resumiendo, ni la revolución agrícola ni la industrial produjeron por sí mismas mejoras sanitarias. Sin embargo, en la medida en que llevaron a un reclamo organizado por parte de grandes masas de la población, abrieron el camino para esas mejoras. Uno de los momentos más notables dentro de la Revolución Agrícola fue el Movimiento del cercado de campos, que tuvo lugar a partir de la década de 1760, aproximadamente.

Grandes terratenientes, que buscaban enriquecerse con la venta de alimentos a la creciente población, se apropiaron de los «campos comunes», campos que durante casi mil años habían pertenecido a las comunidades campesinas (Gray 1993). El movimiento de cercado de los campos llevó a la sustitución de la economía agrícola familiar por una agricultura comercial a gran escala. Esto generó un incremento en la producción de alimentos, pero también forzó a muchos campesinos a dejar sus campos, y gran parte de ellos emigró hacia las ciudades y pasó a formar parte de la clase obrera de la Revolución Industrial.

La emigración de las familias campesinas hacia el campo fue un fenómeno que atravesó toda la revolución agrícola y la industrial. Estas familias migrantes se concentraron o asentaron en barrios específicos, llevando unas condiciones de vida con déficits sanitarios muy pronunciados. El hacinamiento y la falta de higiene de estos guetos urbanos se corresponden con los asentamientos ilegales actuales del Tercer Mundo.

En los primeros tiempos de la Revolución Industrial la desnutrición era una norma generalizada. Esto se evidencia por el retraso del crecimiento registrado en los escolares ingleses, que realza el vínculo entre desnutrición y

pobreza. En la década de 1870, los niños de más de 11 años de los colegios de la clase trabajadora eran, por término medio, de tres a cinco pulgadas (7,6-12,7 cm.) más bajos que sus equivalentes de los colegios de clase alta. Hoy día, aunque los niños del Tercer Mundo son, por término medio, más bajos que los de los países desarrollados, los niños de las familias ricas del Tercer mundo son tan altos como los niños del Primer Mundo (Sanders, 2003).

Friedrich Engels observó desigualdades parecidas en los índices de salud entre ricos y pobres en su revolucionaria obra de 1845 *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*. Engels vio que la tasa de mortalidad de las clases trabajadoras duplicaba la de las clases altas (Gray, 1993). En el siglo diecinueve el hambre, la pobreza y el desempleo de Inglaterra generaron primero el descontento general y, luego, huelgas y revueltas populares. El Estado reaccionó reprimiendo brutalmente; de hecho, las fuerzas de seguridad británicas surgieron en 1829, justamente para contrarrestar tales revueltas. La pobreza, las malas condiciones de vida y el descontento llevaron a la formación de sindicatos, cuya exigencia fundamental era que los patronos pagaran a los obreros lo suficiente para proveer alimentos a sus familias. La toma de conciencia inducida por estas exigencias, junto con los escritos de Dickens y otros activistas sociales, tuvieron al final efecto. Algunas figuras influyentes de las clases media y alta empezaron a pedir medidas para mejorar la situación de los pobres, ya fuera por compasión (especialmente por los niños pobres) o por un deseo pragmático de detener las revueltas.

Durante décadas, la presión de los sindicatos y de los reformadores consiguió mejoras en los salarios y las condiciones laborales. El creciente desencanto público por la alta mortalidad debido a enfermedades infecciosas -y en particular por cuatro grandes epidemias de cólera entre 1830 y 1866- forzó al parlamento británico a aprobar las Leyes de Salud Pública de 1848, 1866 y 1875 (UNICEF, 1993). La Ley de 1875 creó comités locales responsables de las medidas sanitarias. Las iniciativas sobre salud incluían regulaciones medioambientales sobre el suministro de agua, aguas residuales, viviendas, matanza del ganado, hospitales de cuarentena y la creación de parques y otros

espacios abiertos, así como una educación más universal (Sanders, 1993, p.49).

Resumiendo, los avances en las condiciones sanitarias de la población inglesa resultaron de los progresos en las condiciones de vida, trabajo y nutrición. En términos más generales, fueron la consecuencia directa de los avances en la igualdad social. Estos adelantos no se derivaron de manera automática del crecimiento económico. La gente pobre se vio en la necesidad de luchar por ellos frente a la resistencia de los intereses creados de las clases privilegiadas. En los demás países industrializados tuvieron lugar procesos similares.

El hambre, la pobreza, el desempleo, los salarios inadecuados, las condiciones de vida miserables -en gran parte consecuencia de la explotación continua del débil por el fuerte y del escaso poder de la mayoría pobre- son los factores clave que hay detrás de la enfermedad y la muerte temprana.

Tras haber observado a algunos de los sucesos y choques que llevaron a los avances en los niveles de vida y la salud en los países industrializados del Norte, ¿es posible esperar de manera realista que los actuales países subdesarrollados sigan un camino parecido de desarrollo económico y social? Antes de valorar esta cuestión, es necesario analizar rápidamente las razones de la actual situación de subdesarrollo de estos países.

Fundamentalmente, fue la brutal explotación del mundo extra europeo lo que permitió la revolución industrial. La veloz colonización mermó las poblaciones indígenas de África, Asia y América. Sus economías de subsistencia, patrones culturales y todos sus modos de vida fueron socavados. La incorporación de enfermedades infecciosas, como la viruela y el sarampión, llevó a la destrucción de poblaciones enteras que no habían sido expuestas anteriormente a dichas enfermedades. Asimismo, los recursos extraídos de las colonias del Sur fueron el combustible para la industrialización de muchos países del Norte. Esto fue particularmente cierto en Gran Bretaña, donde el comercio exterior fue una fuente principal de capital nuevo.

El traspaso desde unidades pequeñas y competitivas de producción a grandes industrias monopolísticas se aceleró durante el siglo XX con profundas repercusiones para el Tercer Mundo. Los intereses empresariales del Norte se volcaron cada vez más en el Sur sin industrializar como salida lucrativa para invertir sus excedentes de capital. Exportando su método de producción monopolístico y a gran escala a los países subdesarrollados, las naciones industrializadas ahogaron de forma sistemática el desarrollo económico autóctono. De esta manera, los poderosos intereses empresariales del Norte transformaron el Tercer Mundo en un campo preparado para la inversión.

La debilidad de las economías redundó, sobre todo en el África subsahariana, en la debilidad de los Estados y la propensión a la guerra interina entre facciones alimentadas por diversos intereses, desde los étnicos a los fomentados por la explotación de las riquezas naturales por parte de extranjeros del mundo desarrollado, los cuales no permitieron que los países del subcontinente pudieran recorrer el camino de más de 100 años de los sistemas de salud de las potencias europeas y Norteamérica. Principalmente se trata de la ausencia de un sistema coherente – y muchas veces de un sistema propiamente dicho – de salud estatal y privado. Como ejemplo, basta con citar a Congo y Etiopía, países que invierten 5 dólares por persona al año en asistencia médica (conformando entre ambos una población de 136 millones de personas).

Esta situación ha fomentado para el área africana la intervención de una cuantiosa ayuda privada, como fruto de la inoperancia u omisión estatal al respecto. Según la Organización Mundial de la Salud, en su informe de salud mundial de 2006, la mitad de los 16.700 millones de dólares, invertidos en salud durante el año 2005, provenían del sector privado y algo más de la mitad de lo gastado lo fue a través de proveedores privados. Uno de los factores a destacar más sorprendentes dentro de la involucración del sector privado en el ámbito sanitario africano es que el mismo no se abastece primordialmente de donaciones monetarias. Por ejemplo, en Etiopía, Nigeria, Kenia y Uganda el Banco Mundial estimó que más del 40 por ciento de las personas de menos

recursos es asistida por aportes del sector privado de empresas con ánimo de lucro, a través de material o recursos propios.

La OMS prevé un aumento de la inversión en salud para la región de entre 25.000 y 30.000 millones de dólares hasta el 2016, con la cual debería financiar activos físicos tales como hospitales, clínicas y centros de distribución farmacéutica. Los Gobiernos recibirán una parte de esta inversión, sin embargo en el caso de países receptores de ayudas del sector privado, se espera que entre un 40 y un 70 por ciento de los fondos serán invertidos a su vez en el sector privado. Para el África Subsahariana se estima que se necesitará un incremento de entre 11.000 y 20.000 millones para los próximos 10 años.

La partida de asistencia sanitaria supondrá la mitad del total de la inversión, con el resto repartido entre la distribución y compras (equipamientos, medicamentos), investigación científica (fármacos y productos médicos), las inversiones en la mejora de la estructura de las asociaciones cooperantes y la educación sanitaria. Las inversiones individuales más grandes probablemente se dirigirán a la expansión de capacidad, por ejemplo aumentando el número de camas hospitalarias o la creación de ambulatorios locales.

También habrá una inversión significativa para la rehabilitación de centros existentes, incrementando el trabajo principal de atención sanitaria, extendiendo la atención a nuevos servicios y nuevas actividades. Según las principales asociaciones, la mayoría de los proyectos serán pequeños (por debajo de los 3 millones de dólares) y muchos serán financieramente viables, objetivo primordial, que todas tratan de conseguir a la hora de llevar a cabo un proyecto.

Considerar positivas de por sí a las inversiones del sector privado en asistencia sanitaria en África puede significar un error, ya que el Banco Mundial y otros investigadores sugirieron que, si bien el sector privado puede jugar un papel importante en la asistencia sanitaria de estos países, no puede pasarse por alto al mismo tiempo la existencia, en el sector privado, de frecuentes muestras de ineficiencia y prácticas comerciales poco éticas, como la falsificación de medicamentos. Debido a la falta de control sobre el sector

privado de salud, estas muestras de ineficiencia y prácticas poco éticas son más que comunes en países con una legislación de dudosa efectividad.

En base a esto, numerosos organismos internacionales y entidades sin ánimo de lucro, señalaron que los países ricos contribuyentes con financiación y el Banco Mundial están desperdiciando recursos económicos y poniendo muchas vidas en juego al propiciar programas privados de sanidad en países pobres cuya validez está por demostrar.

Podemos señalar no obstante una segunda columna sobre la cual asentar la imposibilidad de sostener sistemas de asistencia en la región. África está sometida a una cuarta parte de la carga de enfermedad en todo el mundo pero solo cuenta con el 3 por ciento de los trabajadores de salud. Millones de personas a través del continente africano no pueden acceder a cuidados médicos por parte de personal calificado para ello. En el África Subsahariana, la situación es peor, estimándose que hacen falta 820.000 trabajadores sanitarios: doctores, personal de enfermería, comadronas y auxiliares sanitarios, para cubrir a la población de los servicios más básicos de salud.

Actuar frente a este déficit de personal cualificado es uno de los retos en los que el sector privado debe tener un componente de ayuda fundamental, ya que se estima que, para poder cubrir dicho déficit manteniendo el porcentaje de personal sanitario, haría falta un incremento del 140% de la población en edad laboral. Este sector es blanco actualmente de las principales enfermedades (la Malaria, el Sida y la Tuberculosis) dañando tanto los ámbitos urbanos como rurales, impidiendo la formación de los jóvenes africanos. En definitiva, se trata de un cúmulo de dificultades que complica más si cabe una solución próxima.

La formación de personal tal como se practica en occidente supone un intenso consumo de capital y tiempo. Tanto la ONU como la OMS estipulan la necesidad de 600 escuelas médicas más de las actuales, requiriendo más de 20 años para poder alcanzar el ratio que recomienda la OMS. Otro reto es la demanda escasa que las carreras sanitarias tienen por parte de los estudiantes con recursos. Los sueldos para doctores y las personal de enfermería han caído en los últimos tiempos y muchos doctores renuncian a la carrera médica

tratando de obtener mejores condiciones, seguridad de trabajo y salario en otras posiciones. A esto hay que sumar la infraestructura escasa y unos suministros médicos muy reducidos (entre otros factores), que no hacen sino limitar la productividad de trabajadores sanitarios y hacen entrever que la diferencia entre el ratio sanitario recomendado por la OMS y la realidad sanitaria Subsahariana pueda ser más amplia de lo que en un principio atestiguan diversos informes.

Si se recapitulan las líneas precedentes, es posible determinar que el decurso de occidente hacia los sistemas de salud actualmente operantes en sus sociedades no es posible para el África subsahariana. La situación actual de los países de la región no hace pensar a su vez a que en el corto y medio plazo puedan generar un cambio que posibilite la estabilización de la población en edad laboral, la mejora de las condiciones materiales de forma constante y la posibilidad de sostener sistemas de salud del tipo occidental. Más allá de las posibilidades materiales, dichos sistemas requieren de un trayecto histórico y una situación social general, que no existe en el África subsahariana.

Por lo tanto, en base a la asistencia disponible y a las condiciones imperantes, se erige un problema de indagación, por el cual se plantea un curso de acción pragmático y actuación directa, considerando las soluciones no desde modelos occidentales sino desde las posibilidades reales de las sociedades africanas.

Así se llega al planteamiento de la pregunta que estructura la indagatoria de la presente tesis, siendo el problema de investigación al que se aboca el siguiente: ¿De qué manera puede articularse la ayuda sanitaria internacional para generar mejoras en el acceso a la salud, en países con una situación estructural crítica?, ¿De qué forma puede contribuir a este fin la apelación a los valores e idiosincrasia propios de dichos países?

## **c. Objetivos**

### **c.1. Objetivo Principal**

- Determinar la posibilidad de implementar un enfoque basado en las microfinanzas, en el empleo de redes de asistencia sanitaria mixtas, financiados a través de sistemas de franquicias sociales, para salvar la desigualdad de acceso a la salud, en alguno de los países con mayor densidad poblacional del África Subsahariana.
- Construir un modelo de franquicia social y analizar la posibilidad de aplicación de una unidad sanitaria en un área específica del África Subsahariana, ampliable a varios centros asistenciales sanitarios.

### **c.2. Objetivos Secundarios**

- Realizar un cuadro panorámico de la situación sanitaria en África y su relación con la industria de la salud occidental.
- Describir y analizar diversas experiencias de intervención sanitaria en África.
- Articular la ayuda sanitaria internacional para generar mejoras en el acceso a la salud, en países con una situación estructural crítica, analizando dos formas de financiación de ayuda sanitaria, los microcréditos y el sistema de franquicias sociales.
- Analizar ejemplos de implementación de ambos sistemas de financiación en el campo de la salud y especialmente en programas de formación de paramédicos, en los países del tercer mundo.

## **d. Antecedentes**

### **d.1. La industria de la salud occidental**

Entre los antecedentes que orientan este trabajo, sin duda cabe destacar el aporte de Kenneth Arrow (1963), *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, en donde se realiza un contrapunto entre la industria del cuidado médico y la provisión de bienestar. El trabajo plantea la posibilidad de dar una explicación económica al problema del cuidado médico, a partir de entender a este último como una adaptación entre la situación de incertidumbre en la alcance de una patología y la eficacia del tratamiento para enfrentarla.

El autor tomó particular cuidado en destacar el papel industrial del cuidado médico, ya que el término salud implica muchas dimensiones de una persona y factores causales, mientras que el cuidado médico es un servicio estipulado ya acotado. En cuanto a la industria, el cuidado médico se rige por una norma que difiere de las necesidades sociales respecto de la salud, y esta es la del libre juego entre oferta y la demanda en el mercado (Arrow 1963), lo cual depende tal y como se señalará de situaciones que distan del idealismo de las condiciones mercantiles, con amplios márgenes de incertidumbre y con un alto grado de generalización respecto de las necesidades personales de salud. Desde este punto de vista, el análisis se centra en el comportamiento esperado de los distintos jugadores, la incertidumbre, las condiciones de la oferta y las políticas de establecimiento de precios, así como dos principales partes del ensayo que buscan situar el modelo competitivo en dos estados, bajo certidumbre y bajo incertidumbre.

Se aprovecha particularmente en este trabajo el análisis respecto de la teoría del aseguramiento perfecto y el apartado en el que se analizan los problemas del aseguramiento, especialmente tras haber leído las reflexiones del profesor Fuchs (1999) sobre el futuro de la economía de la salud.

A partir de estos dos autores se esboza una línea de interpretación del futuro sanitario, el cual en el ámbito del aseguramiento se aproxima mucho al campo de la gestión del riesgo y la transferencia del mismo. Fuchs (1999) da cuenta de un inminente incremento a futuro en el porcentaje de gente que va a demandar una mayor asistencia sanitaria, desplazando la función de la demanda y movilizándolo a los agentes a una mayor inversión, para poder alcanzar la demanda. No obstante toda esta situación constituirá una mayor presión para el sistema sanitario redundando en ocasiones en una mayor dificultad de financiación.

En las sociedades del mundo desarrollado la tendencia marca que los recursos sanitarios aumentarán paulatinamente, con arreglo al envejecimiento de la población, haciendo que la problemática de la financiación sanitaria sobrepase el problema de las pensiones de jubilación. Este dato es crucial ya que estamos acostumbrados a pensar en la dificultad futura de mantener las pensiones de jubilación debido al envejecimiento de la pirámide poblacional, pero hasta la fecha no se ha escuchado tanto la reflexión sobre el futuro problema económico que supondrá el exceso de demanda de sanidad. Estas consideraciones ponen en tensión a los dos modelos con los que Occidente da cuenta de la provisión masiva de salud, los sistemas estatales y los privados.

En las sociedades industrializadas avanzadas, el cambio tecnológico tiene un papel central. La industria médica no es ajena a este factor, por lo que las empresas se esfuerzan en obtener beneficios introduciendo productos nuevos y mejores, o métodos de producción menos costosos. Pero la inversión debe recuperarse a través de los beneficios futuros que dichas inversiones obtendrán. Dicho esto, hay que considerar que el cambio tecnológico y la competencia imperfecta están profundamente ligados, como veremos más adelante.

Tomando en consideración los aportes del economista Joseph Stiglitz (2003) son cuatro las causas por las que el cambio tecnológico incide en la competencia imperfecta:

La primera causa son las patentes, que están diseñadas para salvaguardar los intereses de las inversiones realizadas, siendo quizá el mercado farmacéutico aquel en el cual las patentes tienen un mayor peso, trasladándose esto al mercado sanitario. Las patentes como tal son un mecanismo que limita la libre competencia y por tanto han de ser consideradas como barreras a la entrada.

La segunda causa la encontramos en que en estos sectores el cambio tecnológico presenta unos costes fijos muy elevados, lo que incide en unos costes medios decrecientes a lo largo de un tramo considerable de la producción, situación que también limita la libre competencia.

Los dos últimos factores serían la rápida reducción de costes cuando se obtiene un importante avance tecnológico y la falta de igualdad de oportunidades para acometer la inversión inicial. En la práctica los bancos no otorgan las mismas oportunidades a todos los jugadores sobre todo cuando estos son pequeños o acaban de llegar al mercado. Todas estas razones dificultan la entrada y reducen la competencia en el sentido definido por el modelo competitivo básico (Stiglitz, 2003).

En base a esto, Fuchs (1999) en su ensayo deja clara la escasa atención en el estudio de la economía de la salud del componente tecnológico endógeno, y es que los descubrimientos científicos influyen como una fuerza más del mercado. Fuchs resalta el poco peso de la igualdad en el ámbito del acceso al soporte sanitario en la repercusión de los resultados sanitarios. Enfatiza a su vez sobre una serie de factores que son tomados aquí en cuenta en cuanto al déficit de igualdad en el acceso a la salud: La entrada de capital extranjero, consecuencias/experiencias negativas del estado de bienestar, el colapso de las economías socialistas de la Europa continental y la ausencia de guerras.

Es nuevamente Arrow (1968) quién permite reflexionar acerca de algunas cuestiones éticas en cuanto a la industria de la salud occidental. Es razonable que, debido a los problemas de un exceso de uso, por parte de los

asegurados, de la asistencia sanitaria, las aseguradoras, vía pólizas específicas, se vean obligadas a limitar la cantidad de servicios sanitarios a recibir por una persona. Arrow hace un análisis de las distintas vías que tienen las aseguradoras para limitar dichos servicios. ¿Pero dónde está el límite de ese raciocinio?. ¿No se cae en determinados momentos en un exceso de la prevalencia económica sobre el grado de asistencia sanitaria?. Esto abre el interrogante acerca de los límites a la asignación de salud a partir de los movimientos de mercado, los que como se observará más adelante, no son todo lo libre que suele presumirse.

En torno a esta problemática, algunas propuestas como la de Feldstein (1973) sugieren métodos de coaseguramiento, con el objetivo de acotar de alguna forma la cobertura asistencial del seguro haciendo al asegurado corresponsable de los riesgos de un mayor o menor gasto sanitario. De esta forma, los asegurados dejan de tener una percepción de cobertura gratuita ilimitada. En cierta medida representan la participación de los usuarios en el coste de los servicios, lo que redundaría en una disminución de la cantidad demandada. Su ventaja frente a otras medidas anti riesgo moral (limitaciones en la cobertura en la cantidad o en el precio) es que tiene un efecto racionalizador que no depende del nivel de gasto deseado.

Estos antecedentes marcan en cierta medida las tensiones inherentes a los sistemas de salud occidentales contemporáneos entre acceso y restricción a la salud, cuestión que se alimenta de la lógica industrial que prima en los servicios de salud, antes que por un criterio basado netamente en el acceso a la misma. Si bien dicha estructuración difiere notablemente de la que podemos encontrar en el África subsahariana por obvias cuestiones históricas, económicas y sociales, hay riesgo de transmitir a través de la asistencia internacional dichas prácticas arraigadas a un subcontinente desgarrado por las más extremas desigualdades. Solo basta tomar nota de la enorme presencia de aportes privados en la ayuda internacional actual.

## **d.2. Recursos sanitarios, migración y déficits**

En lo referente al África subsahariana propiamente, un antecedente orientativo directo de esta investigación es el informe de la OMS, *Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo* (OMS, 2008). En dicho informe se señala que la migración sanitaria que acontece sobre todo en el África subsahariana, “viene a debilitar aún más sus sistemas de salud, que ya están en situación precaria, y representa un gran impedimento para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud” (OMS, 2008, p.1).

Ante esta situación que excede a los países africanos, se llegó a un compromiso para observar diversas medidas de contratación internacional del personal sanitario, para el cual se dispuso todo un sistema de colaboraciones internacionales e interinstitucionales. Tanto en el plano técnico como el normativo, se establecieron contactos con la OIT, la Organización Internacional para las Migraciones, la OCDE, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (administrada por la OMS), y una organización no gubernamental llamada Realizing Rights (OMS 2008).

Las últimas investigaciones sobre estos movimientos muestran que en los tres últimos decenios las tendencias han ido cambiando y el número de emigrantes ha aumentado de manera manifiesta. Hace 3 decenios, el personal sanitario presentaba una baja tasa de emigración fuera de los países africanos, ubicándose una modesta tendencia de asentamiento en países industrializados de fuera del continente. Sin embargo desde entonces esta configuración ha cobrado una mayor complejidad y ahora los desplazamientos afectan a casi todos los países subsaharianos y a la vez revelan marcadas tendencias migratorias aún entre aquellos países africanos que manifiestan algún tipo desarrollo relativo (OMS 2008)

El Africa Health Workforce Observatory (Observatorio del personal sanitario conjunto) establece que los países de la OCDE son uno de los principales destinos de los profesionales de la salud que migran: las cifras de la

OCDE indican que un 11% de todo el personal de enfermería y un 18% de todos los médicos que trabajan en los países de la OCDE han nacido en el extranjero. Estas cifras globales, sin embargo, ocultan importantes variaciones entre los países, producto de las diferencias que existen entre ellos respecto a las características del personal sanitario y a los patrones generales de migración, sobre todo en el caso de personal muy cualificado.

En los últimos 25 años el número y la proporción de médicos formados en el extranjero ha aumentado sustancialmente en la mayoría de los países de la OCDE, sobre todo en los europeos, en algunos de los cuales dicho número ha crecido, en promedio, casi un 10% anual. Además, están apareciendo nuevos patrones migratorios a escala regional, Como son el caso de la Unión Europea o en el Sur de África.

Para disponer de mejor información sobre los recursos humanos para la salud es imprescindible, entre otras cosas, efectuar un seguimiento más eficaz de las migraciones del personal sanitario. La OMS, junto con otras organizaciones internacionales como la OIT y la Organización Internacional para las Migraciones, está reuniendo un conjunto mínimo de datos sobre las migraciones que puedan configurar un escenario base.

Este documento de la OMS propone algunas líneas de acción para paliar estas tendencias: el mencionado compromiso interinstitucional a la vez que fomentar un grupo de trabajo especializado (de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario) sobre la ampliación de la enseñanza y la formación del personal sanitario, que viene preconizando un sustancial incremento de las inversiones en la enseñanza y formación de los profesionales de la salud en los países en desarrollo. La Organización está tratando asimismo de aunar esfuerzos en el plano internacional para encontrar soluciones prácticas que ayuden a gestionar las migraciones (OMS 2008).

Por otra parte, en su documento de presentación<sup>2</sup>, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario destaca la delicada situación que representa la escasez de personal sanitario en todo el mundo, suponiendo uno de los obstáculos más importantes para lograr las metas sanitarias y los objetivos de desarrollo. Las crisis de personal sanitario dinamitan la capacidad de incidir en aquellas cuestiones clave que posibilitan salvar vidas en esferas como la inmunización infantil, el embarazo sin riesgo y la atención de las madres, la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. El personal de salud también tiene una función preponderante en las reacciones mundiales ante amenazas generadas por enfermedades emergentes y epidemiológicas como el SARS, la gripe aviar, las fiebres hemorrágicas, y extrapolando, inclusive el cambio climático.

En efecto, se señala que los desequilibrios dentro de los países agravan esta crisis. En el ámbito agrario el personal sanitario es más escaso que en las urbes. A esto se suman otros factores, como la competencia entre programas de lucha contra enfermedades prioritarias para atraer el escaso personal sanitario, lo cual impide desarrollar un sistema de salud integrado.

Pero dicho documento señala un punto estructural que excede la realidad africana en sí misma. En los países desarrollados el aumento de los problemas sanitarios crónicos en una población envejecida y el propio envejecimiento del personal sanitario generaron el acrecentamiento en la demanda de profesionales. Este nicho generado - con sueldos más altos, cabe destacar- es un acicate para que miles de trabajadores sanitarios de países en desarrollo abandonen sus posiciones laborales, impulsados a la emigración. Al mismo tiempo los países en desarrollo, que soportan una carga creciente de enfermedades tanto infecciosas como no transmisibles, necesitan expandir en gran escala las actividades de capacitación y las iniciativas encaminadas a retener al personal sanitario<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Este documento puede consultarse en <http://www.who.int/workforcealliance/Spanish%20version.pdf>

<sup>3</sup> Ídem.

En 2008, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario elaboró el programa de Kampala, en el cuál se solicita a todos los países que prioricen la formación y contratación de personal sanitario nacional suficiente y generen a su vez incentivos apropiados y una mejora en las condiciones de trabajo que inhiban las migraciones. Asimismo, se pide a las instituciones financieras internacionales y regionales que reduzcan limitaciones, tales como los techos de contratación en la salud pública, y se pide a la OMS que acelere las negociaciones sobre un código de prácticas en materia de contratación internacional de personal sanitario. Cabe destacar asimismo que la OMS estima que la carencia mundial de personal sanitario supera en la actualidad los 4 millones de trabajadores, y que en el mundo hay al menos 57 países donde dicha situación es aguda. Esta crisis afecta especialmente al África subsahariana, donde hacen falta cerca de 1 millón de trabajadores sanitarios.

En la misma tónica, el Consejo Internacional de Enfermería elaboró un informe (CIE 2006), en dónde se da cuenta específicamente de la escasez del personal de enfermería en el mundo. Este mismo informe establece que en el África Subsahariana, faltan cerca de 600.000 enfermeras y enfermeros, en relación con el número que, según las estimaciones, se necesita para ampliar las intervenciones médicas prioritarias, según recomendaciones de la Comisión de macroeconomía y salud. En muchos países subdesarrollados no es raro encontrar situaciones en las que un solo profesional de enfermería esté encargado de 50 pacientes.

El mismo informe señala que el personal de enfermería constituye el grupo más numeroso de dispensadores de atención de salud. Sus servicios son vitales para la provisión de cuidados seguros y eficaces y conforman un recurso vital para lograr las “metas del milenio” relacionadas con la salud. El fortalecimiento de los sistemas de salud y la consecución de dichas metas dependen en buena medida de que se desplieguen más iniciativas para resolver la escasez actual de personal de enfermería. Por ejemplo, aumentando el índice de los nacimientos atendidos por profesionales capacitados podría frenarse en gran medida la mortalidad materna (OMS 2005). Además, el fortalecimiento de los recursos humanos de enfermería da

lugar a un mejor acceso a los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación y, a su vez, a unos mejores resultados de los sistemas de salud.

El informe al intentar brindar coherencia al sistema internacional de salud en lo que respecta al personal de enfermería, vuelca algunas consideraciones de contenido macroeconómico general, detallando cuestiones estructurales. Se señala una recurrencia sistémica internacional generada a partir de los topes impuestos al gasto en salud pública, resultado de condiciones de endeudamiento impuestas por instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial. Sin embargo, los países argumentan que para alcanzar sus prioridades económicas, precisan de recortes presupuestarios. Por esto, las actuales políticas de préstamo de las instituciones financieras internacionales no proporcionan a los ministerios de hacienda orientaciones sobre la manera en que los fondos deben asignarse entre los diversos sectores públicos (CIE 2006).

Como las partidas de salud y educación en muchos países acaparan la mayor parte del presupuesto nacional, los recortes se aplican en los gastos nacionales de salud, con profundas consecuencias para el personal de sanitario. Los límites de la contratación impuestos por los gobiernos han generado en algunos países un gran número de personal sanitario desempleado. Es trágico que, en medio de una grave y creciente escasez sanitaria, exista personal de enfermería formado y con capacidad para trabajar, pero sigan desempleados por la limitación del gasto.

En varias regiones, las inversiones en infraestructura nacional pública son inadecuadas. Infraestructura deficiente – falta de caminos, de energía, de procesos informáticos y sistemas, de telecomunicaciones, de trasportes, de agua y saneamiento – tiene un efecto negativo en el acceso a la educación (por ejemplo, limitan las oportunidades de aprendizaje a través de los puestos clínicos) y en la provisión de los servicios de salud.

El acceso limitado a los transportes, por obstáculos físicos o financieros, cercena la posibilidad, de que el personal sanitario alcance sus puestos de trabajo, que los estudiantes de enfermería lleguen a las escuelas y que los

pacientes lleguen a los servicios de atención de salud. En África en particular, el personal de enfermería lucha cada día contra una grave escasez de medicamentos, agua potable, equipos médicos y suministros esenciales como guantes, vendas, compresas, etc. necesarios para hacer su trabajo. La escasez de esos recursos esenciales crea unas condiciones de trabajo sumamente frustrantes y desmoralizadoras para el personal de enfermería y limita su capacidad para dispensar a los pacientes unos cuidados adecuados y de calidad en todos los niveles del sistema de atención de salud (CIE 2006).

### **d.3. Estrategias para el despliegue de ayuda**

Pero, si hasta aquí hemos señalado las limitaciones que impone la realidad internacional a las posibilidades de mejora en el acceso a la salud para el subcontinente, es pertinente señalar el balance de Perspectivas Económicas de África<sup>4</sup> respecto de los planes para efectivizar la ayuda en el continente. Se ofrecen una serie de puntualizaciones que iluminan en cierta medida el enfoque con el que se aborda la problemática de la ayuda en la actualidad:

- Aumentar la capacidad de provisión de los actores del desarrollo.
- Encontrar una metodología para incluir a la sociedad civil en la provisión de la ayuda.
- Responsabilizar a los donantes y Gobiernos para atender la inclusión de dichos valores.
- Adaptar la evaluación y controlar los criterios de forma acorde.

No obstante, el progreso hacia la vinculación de diversos actores con la ayuda parece ser dispar entre los socios y donantes y sin amplias bases de cooperación ofrecidas por los países socios. Los Gobiernos tienen problemas para hacer operativas sus estrategias, especialmente en lo relativo a la asignación de presupuestos a resultados específicos. Por lo tanto, el enfoque

---

<sup>4</sup> Dicha evaluación está disponible para consulta en:  
<http://www.africaneconomicoutlook.org/es/outlook/growth-of-aid-to-africa/progress-in-making-aid-more-effective/>

que prima es el del control gubernamental y la ampliación en la involucración de la sociedad civil.

En este sentido cabe señalar algunos enfoques y soluciones ya en práctica en determinados países, orientados a involucrar a un diverso espectro de actores, desplazando el papel hegemónico que llevaba tradicionalmente el Estado y sus instituciones principales. Ante la falta de recursos para una empresa tan basta como la construcción de servicios de salud para el África subsahariana y la creciente impronta de involucración de sectores diversos de la sociedad civil en la asistencia, cobra relevancia para este trabajo el aporte que realizara el economista Amartya Sen.

En sus desarrollos acerca de la pobreza y sus causas, elabora el concepto de *capabilities*. Dicho concepto contiene dos acepciones integradas, bajo el término “capability”: es tanto la propiedad de contener otras cosas (*capacity*) como también una aptitud (*ability*). Es en esta relación donde Sen enfrenta la *economía del bienestar* clásica, como “capacidad de atesorar” (*contener*) bienes materiales, con el enfoque en la capacidad como “*aptitud* de las personas para transformar esos bienes en bienestar y calidad de vida” (Sen, 1993).

En efecto el concepto de pobreza humana siempre involucra alguna carencia de capacidades en las personas o fracaso en conseguir esas capacidades a niveles aceptables. Dichas capacidades no son más que las opciones que una persona puede elegir de cara a realizar acciones o alcanzar estados de existencia con los que conseguir el bienestar. En esta perspectiva, el desarrollo implica un proceso de aumento de las capacidades de las personas y de la consiguiente reducción de su vulnerabilidad.

El concepto de “capacidades” se ha incorporado con fuerza últimamente a los estudios sobre desarrollo como reverso del concepto de vulnerabilidad. Las capacidades han sido definidas por Anderson y Woodrow (1989) como las “fortalezas” o recursos de los que dispone una comunidad y que le permiten sentar las bases para su desarrollo, así como hacer frente a un desastre cuando éste acontece. Tales capacidades pueden ser físico-materiales

(recursos materiales, conocimientos técnicos, estrategias de afrontamiento), sociales (redes sociales, capital social), o psicológicas (coraje, iniciativa).

Al momento de enfocar la problemática de la asistencia, es capital dar cuenta de que todas las personas y comunidades, incluso las afectadas por un desastre, disponen de determinadas capacidades propias, esto refuerza la percepción de los receptores de la ayuda internacional no como “víctimas” pasivas, sino como agentes activos de su propio desarrollo, cuya participación es siempre necesaria. A raíz de esta visión surge la denominada *construcción de capacidades (capacity building)* que emerge como uno de los principales cometidos que debe perseguir la ayuda internacional.

La construcción de capacidades se suele entender en dos sentidos, que resultan complementarios (Anderson y Woodrow, 1989):

- El primero, como la creación de capacidades de las personas mediante su formación, concienciación y organización, de forma que puedan articular sus intereses y promover el cambio social.
- El segundo, como un *desarrollo institucional*, esto es, la creación y refuerzo de organizaciones o instituciones locales que enriquezcan la sociedad civil y defiendan los intereses de los menos favorecidos, a lo cual se puede contribuir, por ejemplo, mediante la formación de recursos humanos en gestión y planificación, o con el establecimiento de redes institucionales.

El análisis de capacidades y vulnerabilidades es utilizado en los programas de Cooperación Internacional y Acción Humanitaria como metodología para el análisis y diagnóstico de la realidad de las comunidades con las que se pretende trabajar.

Por su parte, el economista Muhammad Yunus, Premio Nobel de la Paz 2006, propuso en 1974 una forma de organización social para aldeas rurales denominada "Gram Sarker" (gobierno rural). La propuesta resultó pragmática y

efectiva, utilizándose como política pública de Bangladesh a comienzos de los años 80.

Desde esa época, debido a la hambruna que asolaba a Bangladesh, uno de los países con mayor densidad demográfica del mundo, llegó a concluir que sólo se puede salir de la pobreza superando las leyes del mercado, proporcionando créditos solidarios sin garantía a los más necesitados para que puedan realizar una actividad. En base a ello, desarrolló la idea del microcrédito, partiendo del aporte de Akhter Hameed Khan, por la cual se ponen en movimiento pequeños préstamos, otorgados a personas humildes que no eran aptas para un préstamo bancario tradicional (Yunus, 2006).

A través de su sistema Yunus cuestiona nuestra forma habitual de percibir la relación económica entre ricos y pobres, sus derechos y deberes respectivos, sus orígenes y su futuro. Yunus con su modelo socioeconómico ha propiciado una alternativa democrática de superación de la pobreza y de crecimiento continuo sostenible. En primer lugar plantea una apertura de la economía capitalista que excluye a los desfavorecidos y sin recursos a una economía de, por y para los pobres, y para conseguirlo es necesario (Yunus 2006):

- Impulsar el autodesarrollo sostenible de las personas y las familias basado en un trabajo y habilidad artesanal o industrial que sobrepase la supervivencia.
- Financiación precisa mediante microcréditos a las personas y familias sin recursos, con unos intereses perfectamente asumibles.
- Creación de una dinámica institucional de financiación directa con los recursos generados por la red de acreedores pobres, como resultado de su rigor y credibilidad efectiva en la satisfacción de sus deudas. Es por lo que crea el banco Grameen.

Es precisamente este enfoque de financiación unos de los puntos nucleares de la presente tesis, donde más adelante profundizaremos en el papel que las microfinanzas pueden tener en el ámbito sanitario.

#### **d.4. La situación del personal sanitario**

Considerando por un lado la insuficiencia de la ayuda internacional para la región subsahariana, junto con las últimas tendencias en actuación de la ayuda internacional y la situación estructural internacional en cuanto al personal de enfermería, cabe preguntarse acerca de experiencias que involucren estos 3 factores, dentro de una articulación con algún grado de coherencia y de eficacia respecto de una mejora en el acceso a la salud, para las poblaciones de países en vías de desarrollo.

Para ello cabe destacar el trabajo de Malvárez y Castrillón Agudelo (2006) que señala que en los últimos años la salud ha adquirido un lugar central en la agenda global al entenderse como cuestión clave del desarrollo. El aumento de la pobreza y las desigualdades en el mundo globalizado, de los peligros a raíz de los cambios ecológicos, demográficos y socio-económicos, la comprensión de los macro determinantes, los saldos negativos de las reformas y su impacto en la salud pública, determinan esta prioridad y la generación de alianzas globales para el desarrollo, el control de enfermedades y una renovada acción a favor de la Atención Primaria de la Salud. Este trabajo centrado en Latinoamérica es de sumo interés, ya que se trata de una región en vías de desarrollo al igual que África, con algunas similitudes en cuanto a los problemas que deben enfrentarse para garantizar servicios de salud eficaces.

El informe, producido para la CIE, analiza la situación laboral de la enfermería en Latinoamérica. Se detalla que la división del trabajo en salud, la introducción de tecnología y de especializaciones médicas, la escasa profesionalización de la enfermería y las exigencias de las reformas, elevaron la demanda de personal de enfermería en la administración hospitalaria, la organización de servicios y supervisión del personal auxiliar. Numerosos

estudios dan cuenta de que la función de gerencia está a cargo del personal de enfermería reduciendo el tiempo para aplicarse a los pacientes, descargándose la responsabilidad del cuidado en el personal auxiliar. Se destaca que los hospitales con número más alto de personal de enfermería por usuario presentan menores niveles de mortalidad hospitalaria (Malvárez y Castrillón Agudelo, 2006).

En la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata (Kazakstán) en 1978, fue delineada una estrategia de priorización de la atención primaria. Dentro de esta estrategia la enfermería veía ampliado de manera considerable su rol, asumiendo ahora tareas diversas tales como la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el manejo de programas prioritarios.

La Organización Panamericana de la Salud ha publicado estudios que señalan que el personal de enfermería ha jugado un papel importante en las actividades comunitarias de salud en las Américas y ha conformado una fuerza de trabajo nuclear en el desarrollo de programas que toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones.

El personal de enfermería tiene una larga tradición de alianzas con variedad de proveedores de salud y grupos comunitarios en respuesta a sus necesidades. Sin embargo, la extensión y complejidad de los problemas de salud de la región subsahariana y las limitaciones impuestas por las políticas y por las reformas ocasionan que la potencialidad de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a manos del personal de enfermería, se vea debilitada y requiera de una especial atención en función de su aprovechamiento (Malvárez y Castrillón Agudelo, 2006).

Es interesante traer a colación el ejemplo de América Latina, una región compuestas por los llamados países en vías de desarrollo, en donde existe un sistema sanitario más profesionalizado.

Latinoamérica tiene un área de aproximadamente 21.069.501 km<sup>2</sup>, casi el 3.9% de la superficie total de la Tierra o 14.1% de su superficie terrestre.

Hacia 2009, su población se estimaba en más de 568 millones y su producto bruto doméstico de alrededor de 4,26 trillones de dólares. América Latina puede subdividirse en varias regiones en base a la geografía, la política, la demografía y la cultura. Algunas subregiones son Centroamérica, el Caribe y Sudamérica (esta última a su vez puede dividirse entre los países del cono sur y los países andinos). En términos de cultura, sociedad e identidad nacional, los países son habitualmente clasificados en términos de países mestizo americanos (Ecuador, Colombia, México etc.), indígena-americanos (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Perú) y europeo-americanos (Argentina y Uruguay).

La desigualdad y la pobreza siguen siendo los desafíos principales de la región. América Latina es la región más desigual del planeta. Además, de acuerdo con el Banco Mundial. Cerca del 25% de la población vive con menos de 2 USD por día. Un aspecto de esta desigualdad y pobreza en América Latina, además de la desigual distribución de la riqueza, tiene que ver con el acceso desigual a la infraestructura básica, por ejemplo el acceso al agua y la salud.

En lo que respecta a la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería (FTE), puede decirse que en América Latina está estructurada en niveles de formación diversos, con títulos variables entre países y predominio de mujeres. El indicador personal de enfermería por cada 10,000 habitantes da cuenta de un rango cuyo dato más bajo es el 1,1 de Haití. Los países de América del Sur varían desde 1,2 en Paraguay y 7,9 en Venezuela. En América Central y el Caribe Latino, el rango va desde 3 en República Dominicana hasta 10,8 en Panamá, con excepción de Cuba que presenta 75 profesionales de enfermería por 10.000 habitantes.

Desde el punto de vista institucional, son varios los criterios para establecer la dotación de los centros sanitarios y no se dispone de instrumentos sistematizados para la asignación de la cantidad de personal de enfermería y auxiliares de acuerdo a la complejidad de los servicios. Un estudio sobre carga de trabajo y mortalidad hospitalaria muestra que, tomando como base una carga de trabajo óptima de cuatro pacientes por personal de

enfermería en unidades asistenciales de complejidad media, si esa relación aumenta a seis pacientes, hay un incremento del 14% en las probabilidades de que los pacientes mueran dentro de los 30 días siguientes a su admisión. Si la carga de trabajo es de ocho en vez de cuatro, la mortalidad aumenta a un 31% (OMS, 2002).

La morfología de la Fuerza de Trabajo de Enfermería en América Latina, muestra que el país con más alta proporción de personal de enfermería es México (61.5%) siendo Uruguay el de más baja proporción (12.2%). En el Cono Sur, la proporción de auxiliares de enfermería varía en un rango de 62,3 en Argentina a 87,8 % en Uruguay. En la Zona Andina el rango va de 67,7 en Ecuador a 78,1 en Colombia y Centro América, Caribe Latino y México muestran la mayor disparidad yendo desde 39,5 % en México a 82,0 % en Guatemala. La media por sub-regiones es la siguiente: Cono Sur 77 % de auxiliares de enfermería, Región Andina 72 % y Centro América 70 %. Dicha situación significa que las necesidades de atención de enfermería a las poblaciones se encuentran predominantemente a cargo de personal con formación elemental.

En tal sentido, en los últimos 20 años, los países de Latinoamérica han desarrollado iniciativas en favor de la calificación de la FTE que han mejorado estos indicadores en buena proporción, transformando en auxiliares de enfermería a un gran grupo de agentes que solo disponían de formación práctica en servicio, en técnicos a un gran grupo de auxiliares de enfermería y en profesionales a otro gran conjunto de auxiliares y técnicos.

Argentina, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Honduras y Venezuela llevaron adelante la profesionalización de más de 20.000 auxiliares de enfermería en los últimos años, convirtiéndolos en enfermeros, mientras que Brasil formó 115.000 auxiliares de enfermería que anteriormente eran asistentes sin educación formal (OMS 2004). Estos avances fueron impulsados por líderes de enfermería de servicio, docencia y gremio, con la participación de Ministerios de Salud, Ministerios de Educación, organizaciones profesionales y académicas de enfermería, universidades y ONG's con el

apoyo de organizaciones internacionales. La necesidad de asegurar el nivel de la educación, la complejidad de los procesos que estas iniciativas conllevan y la capacidad variable de los países para sostenerlos sugiere que los mismos deben revisarse, recrearse y profundizarse (CNA, 2002).

En el ámbito sanitario las condiciones de trabajo que priman son de intensidad física y mental, y extensa en horarios, especialmente en servicios de cuidados críticos. La jornada laboral de enfermería más difundida es de 8 horas diarias y 45 semanales con una variación de 6 horas diarias y 30 semanales a 9 horas diarias y más de 50 semanales.

Es habitual para el personal de enfermería la presencia de sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, numerosos cambios de servicios y stress psicológico por el manejo de situaciones críticas, que si bien parece estar ligado a la tipología de trabajo, se ve acentuada en ámbitos carentes de asistencia sanitaria. Es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para su propia salud. Investigaciones sobre salud ocupacional del personal de enfermería reportan como principales problemas de salud identificados los osteomusculares y articulares, los producidos por lesiones con instrumentos cortopunzantes y las alteraciones del patrón de sueño.

Los déficits institucionales en recursos humanos y materiales en suministros y mantenimiento de equipos que generan un deterioro progresivo en los servicios de salud, en especial los públicos, conducen a la insatisfacción en el puesto de trabajo. Estas condiciones son, con frecuencia, la causa de renuncias al trabajo del personal de enfermería en hospitales. La insatisfacción laboral del personal de enfermería resulta una constante en diferentes investigaciones revisadas que documentan la inconformidad que generan las arduas condiciones de trabajo en los hospitales.

En América Latina el Estado fue el mayor empleador hasta las recientes reformas sectoriales cuando empieza a observarse una tendencia hacia las instituciones privadas; proliferan desde la década de los 90 contratos por servicios prestados y temporales, así como la tercerización generalizada incluso para el sector público (Malvárez y Castrillón Agudelo, 2006).

Finalmente, se concluye que la situación de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina refleja una realidad complicada por condiciones de naturaleza y desarrollo de la propia actividad, antiguos y persistentes problemas, como pueden ser los problemas en la formación de recursos humanos y de las condiciones de empleo, junto con la situación derivada de las reformas de los 90 y los actuales devenidos de la globalización y sus consecuencias.

Hay una necesidad de crear objetivos de política hacia el sector con el objetivo de constituir una fuerza de trabajo de enfermería cualificada y bien aplicada en la región.

En el caso de América Latina con sus progresos y en el caso del África Subsahariana con sus enormes carencias es necesaria una intensa acción de estimulación sobre el problema, en términos de la incidencia de este sector laboral en la vida y la salud de la gente y para la seguridad de las personas hospitalizadas. Dicha acción debe cubrir un amplio rango de actores, siendo el principal la población, para, a través de la generación de opinión pública, acrecentar la demanda de mejores servicios, la elaboración de respuestas por parte de los gobiernos, ministerios y directores de los servicios de salud, seguridad social y educación, los organismos internacionales, las agencias multilaterales y de cooperación internacional y las organizaciones de enfermería (Malvárez y Castrillón Agudelo, 2006).

Dichas acciones no pueden prescindir de alianzas y establecer una agenda estratégica conjunta entre actores con el objetivo de facilitar el cambio enfocado a modificar de manera planificada la situación de poca profesionalización de la enfermería en la desigual distribución del personal de

enfermería por regiones e instituciones; en la mejora de las peligrosas condiciones de trabajo; la modernización de los sistemas de gestión de recursos humanos, con arreglo a generar dispositivos administrativos para las migraciones; para potenciar la acción social de las organizaciones profesionales de enfermería y para alinear la educación y la investigación en enfermería a las necesidades de salud y el desarrollo de los pueblos (Malvárez y Castrillón Agudelo, 2006).

En el informe elaborado para la CIE referente al África subsahariana, (Munjanja, Kibuka y Dovlo, 2006) se describe la situación actual del subcontinente como un deterioro constante a partir de los últimos decenios en los principales indicadores de los servicios de salud en África. En 17, de los 48 países subsaharianos se verifica una disminución en la esperanza de vida. El factor decisivo para esto lo provee la combinación de un resurgimiento de ciertas enfermedades transmisibles junto con la emergencia de epidemias de enfermedades no transmisibles. Por su parte, la pandemia del VIH/SIDA sigue siendo un acicate constante a la pesada carga de la enfermedad (Sanders et al., 2003).

No obstante, un importante factor, que ayuda a complicar la situación, es la escasez histórica de profesionales de salud, principalmente personal de enfermería y trabajadores de nivel medio, que tiene el continente africano, a diferencia del caso latinoamericano que comentábamos antes.

El documento ahonda luego en las causas de esa escasez: La emigración de los trabajadores de salud de los países del África Subsahariana hacia países más prósperos, la escasa formación de personal médico en general que engrose los recursos humanos sanitarios en el África Subsahariana; los deficientes sistemas de gestión de los recursos humanos de salud, que tienen las mismas ineficiencias que los sistemas de salud del sector público en la contratación, la distribución de estos profesionales, la retención y la motivación.

Se considera que la reducción del personal por el VIH/SIDA afecta actualmente en gran medida a los trabajadores de salud. Las limitadas oportunidades de avance profesional dan lugar a frustración y a que las profesiones vinculadas a la salud no sean consideradas como deseables (Munjanja, Kibuka y Dovlo, 2006).

En África, el personal de enfermería conforma la columna vertebral de los recursos humanos de salud y son probablemente el grupo que más aporta para saldar el mencionado déficit. Esta situación determina las múltiples funciones que ejercen, inclusive la de dispensadores de servicios, colaboradores con otros profesionales y defensores de las necesidades de los clientes, así como la función profesional necesaria para estructurar y regular la práctica y las normas de la profesión. La crisis de los recursos humanos de salud proviene, en parte, del escenario macroeconómico general de muchos países africanos, con niveles insuficientes de inversión en las áreas de salud y el consabido déficit para prestar apoyo a los recursos humanos sanitarios.

Los recursos humanos de sanitarios de muchos países del África Subsahariana se han visto limitados aún más por decisiones adoptadas en el sentido de suprimir personal asistente/auxiliar/sub-profesional. Se considera que con esto se ha suprimido una importante sección de apoyo de la fuerza de trabajo, mientras que las economías y los sistemas de formación de esos mismos países todavía no pueden aumentar la formación del número necesario del personal de enfermería ni pagar a unos recursos humanos integrados en su totalidad por personas de nivel profesional.

Otro aspecto de la situación ha sido el sensible aumento de la migración del personal de enfermería y de otros profesionales de salud reconocidos en el plano internacional, lo que ha tenido repercusiones cuantitativas directas e indirectas en la calidad y productividad de los recursos humanos. Otras pérdidas de recursos humanos provienen del aumento, bien documentado, de los índices de mortalidad del personal de enfermería en algunos países, especialmente en el caso de los que más duramente se han visto afectados por el VIH/SIDA (Munjanja, Kibuka y Dovlo, 2006).

En trabajos recientes hechos por la Iniciativa conjunta de aprendizaje\* se estima una densidad de trabajadores de salud (personal de enfermería, matronas y médicos) de aproximadamente 2,5 por 1.000 habitantes para tener una cobertura adecuada de servicios de salud, según la OMS. La densidad sanitaria media en África es de aproximadamente 1 por 1.000, la más baja del mundo y distribuida desigualmente en todo el continente.

Se demostró que la mortalidad materna está en orden a la densidad de los trabajadores de salud y mejoraba mucho más que la mortalidad infantil al aumentar los recursos humanos (Iniciativa conjunta de aprendizaje 2004). Estos análisis documentan la importancia que tiene aumentar el número de personal de enfermería para mejorar de manera sostenida el estado de salud de las personas en África.

La región presenta una densidad baja de personal de enfermería, aun cuando hay variaciones, pues países como Sudáfrica, Seychelles e Islas Mauricio presentan coeficientes medios de personal de enfermería por habitante, superiores al resto de países de la región. La densidad de personal de enfermería en África ha oscilado mucho con posterioridad a 1960. En realidad, las tendencias del número de personal de enfermería entre los recursos humanos sanitarios, en el caso de los seis países estudiados por la Oficina Regional para África, de la OMS (Región AFRO de la OMS) mostraban un descenso de hasta el 12% en un trienio (Awases et al. 2004). Uganda era el único país que había ampliado el número de personal de enfermería.

Si se compara con otros continentes África produjo más personal de enfermería enfocado a dar soporte a una diversidad de cometidos. Si se considera la combinación de profesionales, el coeficiente entre personal de enfermería y médicos en África suele ser más elevado que en ninguna otra parte del mundo, y es, en particular, más elevado que en los países en desarrollo del Oriente Medio y del Sur de Asia.

La relación entre personal de enfermería y médicos varía entre 2,5:1 en la República Centroafricana y 20:1 en Tanzania. Aun cuando ambos profesionales (médicos y enfermeros) emigran en número cada vez mayor, la creciente movilidad del personal de enfermería puede comenzar a erosionar esta situación de mayor concentración de enfermeras y afectar de manera negativa a los ya azarosos indicadores del estado de salud del África Subsahariana.

En el África Subsahariana los currículos formativos del personal de enfermería y matronas se basan sobre todo en un modelo médico que no responde a las necesidades de la enfermería y la obstetricia en África. Así pues, en varios foros se resalta la ausencia de respuesta por parte de la enfermería y la obstetricia en África ante las necesidades de atención primaria de salud. La formación se basa en los hospitales y parece incapaz de dar satisfacción a las necesidades de salud de la comunidad, en la mayoría de los casos rural. El equilibrio entre la formación teórica y la formación práctica también se ha puesto en duda y, si bien en algunos países están probándose ciertos planteamientos innovadores de formación y aprendizaje, sigue preocupando la manera en que la formación de enfermería puede hacerse más sensible a los aspectos culturales.

Ngcongco (2004), Mogwe (2004) y Mpemi (2004) han examinado los modos de ampliar la función de las comunidades para formar al personal de enfermería, así como matronas, con programas basados en la comunidad y orientados a ella. El aprendizaje sobre la base de los problemas se ha adaptado en Zambia, por ejemplo, en previsión de que este método produzca titulados capaces de hacer frente más eficazmente a los problemas del país.

En África el personal de enfermería y las matronas plantearon sus limitaciones y frustraciones, que explican los movimientos migratorios generalizados. Entre ellas se destacan las menciones registradas en el estudio de 2003 para la Región AFRO de la OMS y también en los estudios de la Secretaría de la Comunidad regional de salud de la Commonwealth para los países del África Oriental Central y Meridional (ECSA, 2003) y (Dovlo 2003).

Los cuatro motivos principales que se adujeron fueron:

- Necesidad de mayor formación profesional.
- Agitación/conflicto social.
- Bajos salarios/prestaciones.
- Condiciones de trabajo deficientes.

La solución del problema de la migración y de los demás factores generadores de la falta de trabajadores de salud en África producirá un importante impulso para alcanzar las metas de desarrollo para el milenio, y aplicar la iniciativa 3x5 de la OMS<sup>5</sup> en el tratamiento contra el VIH. En la actualidad África está lejos de la densidad de trabajadores de salud (2,5 por 1.000 habitantes) necesaria para cubrir los requisitos elementales en cuanto a prestación de servicios, sobre todo para dar cuenta de la mortalidad materna, para la que es más importante la disponibilidad de personal de enfermería, matronas y médicos. El sostenido abandono del personal de servicios de salud de los países subsaharianos es uno de los problemas más graves que se presentan al sector de salud.

La escasez de recursos humanos de enfermería, como en los centros de reclutamiento de estudiantes de enfermería, implica varios factores. Por ejemplo, el reclutamiento en el medio rural puede favorecer la retención y la distribución. Se precisan nuevos criterios en la información y en la comunicación al público para atraer a posibles candidatos a formar parte de los recursos humanos y para establecer mecanismos comunitarios que presten apoyo a las personas en formación.

Además, la capacidad se puede socializar entre países vecinos, para aplicar el exceso de capacidad de algunos países para formar el personal de salud en aquellos países menos favorecidos. Como ejemplo, podríamos mencionar, los hospitales privados confesionales de Ghana, que participan en la capacitación para la enfermería (Munjanja, Kibuja y Dovlo, 2006). En la

---

<sup>5</sup> La iniciativa "3 x 5", lanzada por la OMS en 2003, era un objetivo global para proveer a 3 millones de personas de países de bajos ingresos infectadas con el virus del VIH de un tratamiento antirretroviral que apuntara a prolongar su expectativa de vida para finales del 2005.

actualidad africana se crean nuevas escuelas privadas no vinculadas a las misiones cuyo control demanda una cuidadosa preparación de parte de los gobiernos y los órganos reglamentarios.

Algunos países han considerado la posibilidad de solicitar inversiones específicas a países donantes, a fin de generar infraestructura para formar y procesar un número mayor de estudiantes de enfermería. No obstante, debe observarse que no se generen desequilibrios ni compromisos insostenibles en el sistema de formación del personal de enfermería.

El sostenimiento eficaz de una ampliación de los recursos humanos por medio de la formación debe ir también vinculado al tratamiento de los problemas de retención y motivación.

Mientras que los seminarios y la formación durante el servicio aumentan la motivación de los trabajadores de salud, la distribución no equitativa de esos eventos y la multiplicidad de los programas de formación pueden producir resentimiento y frustración.

El recurso del aprendizaje a distancia y, cuando fuera posible, los sistemas de aprendizaje en tiempo real a través de Internet pueden facilitar la mejora de capacidades y la productividad de los recursos humanos de enfermería. El estímulo a la motivación y la generación de capacidades del personal de enfermería puede vincularse con los nuevos requisitos reglamentarios de renovación anual o bienal de la autorización para ejercer, en determinados países. En Ghana y Uganda, para la renovación de la licencia laboral, es preciso presentar pruebas documentales de que se ha completado la formación continua. Sin embargo, para que esto sea posible es preciso que las oportunidades de formación estén presentes, sean accesibles y tengan sistemas de acreditación fiables, algo que en la actualidad brilla por su ausencia en la región subsahariana.

Se necesita mejorar la gestión de los recursos humanos de salud para impulsar los resultados y la productividad sanitaria. Entre las modificaciones al sector en África, destacan la descentralización de la dirección y,

eventualmente, la escisión entre los servicios de salud y la función pública para tratar de mejorar los resultados.

No hay aún documentada ninguna iniciativa que establezca el proceso de evaluación de programas que avancen en este sentido (con excepción de las hechas en Zambia y en Ghana), aunque existe constancia acerca de los diversos resultados generados, especialmente en Zambia, donde la resistencia de los sindicatos de los trabajadores de salud y otros factores supusieron un complot contra los intentos de descentralización.

En Ghana, la evolución de la política general para ampliar el acceso a los servicios sanitarios ha dado lugar a iniciativas tendentes a situar al personal de enfermería de la comunidad en regiones y zonas pobres, al mismo tiempo que se dota de una ampliación del número de estos profesionales. La utilidad de éstos está estrechamente relacionada con la movilización de las iniciativas de la comunidad para la salud y la obtención de recursos (Ministerio de Sanidad de Ghana, 2004).

Por su parte, en Etiopía, los nuevos "trabajadores de salud" serán la base para la ampliación de los servicios. Las asociaciones de enfermería y encargados de la normativa deberán obtener de la dirigencia política general, la modificación de los vínculos entre el personal de enfermería y los recursos humanos de enfermería profesionales, especialmente en lo que refiere a la supervisión y calidad de los cuidados.

Los problemas del aumento salarial y el control de la migración son aspectos nucleares que necesitan de soluciones, y varios países han comunicado iniciativas en esta dirección. Ghana llevó adelante algunas mejoras salariales recurriendo a las primas por hora adicional de trabajo y a las primas por destino en zonas pobres para propiciar salarios reales superiores a los que imperan en la función pública.

No obstante, el diferencial salarial entre Ghana y la mayoría de los países de destino de los trabajadores son aún insalvables y, por ende, se necesitan complementos más fuertes de incentivos no financieros para

estimular la motivación del personal. El carácter igualitario de algunas de estas primas pueden minimizar el factor de motivación. En algunos países en los que se ha implantado esta política de primas, el personal percibe la misma cuantía de prima cualquiera que sea el número de horas extraordinarias trabajadas. Botsuana tiene un plan de incremento salarial variable del 30% aplicado al personal de enfermería, mientras que el Departamento de salud de Sudáfrica estableció la concesión de primas por trabajos en zonas rurales y trabajos especializados, de las que también se beneficiará gran parte del personal de enfermería (Tshabalala-Msimang 2004).

En Sudáfrica se realiza un plan de servicios comunitarios en cuyo marco algunos profesionales prestan servicios en las comunidades rurales después de su titulación y antes de su colegiación para ejercer la profesión. Cabe destacar que este requisito puede servir también para fines de retención.

Habitualmente, la motivación del personal de enfermería y matronas estaba en arreglo con incentivos monetarios y salariales incapaces de salvar las diferencias que existen entre los sueldos del sector público y del sector privado en los diversos países subsaharianos, o bien entre los ingresos salariales del país de origen y el de destino. Sin embargo, las diferencias salariales entre dichos países, demostradas por Vujcic et al. (2004), no guardan relación necesariamente con el índice de intención migratorio hallado entre los trabajadores de salud.

Por ejemplo, la "paridad adquisitiva salarial" mensual para el personal de enfermería de Sudáfrica y Uganda (1.486 y 38 \$ respectivamente) no se corresponde con los índices de intención de migrar (58,3% y 26,1%) que se constata para los mismos países en el estudio de la OMS sobre la migración. Esta información procedente del estudio de la región AFRO de la OMS sobre la migración y de otras fuentes sugiere que en muchos países se subestima la función de los incentivos no financieros.

Mathauer y Imhoff (2004) identificaron (en estudios monográficos de Benín y Kenia) un número sustancial de elementos de motivación no financieros compuestos por primas; iniciativas de grupos; sanciones

adecuadas; exposición a los nuevos avances por medio de encuentros y conferencias; actividades de formación de equipos; y planes honestos de promoción y carrera profesional. Son influyentes también la supervisión favorable y los resultados relacionados con las observaciones, y la involucración del personal en la toma de decisiones. Tuvo buena repercusión la fijación de puntos de referencia para los objetivos, con cierto grado de competencia entre los servicios, aun cuando iban vinculadas a ciertos beneficios, como tiempo libre o un descanso en el turno de noche (Mathauer et al. 2004).

Dovlo et al. (1998), analizó en Ghana la importancia dentro de una comunidad, del reconocimiento social por parte de los compañeros de profesión, por medio de la participación y el apoyo los compañeros proporcionan un sentido de pertenencia y orgullo, elemento que se constituye como un determinante en la generación de la lealtad en la organización. Si bien era difícil vincular directamente este sentido de lealtad con la mejora de los resultados y la motivación, si que se determinó que era un factor importante para impulsar el espíritu de equipo.

Los sistemas de ascenso profesional de la enfermería africana no están bien desarrollados y adolecen del número suficiente de mentores, preceptores y modelos funcionales. Esto es una fuente de frustración para muchos profesionales de enfermería; el avance a unas cualificaciones y a una situación profesional más elevadas es viable solo a partir del abandono de la práctica clínica.

Respecto de los aspectos financieros, los sistemas de remuneración y primas para el personal de enfermería y matronas no son los idóneos. Cuando esas primas existen y están definidas, suelen estar atadas a trabas burocráticas o bien a la desinformación del personal de enfermería. Para mejorar la motivación de éstos se precisan sistemas mejores de gestión de los resultados y de la organización, que se vinculen con los sistemas de recompensas.

El trabajo recapitula que las dificultades para establecer los servicios de enfermería y obstetricia en la región de África son enormes, relacionándolas con la situación macroeconómica y más específicamente con las políticas de salud de los países de la región Subsahariana. Los siguientes pasos de importancia principal de inversión, son ante todo, el incremento de la formación y preparación de diversos niveles de personal de enfermería, con una combinación integrada de profesionales y auxiliares que sea financieramente sostenible y que mantenga unos buenos resultados de atención de salud.

En segunda instancia, la motivación y la retención del personal de enfermería y matronas se debe combinar con los incentivos económicos y al mismo tiempo importantes incentivos no financieros. Algunos de los incentivos no financieros se refieren a los sistemas eficientes de dirección y gestión en la enfermería y en los sistemas de salud en general.

En tercer lugar, es necesario garantizar la seguridad de los recursos humanos de enfermería. Los sistemas de bienestar y apoyo al personal de enfermería deben introducir los cambios en los cuidados, producidos a partir de la pandemia de enfermedades como VIH/SIDA y Malaria. Las necesidades de nuevas capacidades de asesoramiento y de cuidados paliativos de los pacientes terminales son muy importantes y deben tener su reflejo en la política formativa. Se exige cada vez más a la dirección de enfermería que se ocupe de la fatiga y la baja moral de trabajo, cada vez más frecuentes, de los profesionales de enfermería. Los sistemas de salud en el trabajo deben ampliarse para los trabajadores poniendo a disposición de éstos sistemas de asesoramiento y otros sistemas de apoyo. Evidentemente esto ha de completarse con una mejor disponibilidad de regímenes de pruebas y de tratamiento, y con la dotación de otras formas de protección para mitigar las pérdidas de personal por el VIH/SIDA y fomentar los nuevos ingresos en los recursos humanos de enfermería.

Por último, para mantener el núcleo central de los recursos humanos de enfermería y obstetricia, con el fin de aplicar nuevas iniciativas de ámbito mundial, se precisarán aplicar los nuevos recursos provenientes de donantes.

Las iniciativas de financiación para ciertas enfermedades también deben reflejar las necesidades centrales del sistema de salud que quizá, sin perturbar otros servicios, atasquen la solución de esos problemas.

A su vez, es relevante que las iniciativas de financiación inviertan, para conseguir el contingente necesario de personal de enfermería, financiando los lugares de formación y la contratación del personal que salga de esas escuelas. Los fondos de los donantes deberán ser flexibles para que puedan invertirse, junto con los de los gobiernos, en capital humano a fin de afrontar el pago de salarios viables en los sectores prioritarios tales como la práctica de la enfermería y la obstetricia. Aquí es donde los instrumentos de financiación, como los microcréditos y el sistema de franquicias sociales, pueden desempeñar un rol de enorme importancia, como veremos más adelante.

A corto y medio plazo la profesión de enfermería tendrá que favorecer la preparación de personal semi profesional formado para aportar el número y las capacidades básicas que se precisen para alcanzar las Metas de Desarrollo para el Milenio. La economía de la mayoría de los países de África sólo puede soportar un cambio muy gradual hacia unos recursos humanos de enfermería plenamente profesionales, donde la escasez de personal de enfermería auxiliar y asistentes de enfermería seguirán siendo una realidad en los sistemas de salud de muchos países.

Una participación más amplia de los donantes y de los organismos internacionales conllevará a un ambiente más favorable para negociar cuestiones de alcance mundial ligadas con la financiación de la salud y para moderar el efecto de la contratación internacional de personal de enfermería de los países del África Subsahariana. Se precisa una defensa y compromisos mayores que los previstos en los "códigos de práctica" voluntarios para proteger los servicios de salud de la mayoría pobre cuyos cuidados dependen predominantemente del personal de enfermería y matronas.

El trabajo establece una serie de puntuaciones que considera son las sustanciales a enfrentar:

1. La importancia del plan de estudios.
2. Los métodos de formación.
3. La retención.
4. Los modelos de dotación de personal que permitan adoptar de manera significativa decisiones sobre las categorías, coeficientes, competencias, plan de estudios y contenido.
5. La identificación y aplicación de los cambios necesarios de la reglamentación.
6. Fortalecer los sistemas de información y de gestión de los recursos humanos y los estudios de la oferta y la demanda que conformen la adopción de decisiones resolutorias.
7. Incentivar una responsabilidad colectiva de parte de los países de origen y de destino para conseguir el número adecuado de profesionales de enfermería bien formados, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados.

## ***Capítulo 1. La opción del Empoderamiento, alternativa a la donación***

En el ámbito de la promoción de la salud, el empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud

En el marco del problema planteado hasta el momento en esta investigación, que remite a la manera en que puede articularse la ayuda sanitaria internacional para generar mejoras en el acceso a la salud, en países con una situación estructural crítica, en este capítulo indagaremos en la dos formas de implementación de la ayuda que suponen la integración del sector privado con la ayuda ya sea estatal, ya sea de los organismos internacionales. Se trata de la articulación financiera a través de los microcréditos y el sistema de franquicias sociales que sirven de palanca para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Luego de una breve introducción a estos dos modelos, recorreremos y describiremos una serie de ejemplos de implementación de ambos sistemas en el campo de la salud en países del tercer mundo.

## **1.1. Caracterización de las organizaciones de Microfinanzas**

### **1.1.1. Estructura y Dimensiones gerenciales en las IMF**

Las denominadas IMF (Instituciones de Microfinanzas) recogen en la práctica toda una serie de diversas figuras jurídicas, ya sea como bancos comerciales, bancos estatales, instituciones comunitarias, cooperativas y sindicatos de préstamos, instituciones financieras no bancarias, fundaciones u ONG. Si bien las IMF conformadas como bancos son solo el 8% del total de las mismas, representan una parte muy importante de los activos financieros de las IMF (61%). Dada la diversidad de tipología dentro de estas instituciones, encontramos IMF que no se limitan únicamente a operar como agentes prestamistas, sino que amplían su oferta con el objetivo de ofrecer asistencia sanitaria, o asesoramiento comercial para sus prestatarios. El grado de profesionalización de las IMF es otro punto de divergencia, ya que hay también instituciones de microfinanzas que funcionan de manera sumamente informal, como es el ejemplo de las Asociaciones de Ahorro y Crédito Rotativo o los llamados grupos de autoayuda (GAA)

Las IMF funcionan en una multiplicidad de situaciones legales de acuerdo con el país de origen, donde operan, y su propia constitución. Basta considerar, por ejemplo el ámbito legislativo: los bancos como tales, enfocados en las microfinanzas usualmente se acogen bajo normas y legislaciones dictadas por las autoridades supervisoras de la banca en su país respectivo, con un ámbito regulador que comparte con el resto de entidades financieras “tradicionales y por el contrario las cooperativas de préstamos operan bajo un sistema de normas distintas habitualmente más flexible y no sujeto a una regulación tan dogmática. En el otro extremo encontramos a las fundaciones y las ONG que en muchos países no están reglamentadas como agentes financieros y sin embargo operan como tales (Christen, Lyman y Rosenberg 2003).

En ciertos países se elaboran leyes especiales que se ajustan a la concesión de permisos para las IMF, mientras que en otros países son cada vez más comunes los casos de IMF que tratan de volverse instituciones financieras no bancarias o en bancos, para ser alcanzadas por las normas imperantes en los servicios financieros.

El marco legal se complica cuando se analiza a las IMF que actúan mayoritariamente en países emergentes donde los sistemas de control y la normativa bancaria suelen ser débiles y no están sujetos a una correcta supervisión, debiendo convivir con la escasez de datos, datos incompletos, e incluso dándose el caso de que los sistemas legales no provean la protección necesaria para los derechos de los acreedores.

No obstante, como en el resto del mundo financiero, se verifica una propensión hacia una mayor reglamentación en lo referente a las microfinanzas, dado que permite un mayor acceso a la financiación y una reducción de la morosidad. Algo menos del 50% de las IMF que presentan informes al Mix Market<sup>6</sup> se ciñen a legislaciones de alguna clase, representando por su parte al 60% del total de los prestatarios y el 75% de los depositantes. La implementación de marcos regulatorios en las microfinanzas puede conducir a una transformación de las mismas. Se trata, en la mayoría de los casos, de estructuras que nacieron de la voluntad de unos pocos y que, en ocasiones, no han sido capaces de transformarse, modernizarse y dotarse de los mecanismos de control adecuados que todo prestamista debe tener. Este cambio de estructura de las microfinanzas puede suponer riesgos legales en el corto plazo y, en cierta medida, para las IMF un cambio de personalidad jurídica puede llevar a retos operacionales derivados del manejo de legislación nueva, incompleta, a veces, contradictoria, e implica nuevos supervisores, órganos de regulación, nuevos requisitos de presentación de información y, en ocasiones, limitaciones en cuanto a la gama de productos que pueden ofrecer (Daley Harris, 2005).

---

<sup>6</sup> <http://www.mixmarket.com>

Hay que distinguir manifiestamente entre las IMF que reciben depósitos de aquellas que no lo hacen. Estas últimas tienden a concentrarse en una sola actividad —principalmente los microcréditos— mientras que las primeras presentan una mayor diversificación, en cuanto a productos, servicios y financiación. No obstante, es habitual que la cartera de préstamos refleje la mayoría de los activos, lo cual las hace muy dependientes de los intereses que perciben por los microcréditos y pequeños préstamos.

La mayoría de las IMF tienen su génesis en la esfera de las organizaciones no gubernamentales (ONG). Muchas IMF con éxito en sus objetivos vieron la luz a partir de ONG comunitarias locales o se fundaron como sucursales de redes microfinancieras internacionales sin fines de lucro, cuya financiación se sostiene a partir de donaciones o presupuestos estatales de asistencia. Actualmente puede verificarse la existencia de organizaciones, propiciadas desde el concepto del “doble resultado” (Peck, Rosenberg & Jayadeva 2004), por el cual se establecen IMF como bancos microfinancieros especializados, partiendo de cero con capital proporcionado por bancos de desarrollo multilaterales, bilaterales o la microbanca financiera internacional. Es habitual que el capital originario y la financiación para las primeras fases de desarrollo de una IMF sean propios de estas instituciones sin fines de lucro o de instituciones para-gubernamentales.

Esta tendencia derivó en el desarrollo de una configuración particular de propiedad y financiación de las IMF, que agrupa en su seno actores públicos y privados, conjuntados en la búsqueda de un rendimiento financiero junto a objetivos de misión social. A su vez, la mayor inquietud de la inversión privada en la “banca ética” se ha convertido en un fuerte respaldo para las inversiones de renta fija microfinanciera, generando, al mismo tiempo, rendimientos financieros razonables. Esta dinámica se alimenta a su vez en la marcada influencia y relevancia que ha cobrado el desarrollo de la Responsabilidad Social Corporativa (RSE) en el mundo empresarial contemporáneo.

Aunque generalmente existe una estructura de gobierno corporativo, la capacidad de gestión de la institución será diferente entre las distintas IMF. Lo

más habitual es que los miembros de las juntas directivas de cooperativas y ONG sean miembros de la cooperativa o representantes de la ONG, respectivamente. Estos por lo general, son cargos voluntarios, ad honorem y, aunque puede que se presenten directores independientes, en ciertos casos las juntas pueden tener carencia en lo respectivo a la experiencia o conocimientos en áreas clave como la dirección financiera. Lo más común es que la calidad de gestión sea mayor en las IMF que tienen alguna clase de respaldo de bancos consolidados y donantes internacionales, aunque muchas veces estas IMF adolecen de la falta de directores independientes o directores de la comunidad local, lo cual puede verse como una debilidad (Peck, Rosenberg & Jayadeva 2004).

Un punto crítico dentro de la gobernabilidad de este tipo de instituciones financieras, que se da con mucha frecuencia, tiene que ver con la capacidad que tiene la junta de supervisar la administración de la IMF, especialmente porque en muchos casos hay una persona con una personalidad fuerte que ha podido fundar la institución, que puede dominar el equipo directivo que maneja la IMF. Este tema es crítico cuando se aborda el crecimiento, la rentabilidad y la sostenibilidad de la organización.

Lo habitual es que la IMF sea manejada por un equipo de personal dedicado, que ha acompañado a la IMF desde sus primeros días. Sin embargo, tiende a ser dominada por una sola persona, a menudo la persona que lideró el crecimiento de la IMF, creando así el “riesgo de persona clave”, con un líder único y fuerte y la ausencia de un verdadero equipo de administración con división apropiada de responsabilidades. En muchos casos, por falta de inversión en formación, los gerentes pueden carecer de competencias importantes, especialmente en las áreas de gerencia financiera, de operaciones y planificación de negocios.

Las debilidades en la gerencia son también una muestra de lo difícil que les resulta a las IMF retener gerentes cualificados ya que, en muchos casos, éstas están ubicadas en áreas remotas o rurales y no siempre pueden ofrecer condiciones competitivas en comparación con otras posiciones. Este

planteamiento se agrava cuando por razones de legislación se exige a la Banca Privada la necesidad de cumplir niveles mínimos de microcréditos o financiación ética, como parte de la cartera bruta de créditos lo cual presiona a la búsqueda de capital humano con experiencia en el manejo de clientes de segmentos medios y bajos, cuando el perfil del gerente de una IMF es totalmente distinto (Sachs, 2005).

Existen diferencias entre los tipos de productos que ofrecen las IMF, las metodologías de préstamo que usan y los clientes hacia quienes dirigen sus esfuerzos. Las principales diferencias son:

- Microcréditos comerciales *versus* préstamos pequeños.
- Préstamos a empresarios *versus* préstamos a consumidores.
- Préstamos a grupos o empresas *versus* préstamos a personas naturales.

### **1.1.2. Generalidades de las Microfinanzas**

Wright (2000) señala en manera similar a Rhyne (1994); Christen et al. (1996) que a mayor proyección exterior de la institución de microfinanzas, (es decir, mientras más clientes sirve) más rentable y sostenible se vuelve. En la mayoría de las iniciativas de desarrollo, mientras a más gente se sirve, mayor será el coste que se devengará, mientras que con las iniciativas de microfinanzas, sucede lo opuesto.

Está claro que, en estos días de disminución en los presupuestos de desarrollo, fruto de una crisis global en el mercado de capitales, la relación coste-eficacia y sostenibilidad de las intervenciones es uno de los criterios más importantes para los fondos de programación asistencial. Es en este escenario de recorte generalizado, donde las microfinanzas pueden suponer una ventaja especial sobre casi (y probablemente) todos los demás intervenciones de ayuda, tal y como señalara Wright, (2000).

Los microcréditos ofrecen la posibilidad de que un donante invierta una cuantía tan baja como US\$35 por hogar, y tenga buenas posibilidades de impacto positivo a largo plazo.

Por su parte, los fondos públicos transferidos a los pobres sólo pueden proporcionar un alivio a corto plazo, porque en ninguna parte el dinero de la oferta pública es infinito. En el corto y medio plazo, las políticas macroeconómicas están obligadas a trabajar en entornos de juego de suma cero, donde el dinero transferido a los pobres es necesariamente tomado de otros segmentos de la economía, una decisión siempre difícil de tomar a nivel gubernamental. Por otra parte, y de mayor importancia, el ejemplo de los países desarrollados muestra claramente que una mayor inversión asignada a la pobreza por el gobierno central, no necesariamente implica una reducción de la misma o menos exclusión en la sociedad, incluido en términos de corto plazo. Por el contrario, la permanencia de las transferencias públicas de algunos sectores a menudo crea situaciones de bloqueo cuando ninguno de los actores involucrados en la lucha de la pobreza tiene incentivos a cambiar.

Sin embargo es necesario para esta investigación identificar y establecer aquellas situaciones en dónde el microcrédito no es viable como mecanismo financiero que permita la consecución de los objetivos del milenio. Esto en muchas ocasiones es así porque se requiere la sustentabilidad del sistema financiero, tanto para formar como para retener a los paramédicos allí dónde se desee implementar un programa. De la revisión bibliográfica y la evidencia de los casos presentados, se desprende que para que la intervención a través del microcrédito sea adecuada, es menester evitar su aplicación en las siguientes condiciones a enumerar, ya que no pueden producir beneficios tangibles (ADB, 2000):

- Situaciones inmediatamente posteriores a emergencias o grandes desastres.
- Prestamos para los indigentes crónicos.
- En zonas muy desfavorecidas donde existe una carencia total de infraestructura, servicios o de acceso al mercado.
- Cuando una enfermedad como el VIH / SIDA penetra profundamente en una comunidad, convirtiéndose en pandemia.

Autores como Parker y Pearce (2001) ofrecen una lista de otras condiciones que podrían limitar el éxito de los programas de microcrédito:

- Una gran dispersión de la población.
- La dependencia de una única actividad económica.
- La confianza en el trueque en lugar de efectivo.
- Poblaciones inestables (por ejemplo, grandes movimientos migratorios).
- Potencial real de crisis en el futuro (guerras, hambrunas, etc.).

Las fuentes del éxito de los microcréditos son también las fuentes de sus puntos débiles. No todos los pobres rurales son capaces de beneficiarse de programas de microcrédito, los préstamos que utilizan en las actividades productivas requieren de habilidades empresariales que carecen la mayoría de la gente proveniente del ámbito rural y/o con una educación mínima deficiente. Los programas de microcrédito deben dirigirse sólo a los pobres que tienen alguna capacidad de iniciar las actividades con potencial de crecimiento pero carecen de capital. Para los pobres rurales que no pueden trabajar por cuenta propia, los programas específicos de alimentos y el empleo asalariado puede ser más apropiado. El microcrédito también sufre de su limitada capacidad para aumentar el tamaño del préstamo por el prestatario a causa de la limitada capacidad de los prestatarios de absorber dichos préstamos.

Debido al énfasis en el alcance, los costes fijos son altos, y los fondos subvencionados requieren largos períodos de tiempo, así como de retorno de la inversión. Los programas de microcrédito deben encontrar maneras de reducir los costes administrativos, así como la dependencia del subsidio.

Ya Soucat y Abdo (2000) advirtieron que la mala salud es el mayor problema que al que se enfrentan los clientes pobres vinculados a los programas de microfinanzas. Por ejemplo, Matin y Rutherford (1999) encontró que el 86% de la crisis experimentada por los hogares de su estudio estaba relacionada con la enfermedad. Es esta realidad la que ha llevado a Grameen Bank a iniciar un programa de seguro médico experimental, o como el caso que

llevó a BRAC, analizado anteriormente, a continuar y ampliar su programa de salud, o como muchas de las ONG de microfinanzas operativas en Bangladesh que llevan a proporcionar educación sanitaria en reuniones semanales y ofrecer préstamos especiales para los clientes con el fin de instalar pozos entubados y letrinas, con el objetivo de mejorar las condiciones de salubridad.

Pero la realidad de las instituciones IMF es que raramente ofrecen servicios preventivos de atención de salud, excepto en aquellos servicios de inmunización y atención de salud reproductiva. Al mismo tiempo, vale la pena señalar que los grupos de clientes que se reúnen regularmente en el mismo lugar y tiempo, ofrecen una oportunidad para el tratamiento de la salud y de hecho forman núcleos de información y ampliación del conocimiento sanitario.

A pesar de estas limitaciones y carencias analizadas, ¿en qué grado pueden intervenir las organizaciones de microfinanzas para hacer frente a la situación sanitaria en el África subsahariana de manera que puedan contribuir a la consecución de los objetivos del milenio?

### **1.1.3. Conclusiones parciales sobre las microfinanzas**

Tal y como ya se señalara anteriormente, las microfinanzas no son para todos ni para todos los contextos. Menos aún, las capacidades empresariales y las capacidades necesarias para ejecutar una microempresa exitosa, no son inherentes a todos los clientes potenciales al igual que estos no son capaces de asumir la deuda de igual forma. Si bien estas dificultades serán válidas en todos los estratos de la pobreza, se supone que tendrán un mayor efecto sobre los más pobres

El enfermo, los enfermos mentales, indigentes, etc., que forman una minoría dentro de los que viven por debajo del umbral de la pobreza no son buenos candidatos para las microfinanzas. La mayoría de los investigadores coinciden en que este grupo de personas son mejores candidatos potenciales para dirigir asistencias básicas a la salud.

La microfinanciación puede ser eficaz para un amplio grupo de clientes, incluyendo los que viven en la mitad inferior de los estratos por debajo de la línea de pobreza de un país (para usar una clasificación propuesta por el CGAP). Este estrato más pobre que constituye el grupo que generalmente agrupa las diversas definiciones de extrema pobreza, entre ellas: falta de tierras, acceso limitado a servicios sociales básicos, vive con un promedio per cápita de ingresos por debajo de US\$1 al día.

En particular, diversos estudios muestran:

Que no hay evidencia de una relación inversa entre el nivel de pobreza de un cliente y su capacidad empresarial (Garson).

Que la inclinación a ahorrar está presente en los clientes de diferentes niveles de la pobreza (Zaman 2000).

Las microfinanzas tienen un saldo favorable respecto de otras formas de intervención, en particular en lo que respecta al coste de efectividad y las perspectivas de sostenibilidad

Dentro de la relación coste-eficacia, se puede destacar que una de las ventajas de las microfinanzas es que la inversión de los donantes se recicla y reutiliza (Wright 2000). Las comparaciones directas realizadas por Khandker (1998) muestran que las microfinanzas pueden ser una herramienta de desarrollo más rentable que otras alternativas, incluyendo formas de intermediación financiera rural, si se comparan con estudios de alimentos, y los proyectos de desarrollo de infraestructura rural. A diferencia de muchas otras intervenciones, los costes asociados a las microfinanzas tienden a disminuir con la escala de asistencia (Drake y Rhyne 2002; Christen et al 1996). Esto es vital para la formación de paramédicos en zonas donde no haya prácticamente ninguna infraestructura sanitaria y posibilita la instalación de paramédicos en zonas marginales sin cobertura, uno de los principales hándicaps de las IMF.

Sostenibilidad: Pocas herramientas de desarrollo tienen el potencial de las IMF de convertirse en sostenible, en muchas de estas herramientas, después de las subvenciones iniciales de puesta en Marzoa, son necesarias nuevas inversiones para poder operar y mantener al cliente. Dada la poca necesidad de infraestructura y los pequeños fondos que se manejan, las IMF muestran una ventaja competitiva en términos de sostenibilidad. De cuantas características pueden exigirse a la instrumentación de ayuda sanitaria, sin duda la sostenibilidad es la más importante, pues en la formación y retención de profesionales y programas sanitarios en áreas de extrema pobreza, tan importante es la implementación del programa, como el mantenimiento del mismo. En tanto el programa sea lo más autosuficiente posible, mayores serán las posibilidades de arraigo en la comunidad.

Es de destacar que existe una evidencia empírica amplia, analizada en la bibliografía consultada, de que las IMF que se dirigen a los clientes más pobres muestran mayores tasas de reembolso de las que se dirigen a clientes más ricos (Pro Mujer vs Banco Sol; Grameen vs BRAC)

También existe una amplia evidencia del impacto positivo de las microfinanzas en general y las IMF en particular, en la reducción de la pobreza y en la consecución de dos de los ocho de los Objetivos del Milenio. En particular, hay numerosas pruebas que acreditan un efecto beneficioso sobre la reducción de personas cuyos ingresos son reducción de la mortalidad infantil y mejora en la lucha del VIH/SIDA el paludismo y otras enfermedades.

Se han identificado menos evidencias que apoyen la existencia de un impacto positivo en otros objetivos como el estado nutricional, la mejora en la igualdad de género o el aumento de la asistencia a la escuela primaria.

Las microfinanzas son un instrumento que, bajo las condiciones adecuadas, se adapta a las necesidades de una amplia gama de la población, incluidos los más pobres, aquellos que están en la mitad inferior de la franja por debajo del umbral de pobreza. Mientras que haya grupos receptores de fondos que no sean los apropiados para las microfinanzas, bien sea debido a una falta

total de formación, ausencia de capacidad emprendedora, o enfermedad que dificulten la gestión de los proyectos, la exclusión de este pequeño porcentaje de la población de los programas de microfinanzas, probablemente no será un problema sustantivo de limitación en el funcionamiento para las IMF.

Hay indicadores que señalan que los más pobres pueden beneficiarse de las microfinanzas, apoyando la acción formativa de paramédicos y personal de asistencia sanitaria desde las IMF. Mientras que hay muchos prejuicios presentados en la literatura en contra de ampliar las microfinanzas a los más pobres, hay poca evidencia empírica para apoyar esta posición. No obstante llama la atención que pese a tratarse de herramientas canalizadoras de asistencia, en diversa bibliografía consultada, el papel de los más pobres se limita a la recepción del servicio sanitario, no dando opción prácticamente a la financiación, a causa de la escasez de conocimientos de gestión y sanitarios.

Como se verá mas adelante en este trabajo, se modeliza la implementación de una Franquicia Social. Sin entrar en la obtención de la financiación requerida para dicha implementación, si que he considerado oportuno realizar la labor de análisis bibliográfico sobre las distintas opciones dentro del abanico de las Microfinanzas.

## 1.2. Caracterización de las Franquicias Sociales

Para la mayoría del mundo industrializado el término “franquicia” recuerda una imagen mental de cientos de miles de casi idénticos restaurantes de comida rápida, pero el modelo empresarial de franquicias es mucho más amplio y más flexible que eso. Hay una gran variedad de prácticas empresariales que podrían considerarse como variaciones de franquicias. En cualquier franquicia, para simplificarlo, existe una relación simbiótica entre un empresario local y una institución de apoyo que crea el ambiente, transmite el conocimiento y permite el marco de trabajo para poder convertirlo en una empresa exitosa.

Las franquicias incluyen modelos empresariales de agencias, cooperativas, distribuidores, y representantes. En algunos casos el empresario local es esencialmente un agente de ventas a comisión. En otros, la persona local es un consultor que brinda apoyo pre y post venta. Un gran número de las empresas más exitosas del planeta utilizan una o más de estas relaciones de franquicias, bien organizadas y orientadas por estándares para expandir su alcance de mercado a países emergentes y en desarrollo. Para el franquiciador y el franquiciado un concepto de franquicia bien diseñado y administrado adecuadamente puede ser un negocio consumado de ganancia compartida (Mills, Brugh, Hanson, & McPake, 2002)

Para las personas micro-empresarias de los países en desarrollo, como también para las personas de empresas pequeñas de los países industrializados, las franquicias tienden a suponer un menor riesgo, pudiendo llegar a ser más rentables que las empresas totalmente independientes o de nueva creación. Y dentro de las distintas formas de relaciones de franquicias los propietarios locales tienen la oportunidad de establecer un patrimonio en sus empresas a través de la adquisición de activos impuestos por el franquiciador y, al mismo tiempo, de obtener un salario como empresario.

La relación de franquicias tiende a aislar al empresario de gran parte de los golpes de un mercado abierto, brindándole a un micro empresario cierto grado de estabilidad, seguridad y proyección que rara vez podría alcanzar por sí mismo

Los franquiciadores en el sector de la salud, a menudo apoyados por organizaciones internacionales donantes y organizaciones no gubernamentales (ONG), suelen establecer protocolos, brindan capacitación para los trabajadores de la salud, certifican a aquellos que están cualificados para desempeñarse en las actividades requeridas y monitorizan el desempeño de los franquiciados (Root, Collins, Kaendi & Sargen. 2003)

### **1.2.1. Tipología de las Franquicias Sociales**

Las micro-franquicias típicas son empresas muy pequeñas que buscan maximizar utilidades y retorno sobre sus inversiones. Una franquicia social, sin embargo, rara vez será rentable ni para el franquiciador ni para el franquiciado, al menos de manera simultánea. Una franquicia social busca lograr el mayor bienestar para la mayor cantidad de personas y casi siempre requiere otra fuente de recursos para financiar por lo menos una porción de sus costes operativos.

Como ejemplo se puede citar la primera generación de programas de franquicias sociales de salud sexual y reproductiva que se iniciaron a principios de la década de los años noventa en Filipinas, India, Bolivia, México, Zambia y Pakistán. Estos programas fueron manejados por varias ONG. En el caso de México se estableció una franquicia para ofrecer servicios de alta calidad y bajo coste de salud materno infantil y planificación familiar, así como información a comunidades rurales de bajos ingresos. La franquicia buscó establecer una red de clínicas auto sostenibles financieramente que requerían una reducida inversión de capital inicial y con costes operativos reducidos.

Esta franquicia fue establecida por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), una filial de la IPPF, que la desarrolló tomando como base un programa existente, el 'Programa de Médicos de la Comunidad' financiado por USAID de 1984 a 1990. Hacia 1995, cuando terminó el período de financiación, se habían establecido 290 locales. Este modelo usó médicos desempleados o subempleados como franquiciados, quienes manejaban clínicas privadas viables que generaban un ingreso razonable. Mexfam mantenía la propiedad de los activos tangibles e intangibles, al igual que la inversión inicial de constitución, en caso de que el franquiciado optara por abandonar la franquicia. Desde que terminó el período de financiación, Mexfam no ha recibido fondo alguno para esta franquicia social, aunque ciertos donantes externos cubren algunos costes fijos, siguiendo con el cometido y mejorando año a año (Emerson y Spitzer, 2005).

Los modelos de franquicias sociales en todo el mundo han dado como resultado mucha información relevante para el establecimiento de este tipo de proyectos. Uno de los modelos más exitosos es el de Estrella Verde en Pakistán, que expandió exitosamente el acceso a servicios y productos de calidad de salud sexual y reproductiva. En sus primeros cinco años, la red Estrella Verde creció hasta incluir 11.000 proveedores de salud privados en más de 40 ciudades, atrayendo a más de 10 millones de clientes cada año. Este modelo fue una pieza fundamental para aumentar la prevalencia de anticonceptivos de 17,8% en 1995 a 23,9% en 1999. Como resultado, el coste por año de protección por pareja (APP) mantuvo su tendencia decreciente de US\$18/APP en 1995 a US\$4/APP en 2000.

La financiación inicial de las franquicias, ya sea de manera completa o parcial típicamente asume la forma de un crédito o una donación. Para los franquiciadores es esencial contar con una planificación financiera realista, que debe estipularse claramente al franquiciado en el contrato que establezca la relación empresarial que les une.

Con frecuencia, el franquiciado debe hacer algún tipo de depósito que queda en manos del franquiciador para asegurar así que, si no se alcanza la

sostenibilidad o no se pueden hacer amortizaciones, por lo menos quede una parte de la financiación inicial.

Estos depósitos pueden hacerse mediante un contrato de depósito sobre algún activo inmovilizado, la propiedad de la franquicia y/o el equipamiento a favor del franquiciador o cualquier tipo de garantía para el crédito. El llamado “modelo estándar” del franquiciado contempla garantías para el franquiciador, incluyendo las siguientes (Emerson y Spitzer, 2005):

- Una cuota inicial de franquicia que el franquiciado debe pagar al franquiciador.
- Una comisión regular o cuotas de servicios administrativos.
- Un margen de los ingresos obtenidos.

Dentro de este marco global, numerosas agencias internacionales de SSR han realizado pruebas piloto de varios programas de franquicias sociales orientados a la educación sexual y reproductiva. Los proyectos probados en Pakistán y México, que fueron evaluados antes de ser extendidos a escala regional y nacional, se centraron en proveer asistencia para el comienzo de las franquicias buscando la sostenibilidad financiera a corto plazo. El modelo de franquicias sociales asume que el franquiciado no tiene el acceso al crédito que requiere para iniciar la provisión de servicios.

Un franquiciador tiene la posibilidad de encontrar un canal para estos créditos a través de un donante, además de que puede asegurar el abastecimiento de materiales y equipos, la provisión de asistencia administrativa, el establecimiento de mecanismos de control de calidad y la provisión de la explotación de una marca que atraerá a clientes dispuestos a pagar por los servicios. Los clientes de las franquicias tienen garantizada una atención de calidad a precios asequibles y un mayor acceso a servicios de SSR ofrecidos por médicos calificados. El franquiciado se beneficia al expandir su gama de habilidades por medio del crédito inicial para establecer la franquicia y por medio de una mayor capacidad para proveer servicios, que a su vez generan ingresos. El franquiciado también se beneficia al formar parte de una

red que asegura la calidad de los servicios y su explotación, además de reducir los costes de abastecimiento, algo que también aumenta las ganancias.

### **1.2.2. Generalidades de la Franquicia Social**

El campo de la franquicia social y la prestación de servicios clínicos como ya hemos revisado antes, presenta hoy día una realidad marcada por la gran expansión de los últimos diez años, que se culmina con el establecimiento de redes de agrupación de franquicia. En el año 2002, había 4 franquicias de salud en el mundo, que mostraban una administración exitosa. En la actualidad ya son más 30. Las franquicias que se han expuesto en el presente trabajo tienen una serie de características que aportan el éxito al concepto de franquicia socio sanitaria, con una tendencia común la integración de servicios; las operaciones de franquicia están ofreciendo cada vez más, nuevos servicios que sobrepasan la atención de determinadas enfermedades.

En informes como el “Encuentro multilateral de la Franquicia Social” se pueden observar datos que brindaron entre otras PSI, MSI, Smiling Sun o Janani, a modo de presentación de sus programas de franquicias, donde se destaca la enorme diversidad en la estructura, tamaño y servicios ofrecidos y permiten dar cuenta de cuanto pueden aportar en la consecución de los objetivos del milenio. De los 28 programas de los países representados en dicha ocasión, los servicios más comunes que nos ofrecen son la planificación familiar y pruebas de VIH con carácter voluntario y asesoramiento (APV). Un número más limitado de franquicias prevén una gama más completa de servicios, incluyendo actuaciones en el campo de la obstetricia y el parto, tratamientos de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, y la atención pediátrica (Bishai et al, 2008).

La mayoría de los programas de franquicias sociales revisados, no suelen superar actualmente los 40 centros franquiciados, lo que puede deberse en parte al hecho de que muchos de los programas se iniciaron en los últimos años y todavía tienen que funcionar en escala reducida.

En cuanto al flujo de generación de ingresos, si bien la mayoría de las franquicias no suelen aceptar que los pagos por sus servicios sean efectuados por métodos distintos al efectivo, un número menor de instituciones han incorporado el pago a través de vales sanitarios y planes de seguros. Tres franquicias presentes en este encuentro, reciben el reembolso a través del ministerio de sanidad o instituciones gubernamentales, por servicios específicos, tales como el tratamiento de la tuberculosis y las esterilizaciones.

Los gerentes de las franquicias sociales, tal como se desprende de este encuentro multilateral, se sustentan no tanto en una doctrina de la salud como derecho, sino que hacen un marcado hincapié en el papel del mercado, la rentabilidad y la sostenibilidad de los emprendimientos vinculados a la salud. Por lo tanto, puede concluirse parcialmente que la franquicia depende de la existencia de alguna capacidad social de pago, y cuando no la haya de manera suficiente, de fondos no orgánicos tales como subsidios estatales, ayuda humanitaria internacional o del microcrédito.

En base a esta consideración puede esbozarse una serie de proveedores médico-sanitarios que quedarían fuera del modelo de prestación de las franquicias, como son las redes en las que todos los operadores son empleados remunerados de una empresa promotora sin ánimo de lucro u otra organización, así como redes donde todos los servicios se proporcionan de forma gratuita.

También se podría diferenciar dos tipos de franquicia en función de si ofrecen servicios clínicos (por ejemplo: tratamiento de la tuberculosis, pruebas de ITS y su respectivo tratamiento, la esterilización), junto con, la venta de productos sanitarios básicos, o aquellas que se limitan a ofrecer productos sanitarios solamente (por ejemplo: artículos de aseo, mosquiteras, preservativos, vitaminas). Esta observación tiene evidentes consecuencias para los objetivos que persigue la presente investigación, donde se busca centrar el análisis en la franquicia que tiene como objetivo la formación y apoyo de personal médico – y principalmente - paramédico en las áreas geográficas más necesitadas.

Por lo analizado hasta el momento otra de las similitudes que comparte las distintas franquicias analizadas, es la línea de desarrollo normativo; que sumado al compromiso con la generación de personal sanitario y la sostenibilidad de su ejercicio profesional en zonas vulnerables, constituyen los valores clave, sobre los que desarrollar el proyecto sanitario.

Otro de los aspectos recurrentes en la literatura especializada en franquicias sociales, es el alcance de las mismas, el mercado potencial de una franquicia sanitaria. Si se observa el tipo de servicio que se brinda y la generalidad de individuos que son objetivo de los mismos, se puede decir que la franquicia social no puede catalogarse como de éxito si se limita a proporcionar servicios de alta calidad, pero sólo a un alto coste o para un pequeño número de clientes. Si además se analiza que el mercado objetivo de este tipo de instituciones, está constituido por países de enorme desigualdad en el reparto de riqueza y que en muchos casos tienen problemas de sobrepoblación, podemos obtener el enfoque con el que las franquicias sociales pueden ser protagonistas en la consecución de los objetivos del milenio (Bishai, 2008).

Por otra parte cabe considerar que las franquicias operaran sobre una realidad local específica por ende, sus resultados no pueden ceñirse a un criterio universal. A la hora de hacer una revisión de la adecuada gestión de estas instituciones, o de la eficacia en la utilización de recursos, todo análisis en la medida de progreso de la franquicia debe incluir la comparación con los proveedores alternativos del gobierno en cuestión, organizaciones no gubernamentales, e instituciones sanitarias no franquiciadas con fines de lucro. Es decir se trata de parámetros relativistas y particulares a la situación.

En base a este último aspecto, cobra relevancia, la necesidad de medir la eficacia de la franquicia en diferentes dimensiones, incluyendo el número de puntos de venta de franquicia, el número de clientes en cada visita clínica de franquicia, y el volumen global de los servicios proporcionada. Investigaciones como Das et al., (2008) o Barber (2008) coinciden en destacar que una motivación principal para incentivar el uso de franquicias como método para la

atención sanitaria, es el potencial del sistema de expandir rápidamente el acceso sanitario mediante el uso de los proveedores ya existentes.

Como en toda actividad mercantil, importante considerar que los programas de franquicia deben buscar la rentabilidad financiera, como primera medida que permita el mantenimiento de la institución con el paso del tiempo y la no dependencia de fondos exógenos cuya disponibilidad futura nunca está garantizada. Esta rentabilidad debe ser medida a través del coste de los servicios sanitarios prestados, así como con la relación coste-eficacia de este mecanismo de prestación de servicios en comparación con los demás agentes del mercado. No hay que olvidar que dentro de este tipo de comparación entre instituciones, las subvenciones necesarias para la actividad de la franquicia, otro valor de análisis sería el coste por paciente, consulta o intervención (Tuan et al, 2005). En ambos casos, la rentabilidad debe compararse con la entrega de otras opciones: el gobierno, organizaciones no gubernamentales, y los proveedores privados no franquiciados.

Un punto a destacar siguiendo a Barber (2008) es que la equidad es un cuestión a la que deben atender las franquicias; se puede medir la proporción entre los clientes de bajo nivel socioeconómico en comparación con la población general. Uno de los objetivos de las franquicias puede ser la de aumentar servicios específicos a los pobres o bien proporcionar una amplia gama de servicios a los pobres, sin que el enfoque sanitario sea demasiado específico. Dada la ausencia de infraestructura en la mayoría de países donde se asientan estas instituciones, se incurre en un mayor gasto de recursos al servir a las poblaciones rurales pobres donde es probable que sea a la vez más difícil y más caro que dar servicio a las poblaciones urbanas pobres. Pero otra cuestión es el impacto obtenido por la presencia rural, si medimos y analizamos la rentabilidad financiera de este tipo de franquicias, no podemos dejar de lado la rentabilidad social que generan y parece que en la mayoría de las ocasiones donde se pueden tener más impacto a niveles de mejora de la salud es donde hay menos alternativas de atención. Por lo tanto la franquicia puede proveer en el medio rural, la formación y el personal paramédico necesario, produciendo

impactos mucho más profundos, en términos relativos, que en las zonas urbanas.

En la literatura especializada en la franquicia social, surge a su vez otro punto de interés, en torno a la importancia relativa de la calidad de servicio en el modelo de franquicia, con cierto sentimiento de que la calidad en ocasiones es mal entendida, y quizá en gran medida esto sea una impresión subjetiva, se sostiene como concepto operativo por encima incluso del de sostenibilidad, y que un énfasis excesivo en la calidad puede desviar la atención de la franquicia, en detrimento de objetivos más importantes como el volumen y la equidad.

La calidad se define por tener tanto unos medios material (clínica, consulta, tienda) junto a una más subjetiva (satisfacción del cliente). Ejemplos de calidad clínica incluyen un apropiado laboratorio de pruebas y diagnóstico, la utilización del protocolo apropiado para el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis o la malaria, la colocación adecuada o la eliminación de métodos anticonceptivos como el DIU. Trabajos como el de Das et al (2008) sugieren el uso de medidas pre-existentes de calidad clínica basada en estándares fijados por la OMS, o directrices y normas específicas para cada país.

Es destacable también que las franquicias sociales (a diferencia, tal vez, de las franquicias con fines de lucro) no están destinadas a proporcionar un abanico comercial de medicamentos y accesorios, sino más bien ayudar a locales proveedores de servicios a alcanzar un nivel adecuado de calidad a través de la experiencia que se les puede brindar en asesoramiento, desde un punto de vista sanitario, pero también logístico y administrativo. Si bien la calidad en términos sanitarios siempre debe tener un peso preponderante, ésta debe ser evaluada en equilibrio con los otros objetivos descritos anteriormente. Una vez más y esta vez vinculada con la obtención de un servicio de calidad, se observa una voluntad por parte de las franquicias, por generar a través de normativa interna, procedimientos y personal idóneo, allí donde no lo hay, siendo considerado ésta como elemento fundamental en la conformación de un

cuerpo paramédico capacitado, o bien fijando a los existentes, para evitar el fenómeno de la fuga de profesionales.

Para analizar esto puede citarse el caso de BlueStar. Filipinas BlueStar ha entrevistado y examinado a 1.900 matronas que han expresado interés en unirse a BlueStar como proveedores de franquicia de servicios de planificación familiar. A partir de este proceso, muy pocos especialistas fueron elegidos. Entre ellos, Population Services Pilipinas, Inc., socio en Filipinas de MSI (Marie Stopes Internacional), empresa internacional de origen británica especializada en la asistencia y asesoramiento en casos de interrupción de embarazos, estableció rigurosos criterios de adhesión para garantizar que el proyecto contribuiría no sólo a aumentar el acceso a servicios de planificación familiar, sino también el desarrollo de la iniciativa privada y las habilidades clínicas entre las matronas (Barber, 2008).

En primer lugar, las matronas deben tener una práctica activa, lo que significa que no pueden inmediatamente ofrecer servicios de planificación familiar en sus comunidades. Con sólo dos camas o menos en una clínica de maternidad, como son la mayoría de centros rurales asistenciales al parto en el tercer mundo, las comadronas tienen la capacidad de poder incluir programas de planificación de la familia en su oferta de servicios para complementar e incrementar sus ingresos. En segundo lugar, las matronas no deben haber recibido una formación clínica en la prestación de servicios de planificación familiar, sino que es BlueStar quien se encarga de la formación en el campo de la obstetricia, de acuerdo a sus estándares de actuación. Esto asegura que la clínica de formación impartida por BlueStar es de sumo valor para la comunidad y sigue una reglamentación unificada. Con fecha 2007, eran 66 el número de clínicas de BlueStar operando en las Filipinas.

### **1.2.3. Conclusiones parciales sobre las Franquicias Sociales**

Tras un repaso generalizado de distintas tipologías de franquicias sociales, y habiendo analizado en profundidad algunas formas de operar de este tipo de instituciones, me gustaría recapitular una serie de conclusiones parciales, así como un análisis de capacidades y puntos de mejora.

Una Franquicia Social es, en esencia, la aplicación de valores sociales y conocimientos de marketing y gestión comercial a los servicios clínicos y asistenciales. Como gestión social busca aplicar las lecciones de marketing comercial y la creación de marca a los bienes de utilidad social, si bien el objetivo último es completamente distinto, en ningún caso se podría hablar de métodos antagónicos de práctica empresarial, pues la franquicia social busca aplicar las lecciones de la franquicia comercial a fines socialmente beneficiosos.

Las organizaciones sociales bajo el marco de franquicias, ofrecen a los individuos o pequeñas empresas, la oportunidad de unirse a una red y beneficiarse de un conjunto de incentivos que se ofrecen sólo a los miembros de la franquicia. A cambio, el franquiciado deberá cumplir con una serie de requisitos, a menudo incluye la prestación de determinados servicios de utilidad social, reunidos en calidad y precios estándares, y el pago de honorarios fijos o participación en beneficios-franquiciado. Los proveedores que pueden unirse a las redes de franquicia suelen estar ya establecidos, lo que permite a las organizaciones sociales de franquicias acceso inmediato a su población objetivo y facilitar la expansión rápida. Esto es un punto a tener muy presente en el momento de abordar una zona geográfica, carente de contención sanitaria adecuada, o bien la formación o retención de paramédicos en una zona de volatilidad de los recursos humanos o de ausencia de personal.

Los incentivos del Franquiciado a menudo incluyen algunos de los siguientes: la formación, el branding y la publicidad de marca, la propiedad de material y equipo, servicios continuos de apoyo, y el acceso a otros profesionales en el mismo campo.

Las organizaciones sociales de franquicia pueden crear redes de valor mediante la organización de los proveedores de salud existentes con recursos adicionales. La red permite a las organizaciones sociales de franquicia recopilar datos sobre los resultados sociales, desarrollo de sistemas e impacto. El beneficio social puede ser el resultado de una mayor calidad, un precio más barato, un mayor acceso a los servicios, o un mayor conocimiento y uso de estos servicios de salud y de los bienes sanitarios. En zonas en desarrollo, las redes de franquicia disminuyen enormemente los costes de transacción en la búsqueda de servicios de salud al ofrecer servicios fiables, a precios competitivos y con una calidad estandarizada. Por supuesto, también encontramos que hay una serie de retos de gestión inherentes al modelo de franquicia.

A partir de una revisión bibliográfica y de los casos analizados, puede deducirse una serie de puntos de fortaleza y debilidad del sistema:

*Fortalezas:*

- Rápida expansión.
- Servicios uniforme a un amplio mercado.
- Ahorro de costes (en formación, negociación de suministros a grande escala, etc.).
- Mejora de las habilidades propias del sector privado.
- Desarrollo económico -Mejora de los puntos de información a nivel de prestación de servicios.
- Compatibilidad con la comercialización social.
- Pueden ayudar a trabajar hacia un cambio de política social y sanitaria a largo plazo.

*Debilidades:*

- Se encuentran enormes dificultades a la hora de normalizar la atención médica.
- Pequeñas redes no es sostenible, las economías de escala y los beneficios sociales reales se obtienen con redes asistenciales.

- La vigilancia y monitorización es difícil y costosa.
- No hay resultados específicos de salud reproductiva aún vinculados a las redes de salud reproductiva de franquicia.
- Posicionamiento de marca basado en el precio o la calidad, la dificultad de medir la calidad del servicio con respecto al alcance sanitario de la población receptora.
- La posibilidad de que se creen antinomias entre la satisfacción individual del franquiciado y los objetivos sociales.
- Tender a basar las decisiones de la franquicia principalmente sobre la demanda de servicios.

No hay trabajos académicos que hayan demostrado aún la consecución del doble objetivo de salud pública al tiempo que un beneficio privado. El éxito de las organizaciones sociales de Franquicias radica en diversificar la clientela (por ejemplo, la población rural y urbana) y las fuentes de financiación para una mayor viabilidad. Cada vez más, organizaciones sociales de franquicia están ofreciendo los servicios curativos para subvencionar los preventivos, e incluso subsidios cruzados en niveles medios de prestación de servicios del tipo salud reproductiva y planificación de redes de franquicia. Las organizaciones sociales están reconociendo la necesidad de expandirse hacia los servicios médicos generales y los bienes sanitarios para atraer clientes y para aumentar la sostenibilidad. Los contratos de servicios con el sector público y la asociación con los fabricantes farmacéuticos son algunas de las características más comunes de franquicia en estos días. Otra tendencia en la franquicia social es el creciente uso de las tecnologías sanitarias modernas para aumentar el acceso y minimizar los costes.

El argumento más fuerte para las franquicias sociales es la capacidad de ampliar rápidamente el número de centros de prestación de servicios. Esto ha ocurrido con éxito en el programa Greenstar en Pakistán y con el Smiling Sun, si bien otras iniciativas de franquicia no han alcanzado una cobertura de escala a pesar de fuertes subsidios.

El problema es la escala. La franquicia es compleja y por esta razón requiere de un manejo altamente cualificado. Los profesionales de alto nivel de gestión no suelen ser baratos, y para justificar este coste fijo en un programa subvencionado, la gestión deberá encargarse de numerosos de puntos de venta franquiciados: el coste de gestión para configurar y supervisar 60 clínicas o farmacias es casi lo mismo que para 2.000. La franquicia tiene sentido a gran escala, y tiene poca incidencia a pequeña escala. Muchos de los programas en desarrollo en el mundo no se diseñaron para ir a escala. Esto sigue siendo un fracaso en la comprensión y la aplicación del sistema.

## **Capítulo 2. Diversas experiencias de intervención**

### **2.1. Experiencias con Microfinanzas**

#### **2.1.1. BRAC formación de promotores y trabajadores de la salud<sup>7</sup>.**

BRAC es una organización de desarrollo dedicada a aliviar la pobreza mediante el empoderamiento de los pobres, para lograr un cambio en sus vidas cotidianas. La organización se fundó en Bangladesh en 1972, y se centró en el reconocimiento de las numerosas dimensiones y realidades sobre las que se manifiesta la pobreza para encarar la lucha contra sus calamidades. Con el paso de los años la organización adquirió presencia en diversidad de países, incluyendo los africanos. A continuación se repasará su intervención en Liberia.

En el programa de Salud de Liberia las actividades de salud se basan en un modelo comprobado de atención comunitaria de salud puesto en Marzoa que originariamente había sido probado en Bangladesh y que también ha sido aplicado con éxito en los programas del BRAC en el Este de África. En 2009, se capacitaron a 40 trabajadores de la salud y 197 promotores de salud para proporcionar atención básica sanitaria en Liberia.

La atención de salud y las microfinanzas están relacionados entre sí. Las mujeres pobres que financian sus pequeños negocios a través de microcréditos no pueden permitirse el lujo de estar enfermas pues tienen que trabajar todos los días para ganar suficiente dinero para alimentar a sus familias. Si alguien está enfermo, el dinero que habitualmente se gasta en alimentos, es invertido en medicinas en la mayoría de los casos muy costosas. A esto ha de sumarse el coste de oportunidad de los ingresos por días no trabajados.

Con el fin de hacer que la atención primaria de salud se encuentre a disposición de las comunidades de microfinanzas con las que trabaja, el BRAC

---

<sup>7</sup> “A Brief on BRAC Liberia Program 2008”, material facilitado por e-mail.

puso en Marzoa su programa de salud en Liberia en 2008. BRAC identificó y capacitó a 197 mujeres de los grupos de microfinanzas para convertirse en Promotoras de Salud Comunitaria (PSC) y emplear a 40 mujeres como Trabajadoras de la Salud Comunitaria (TSC). Las mujeres seleccionadas para la formación de PSC deben manifestar un interés real en el papel, haber sido recomendadas por sus respectivos funcionarios de microfinanzas y tener un negocio que les de tiempo para hacer las rondas asistenciales. Ellas son el punto central de contacto para los problemas de salud de los miembros del grupo de microfinanzas, los miembros de su familia y la comunidad en general (Pays, 2009).

Cada PSC tiene la responsabilidad general de 150-200 hogares en su área que va a visitar cada mes - todo dentro del radio de un kilómetro de su casa. La PSC gana un pequeño ingreso por la venta de productos de cuidado de la salud y salud preventiva a otros miembros, como los preservativos, soluciones de rehidratación oral, toallas sanitarias, jabón de higiene, tabletas de purificación de agua o algunos medicamentos de venta libre, como el paracetamol, antihistamínicos o antiácidos.

Para el programa de BRAC la salud tiene un enfoque múltiple, con un objetivo único, y no es otro que el de reducir los riesgos para las comunidades pobres en Liberia. Por ello se centran en la prevención y el control de la malaria, la tuberculosis (TB) y VIH / SIDA, la reducción de las tasas de mortalidad entre los lactantes y niños menores de cinco años, y aumentar la accesibilidad a la salud de la gente.

El Programa de Salud Esencial de BRAC en Liberia es un modelo “incremental” de atención comunitaria de salud. El objetivo general del Programa es mejorar las condiciones de salud e incrementar el acceso a los servicios de salud, prestando servicios básicos de salud en las comunidades donde BRAC tiene un grupo de microfinanzas establecida.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <http://www.mixmarket.org/mfi/brac/data>

Sus objetivos concretos: aumentar la atención de la salud reproductiva de los servicios mediante la sensibilización, garantizando la atención prenatal (ANC) y post parto (PNC); reducir la incidencia de la malaria, especialmente entre las mujeres embarazadas y los niños, al mejorar el control y la prevención; lograr un cambio positivo de comportamiento para la prevención del VIH / SIDA y garantizar el acceso a servicios de VIH / SIDA a través de sensibilización de la comunidad y la participación; desarrollar un enfoque de base comunitaria para aumentar y sostener la detección de casos de tuberculosis y tasa de curación según los Objetivos de Desarrollo del Milenio; mejorar el saneamiento y la higiene básicos trayendo el cambio de comportamiento y garantizar el acceso al agua potable y letrinas; movilizar a las mujeres y difundir información a través de reuniones en las aldeas y las visitas domiciliarias; colaborar con el Gobierno para facilitar y fortalecer aún más la aplicación de la tuberculosis a nivel nacional, la Malaria y los programas de inmunización.

### **Componentes del Programa:**

#### Cuidado de la Salud Reproductiva

Una de las principales preocupaciones del BRAC es mejorar el conocimiento de salud materna y la utilización de los servicios. Para cumplir este objetivo, identifica a las mujeres embarazadas durante las visitas a su hogar y las remite a las inmediaciones del gobierno o las instalaciones no gubernamentales de salud. Esta acción crea conciencia sobre la atención del embarazo y los signos de peligro prenatal y al mismo tiempo requiere de un seguimiento para asegurar que el TSC y PSC visitan a establecimientos de salud. La PSC mantiene un control sobre si sus clientes han tomado su toxoide tetánico (TT) y completado la dosis intermitente Therapy (IPT), que es una medida preventiva contra la malaria para las mujeres africanas durante el embarazo. También aumenta la conciencia sobre la importancia de Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) para el VIH / SIDA<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> <http://www.mixmarket.org/mfi/brac/data>

## Prevención y Control de la Malaria

Durante las visitas domiciliarias, la PCT identifica los casos sospechosos de malaria y deriva a los pacientes a las instalaciones de salud más cercanas. Un familiar de la paciente es puesto a cargo de la supervisión de la ingesta de los medicamentos de acuerdo a su receta. El PCT lleva a cabo una visita de seguimiento para garantizar la recuperación del paciente y para asegurarse de que el paciente no ha desarrollado otras complicaciones. La PCT lleva un registro de esta información en su libro de visitas familiar (Das, Nayma, Khan & Fazlul, 2010)

## Prevención y Control de la Tuberculosis

Por lo que respecta al control y prevención de Tuberculosis, las PCT deben aplicar un enfoque bien probado de base comunitaria para aumentar y mantener la detección de casos de tuberculosis y seguir el tratamiento. Durante las visitas domiciliarias se formulan preguntas simples relacionadas con presuntos casos de tuberculosis (basado en los síntomas). Cuando una presunta víctima de la tuberculosis es identificada, el PCT motiva a esa persona a efectuarse el control correspondiente en un centro de salud cercano. Ella explica los peligros que la tuberculosis puede representar para el enfermo, así como el resto de la familia. A continuación, da seguimiento a la paciente para determinar los resultados del examen. Si el paciente da positivo en las pruebas, la PCT puede también aplicar un tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) como agente.

Como estamos viendo se trata de protocolos médicos muy similares a los que pueden realizarse en sistemas sanitarios con menos recursos. La formación del PCT unido a la cercanía de este con el enfermo (en la mayoría de ocasiones hablamos que son vecinos entre ellos), hacen de esta actuación sanitaria, un resorte cada vez más efectivo y ágil.

## Planificación familiar

Durante las visitas domiciliarias periódicas, la PCT moviliza y motiva a las mujeres a usar métodos modernos de anticoncepción, a través de información y panfletos, trata de acabar con mitos y desinformaciones, al mismo tiempo que proporciona a los clientes los preservativos. Para métodos permanentes se deriva a las parejas a las instalaciones de salud más cercanas.

## Salud Comunitaria y Educación Nutricional

BRAC tiene un enfoque múltiple en lo relativo a la educación de salud comunitaria para sensibilizar a las mujeres acerca de las necesidades básicas de salud y sus prácticas, así como conceptos básicos de nutrición. Se ofrece a la comunidad para realizar foros de salud donde puedan tratarse temas tales como la malaria, la inmunización, la tuberculosis y la prevención del VIH, la salud materna, planificación familiar, el agua, el saneamiento y la higiene (Das, Nayma, Khan & Fazlul, 2010).

## Servicios básicos curativos

Las PCT están capacitadas para diagnosticar y tratar algunas enfermedades comunes como la diarrea, la disentería, helmintiasis común, la fiebre, la anemia, la tiña, la sarna, estomatitis angular y el síndrome de deficiencia de yodo. Pero se las hace conscientes de sus limitaciones y por ello derivan a las personas con condiciones más complicadas hacia las instalaciones locales de salud públicos y privados.

Al salario que perciben por realizar los servicios enumerados anteriormente, las PCT pueden añadir un pequeño ingreso por venta de medicamentos de venta libre y productos de salud a los pacientes y miembros de la comunidad.

### **2.1.2. Fundación Summa y los créditos a empresas de salud**

El objetivo principal de la Fundación Summa, una organización sin fines de lucro para el fondo de inversión creado por la USAID (y que ahora opera como parte del proyecto financiado por USAID Commercial Market Strategies, o CMS), es mejorar una amplia gama de resultados de salud pública en los países en desarrollo mediante la ampliación y la mejora del sector de salud privada. Summa utiliza financiación y asistencia técnica como herramientas principales.

El programa Summa de microfinanzas es uno de varios mecanismos de financiación con la finalidad de asistir a las diversas necesidades de los beneficiarios de los préstamos. Dentro de estos se incluye a empresas comerciales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y los diversos proveedores de atención de la salud: matronas, enfermeras, médicos y farmacéuticos. A través del programa de microfinanzas, Summa trabaja en asociación con instituciones financieras locales y asociaciones de proveedores para ofrecer préstamos revolving a pequeñas empresas de prestación de salud, con vistas a ampliar y mejorar los servicios ofrecidos por proveedores privados de atención de salud (Agha et al., 2002).

Al permitir que los proveedores inviertan en sus prácticas y ofreciendo capacitación en técnicas empresariales, Summa proporciona a los proveedores la oportunidad de mejorar la calidad del servicio. La premisa subyacente es que la mejora de la calidad de la atención se verá reflejada en las percepciones de los clientes generando la atracción de mayor número de pacientes, al mismo tiempo que se aumenta la fidelización de los mismos y convirtiendo a estas fuentes privadas de servicios de salud, incluidos los servicios de salud reproductiva, en una actividad más sostenible.

Aunque desde hace varios años el gobierno de Uganda ha reconocido que los pequeños proveedores de salud del sector privado de atención - incluyendo los farmacéuticos, enfermeras, matronas y médicos - pueden desempeñar un papel importante en el cumplimiento de la atención de salud

que el país necesita, la falta de crédito ha sido una gran limitación a la expansión de pequeñas empresas y proveedores. En respuesta, Summa, en colaboración con la CMS / Uganda, puso en marcha el Fondo de Préstamos a los proveedores privados en 2001. El fondo fue diseñado para proporcionar un paquete de financiación y asistencia técnica a los pequeños proveedores privados de atención médica. Más concretamente, el programa de préstamos ha tenido tres objetivos principales:

- Mejora de la viabilidad práctica privada
- Mejorar los servicios
- Ampliación de los servicios

Los préstamos iniciales fueron para 15 matronas, que fueron reclutadas a través de la Asociación Privada de Matronas de Uganda. Las matronas trabajan generalmente por un número de años en la administración pública y luego establecieron su propia clínica privada. Más allá de los servicios de salud reproductiva, estas clínicas a menudo ofrecen servicios de atención primaria que incluyen la administración de vacunas a los niños y la dispensación de medicamentos a los adultos. Una evaluación del impacto de los préstamos de las comadronas en las percepciones de sus clientes sobre la calidad de la atención se llevó a cabo en 2002 (Agha et al., 2002).

En respuesta a la creciente demanda que recibió el programa, el número de beneficiarios de préstamos se amplió en 2002 para incluir un conjunto más amplio de proveedores de salud, entre ellos médicos, enfermeras, oficiales clínicos, farmacéuticos, y otros propietarios de la clínica. El volumen de los fondos disponibles se incrementó de US\$ 175.000 a US\$ 300.000, y el calendario del programa se extendió por otros dos años. El estudio realizado entre octubre de 2001 y noviembre de 2002, evaluó el impacto de los préstamos concedidos al grupo ampliado de proveedores sanitarios.

Los beneficiarios de préstamos, en el grupo ampliado de proveedores, fueron identificados a través de asociaciones profesionales y de marketing directo llevadas a cabo por la Unión Uganda Microfinance, quien administró

dicho fondo. Un poco más del 44 % de este grupo más amplio de beneficiarios de los préstamos eran matronas y un 30,5 % eran auxiliares de enfermería. Las enfermeras clínicas representaban el 15,4 % y los médicos, el 8,9%. Más de la mitad (56,5 %) de todos los prestatarios residentes en áreas periféricas, con beneficiarios de los préstamos restantes ubicadas en zonas urbanas (26,5%) y rural (17,2%) completan la configuración del préstamo.

Los préstamos fueron desembolsados a los proveedores sobre una base giratoria. Los beneficiarios podrían utilizar los recursos del préstamo como capital de trabajo, de compra de medicamentos o equipo, o renovar o actualizar su clínica. Los datos de vigilancia indican que la mayoría de los beneficiarios del préstamo, independientemente de cuántas veces habían recibido un préstamo, pretendía utilizar una parte del dinero para aumentar sus existencias de medicamentos. Un poco más de cuatro de cada cinco préstamos otorgados por primera vez (82,9 %) utiliza una parte de los ingresos de su préstamo para comprar los suministros de medicamentos, y un poco menos de la mitad (45,3 %) utiliza una parte para comprar el equipo (Summa 2005).

Más de una cuarta parte (27,1 %) utiliza una porción de los recursos del préstamo para renovar o ampliar su clínica. Mientras que los prestatarios posteriores emplearon una porción significativa de los recursos del préstamo para comprar partidas de medicamentos, un número cada vez mayor también invierten en equipamiento y actualización clínica y de expansión.

Cabe señalar que los proveedores en el grupo de intervención tenían por lo menos entre uno y dos préstamos. Debido a los patrones cambiantes en la forma de invertir los recursos del préstamo por parte de los prestatarios, las futuras evaluaciones de los prestatarios que han recibido más de dos préstamos pueden producir resultados diferentes. Los cambios pueden tener repercusión en las percepciones de los clientes, particularmente en lo relativo a la gama de servicios ofrecidos y el equipo esencial.

El programa de préstamos también ha incluido un componente de capacidades empresariales de capacitación de cinco días realizado por el

Centro Nacional de Pequeños Negocios. El programa de formación incluye elementos tan básicos como la planificación empresarial, el mantenimiento de registros, informes financieros, gestión de créditos y la comercialización, con énfasis en la satisfacción del cliente. El programa también incluye una introducción a los productos de planificación familiar vendidos por el proyecto CMS en Uganda.

El objetivo principal del programa de microfinanzas Summa ha sido el de mejorar la viabilidad de las prácticas a pequeña escala de los proveedores privados de atención médica que recibieron uno o más préstamos. Los datos sugieren que el programa ha conseguido este objetivo. La mejora de la viabilidad se basa en nuevos ingresos a partir de una disponibilidad más coherente de los medicamentos y un aumento de la utilización relativa a las clínicas cercanas.

Las mejoras en la percepción de la calidad por parte de los clientes de la atención darán lugar a flujos de atención mejorados, a partir de la retención de clientes actuales y el aumento de nuevos clientes. Del mismo modo, una mejora en la gama de servicios y la disponibilidad de medicinas propicia la ampliación de las fuentes de ingresos disponibles en la clínica. Los estudios que se realizaron, mediante la información de las encuestas, utilizaron las preferencias de calidad de la atención como indicador para medir el éxito del programa en estas dos dimensiones. La calidad percibida en el seguimiento ha mejorado para los beneficiarios de préstamos con clientes en las clínicas de préstamo, quienes son 4,2 veces más propensos a elegir ese proveedor debido a la disponibilidad de medicamentos, 1,6 veces por la limpieza, y 5,2 por otras razones que catalogan como confidenciales.

La comparación entre la situación base y las encuestas de seguimiento mostró que las clínicas con préstamos registraron un aumento promedio de cinco clientes a la semana (un aumento del 12% en promedio) sobre las clínicas que no recibieron préstamos. Aunque este hallazgo indica que los flujos de clientes se incrementaron para la semana de la entrevista, el resultado no puede extrapolarse a una estimación anual. Junto con la mejora de la

calidad percibida, la evaluación muestra que el programa parece fortalecer los ingresos, contribuyendo significativamente a la viabilidad futura de la clínica receptora de préstamo.

A pesar de las percepciones acerca de la gama de servicios y la presencia de equipos esenciales de atención, los clientes registraron grandes cambios durante el período de estudio, los encuestados fueron cuatro veces más propensos a citar la disponibilidad de medicamentos como la razón de su elección por la clínica de préstamo. Este hallazgo coincide con que los clientes de las clínicas de seguimiento del préstamo sean dos veces más propensos a citar la disponibilidad de medicinas como un área que necesita mejorar.

La nueva percepción de estas clínicas como puntos de venta de medicamentos fiables proporcionará un mayor flujo de ingresos sostenible para estos profesionales. Si bien en la evaluación no se recogen datos sobre honorarios, si los proveedores han aumentado las tarifas para pagar sus préstamos, los clientes no muestran ninguna reacción negativa. De hecho, los clientes de clínica con préstamos, durante el seguimiento, eran dos veces más propensos a basar su elección de una clínica, sobre la percepción de que les cobrarán el precio justo por sus servicios.

Estos resultados implican que el programa de préstamos haya logrado mejorar la viabilidad financiera de estos proveedores de servicios de salud. Además, los resultados sugieren que el programa ha conseguido cierto éxito en la consecución del objetivo más amplio de la mejora de resultados de salud pública. Los datos sugieren que la mayoría de los beneficiarios han invertido una parte de los recursos del préstamo en productos farmacéuticos.

Con altos niveles de infección de la malaria en Uganda, las inversiones farmacéuticas es probable que se relacionen con la alta demanda de medicamentos contra dicha enfermedad. Esta inversión en el sector farmacéutico puede explicar que, durante el seguimiento de los estudios, los encuestados que han recibido préstamos hayan sido 1,9 veces más propensos a visitar la clínica para el tratamiento de la malaria.

Los préstamos fueron menos exitosos en el aumento de visitas preventivas. Los resultados no mostraron ningún cambio en las clínicas de préstamo por el porcentaje de encuestados que buscan servicios de planificación preventiva para sí o sus familias.

Aunque los préstamos no mostraron impacto en la utilización de planificación familiar, no es menos importante recordar que se ha reforzado la oferta de salud reproductiva (SR) como servicios disponibles en el sector privado en Uganda. En caso de contratiempos en el futuro para los recursos del sector público, estos proveedores privados seguirán siendo una fuente viable de servicios de salud reproductiva a las mujeres de Uganda.

No obstante los resultados anteriores dependen de varios supuestos clave. En primer lugar, estos resultados deben ser vistos como un estudio de caso y no se puede generalizar a una población clínica más amplia. Este supuesto ha permitido a cada clínica ser tratada como un estrato separado en los cálculos de error estándar. A fin de generalizar los resultados, se necesitaría una muestra aleatoria sustancialmente mayor de las clínicas.

Por otra parte, esta evaluación no puede determinar si las clínicas no incluidas en el estudio responden a los préstamos de una manera similar. Si los préstamos se desembolsaran de forma similar en un conjunto, al azar de clínicas, los efectos del programa podrían ser más débiles.

Por último, la evaluación incluye algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, el análisis se basa en la percepción del cliente sobre la calidad. En este caso, las percepciones de los clientes pueden introducir sesgos en el análisis. En particular, las percepciones son subjetivas. Las mejoras de la disponibilidad de medicamentos se basan en la opinión del cliente, y las expectativas pueden cambiar a lo largo del periodo de estudio.

### **2.1.3. Freedom from Hunger<sup>10</sup>**

Muchas instituciones de microfinanciación, particularmente aquellas que sirven a los más pobres, han sido testigos de los importantes efectos que las crisis de salud pueden tener en la capacidad de sus clientes para pagar, ahorrar y prosperar en sus actividades de microempresa. Las instituciones buscan enfoques sostenibles que ayudan a proteger la salud de sus clientes mejorando también el balance institucional.

Freedom from Hunger es una reconocida organización de servicios financieros integrados y no financieros para las personas menos favorecidas y recibió financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates para lanzar la iniciativa Microfinanzas y Protección de la Salud (MAHP) en enero de 2006. En asociación con un selecto grupo de instituciones de microfinanzas en África, Asia y América Latina, MAHP está desarrollando y probando innovaciones sostenibles de protección de la salud que pueden mejorar la vida de los clientes de las microfinanzas.

A través de la iniciativa MAHP, Freedom from Hunger ofrece a sus socios - las instituciones de microfinanzas- la asistencia técnica y capacitación para llevar a cabo estudios de mercado y diseño de paquetes de servicios innovadores y sostenibles que aborden los problema comunes de salud entre sus clientes. Cada paquete de servicios es compatible con herramientas de administración y sistemas, y cada uno es probado por su potencial para ser aplicados a escala masiva (Mallick, 2009).

Los paquetes de servicios también están siendo evaluados para determinar la tipología del cliente y el impacto institucional. Al final de la iniciativa en diciembre de 2009 Freedom from Hunger ha comenzado a extenderse y a replicar con éxito las innovaciones, incluyendo los procesos de gestión y estructuras de apoyo a las innovaciones con las instituciones de microfinanzas en todo el mundo.

---

<sup>10</sup> Información disponible en: [www.freedomfromhunger.org/mahp](http://www.freedomfromhunger.org/mahp).

Las instituciones microfinancieras que participan en la iniciativa MAHP son: Bandhan (India), CARD (Filipinas), CRECER (Bolivia), Padmé (Benín) y Réseau des Cajas Populares (Burkina Faso). Estas instituciones en conjunto llegan a más de uno millones de clientes a través de distintos servicios de microfinanzas. Cada socio MAHP ha determinado el conjunto de servicios de protección de la salud que mayor aplicación tienen a su situación, siempre dentro de los que se ofrecen en base a la investigación detallada del mercado y la capacidad institucional.

La flexibilidad de la iniciativa Hambre MAHP está proporcionando apoyo técnico para diseñar y desarrollar los siguientes tipos de servicios de protección de la salud. Educación para los servicios de Salud:

- Modelo unificado de Crédito con Educación; educación basada en el diálogo sobre la prevención y la gestión de una o más de las siguientes enfermedades: el paludismo, el dengue, las enfermedades comunes de la niñez y el VIH / SIDA a los clientes durante las reuniones de las IFM de crédito (Benín, Bolivia, Burkina Faso, Filipinas).
- El suministro de educación para la salud basada en el diálogo preventivo por parte de los organizadores de salud de la comunidad, abierto a toda la comunidad y fuera de las reuniones regulares de crédito (India).
- La capacitación sobre financiación de la salud y la utilización de los servicios de salud (Bolivia, Burkina Faso, India y Filipinas) Financiación de la salud y programas de seguro sanitario.
- Préstamos individuales de salud para gastos médicos mayores (Bolivia, Burkina Faso, India).
- Préstamos colectivos de salud para servicios de atención primaria y de diagnóstico (Bolivia).
- Cuentas de ahorros de salud (Burkina Faso).
- Salud comunitaria basada en fondos de solidaridad para proyectos de salud en pequeña escala en aldeas rurales (Burkina Faso).
- Incentivar la figura del socio-agente de microseguros de salud con el programa de salud del gobierno (Filipinas).

- Los préstamos para las primas de los seguros sean más asequibles y fiables (Filipinas).
- Exploración del programa de salud prepagados (Benín, Burkina Faso, Filipinas). Enlaces a los proveedores de atención de la salud.
- Médicos móviles que brinden educación para la salud, prevención y servicios de diagnóstico en las zonas rurales (Bolivia).
- Extensión de la detección y el tratamiento de la tuberculosis en coordinación con la estrategia gubernamental DOTS (Terapia directa de observación) (India). El acceso a los productos sanitarios basado en la comunidad de ventas de medicamentos OTC y productos para la salud (India).
- Realizar la función de enlace a los minoristas locales de productos de salud específicos, tales como los mosquiteras tratados con insecticidas, productos de planificación familiar, sales de rehidratación oral o sistemas de agua potable (Benín).
- La exploración de la vinculación con los distribuidores de franquicia de los medicamentos esenciales (Filipinas).

Respecto de las instituciones microfinancieras que participan en la iniciativa se destacan las siguientes:

- Bandhan: Educación para la Salud, Acceso a la Salud y Préstamos de la Salud Proporciona a sus clientes en la India una educación sanitaria basada en la prevención y el tratamiento de enfermedades comunes como la diarrea, problemas ginecológicos y la tuberculosis. Esta educación está acompañada por el acceso a la atención sanitaria, productos de salud de alta calidad tales como las sales de rehidratación oral, el paracetamol y las soluciones desinfectantes para el agua. Tanto la educación como la salud son administradas por los empresarios de salud del pueblo, seleccionados y entrenados por Bandhan. Bandhan presta a su vez, servicios de salud para cubrir los préstamos de micro gastos médicos de mayor envergadura (Mallick, 2009)
- CARD: Educación para la Salud, incentivo de microseguros de salud, préstamos de la Salud. CARD está llevando a cabo el desarrollo de dos

paquetes de servicios de protección sanitaria en Filipinas. En una zona urbana, catalogada como piloto, CARD ofrece a sus clientes préstamos de salud para pagar la prima correspondiente a Phil-Health, un programa nacional de seguridad social que proporciona cobertura hospitalaria a los clientes CARD a través de un modelo socio-agente. En zonas rurales y semi-rurales, CARD ha creado vínculos con los proveedores de atención de la salud para hacer más asequible la atención primaria así como la exploración de una red de franquicias para la distribución de los medicamentos esenciales. CARD extiende la educación sanitaria a la planificación financiera para mejorar la salud y el uso racional de los servicios de salud disponibles, e incentiva la prevención y el tratamiento de enfermedades como la fiebre del dengue.

- CRECER: Una vez más esta organización, se centra en la educación para la Salud, préstamos para la Salud y vínculos con los proveedores de cuidado de la salud. CRECER se centra en zonas rurales de Bolivia, con vínculos con proveedores de salud que visitan periódicamente las comunidades para llevar a cabo "jornadas de salud", para las cuales los servicios de atención primaria y diagnóstico básico se ponen a disposición. Préstamos de salud grupales ayudan a los clientes a pagar por estos servicios basados en la comunidad. Los préstamos individuales de salud también están disponibles para cubrir las necesidades sanitarias de las especialidades más importantes, como la cirugía. Nueva sesiones educativas de salud se centran en la prevención y tratamiento de enfermedades comunes y crónicas, a partir del comportamiento en la solicitud de asistencia médica y la mejora en la gestión de los riesgos financieros relacionados con la salud.
- PADME: Educación para la Salud, acceso a la Salud y el plan de Medicina Prepaga. PADME es una institución de Crédito con Educación, con especial atención a la salud en zonas rurales de Benín. La educación Behavior change pretende luchar contra la malaria (de gran impacto económico en la zona), enfermedades mortales frecuentes para la infancia y el VIH / SIDA. Para complementar la educación para la salud PADME facilita el acceso a los productos sanitarios, como los mosquiteras tratados con insecticida, sales de rehidratación oral y

preservativos. PADME también lleva a cabo un estudio de viabilidad sobre el establecimiento de un plan de salud prepago mediante el cual los servicios de salud, facilitan los servicios sanitarios a los clientes inscritos un cambio de una cuota anual fija.

- RCPB: Busca centrarse también en la educación para la Salud, cuentas de ahorro sanitario, préstamos salud y el fondo de solidaridad. El paquete de RCPB de innovación en Burkina Faso incluye tres productos financieros complementarios: ahorro para la salud destinado a cubrir la atención primaria y medicinas para enfermedades comunes, los préstamos de salud para cubrir el tratamiento que excede los ahorros de los clientes de salud, y un fondo de solidaridad sanitaria para las comunidades a invertir, como lo deseen para la mejora de los servicios locales de salud y cuestiones. RCPB también está ofreciendo educación sanitaria sobre la planificación anticipada para pagar los gastos de salud y abogar por mejores servicios de salud. Esta institución utiliza alianzas con centros de salud rurales, para promocionar la formación sanitaria en zonas deslocalizadas.

## **2.2. Experiencias con Franquicias Sociales**

### **2.2.1. Smiling Sun y las franquicias en Bangladesh**

Con una masa de tierra de 144.000 kilómetros cuadrados y una población de 145 millones personas, Bangladesh es uno de los países más densamente poblados del mundo. Esto, combinado con un producto per cápita nacional bruto de 440 dólares y la mitad de la población viviendo por debajo del umbral de la pobreza, hace de la reducción de la fecundidad una de las prioridades urgentes para el gobierno de Bangladesh (GOB).

El sistema de sector público de salud en Bangladesh es extenso, pero plagado de problemáticas, especialmente fuera de los centros urbanos. Problemas en la dotación de personal y equipos y la escasez de suministro conducen a muchas personas de bajos ingresos a confiar en las

organizaciones no gubernamentales (ONG) y médicos privados como sus fuentes principales de atención sanitaria. Las ONG tienen un lugar histórico en el desarrollo social en Bangladesh y el sector de la salud no es una excepción.

Las ONG han desempeñado un papel importante en la prestación de los servicios básicos de salud a una proporción significativa de la población, especialmente a aquellos que no poseen los medios financieros para pagar servicios a través de puntos de venta privada. Las ONG, además, trabajan a menudo en áreas remotas fuera del alcance del sistema del sector público (USAID, 2007).

El apoyo de la USAID para las ONG's durante los últimos 30 años ha dado lugar a que aproximadamente el 19 por ciento de la población total reciban servicios a través de una vasta red de organizaciones no gubernamentales y ONG clínicas. Debido a este apoyo, muchas organizaciones han desarrollado una capacidad de programación y gestión para proporcionar servicios de alta calidad que incluyen servicios de planificación familiar, atención prenatal, inmunización, servicios de atención curativa limitada, de atención obstétrica de emergencia y de diagnóstico médico en algunas localizaciones.

Por el contrario, muchas organizaciones no gubernamentales, carecen de la orientación filosófica y la capacidad de alcanzar un grado apreciable de sostenibilidad financiera, lo que las hace dependientes de la financiación de los donantes para cubrir sus costes operacionales y de gestión.

El Smiling Sun Franchise Program (SSFP) tiene como objetivo, en ese sentido, convertir la actual red de organizaciones no gubernamentales en un sistema de franquicia social financieramente viable. Esta franquicia proporciona un mayor acceso a servicios de salud, especialmente entre los que no pueden darse el lujo de pagar estos servicios, al tiempo que genera ingresos suficientes para soportar aproximadamente el 70 por ciento de los costes operativos (USAID 2007).

Este programa representa una oportunidad única de utilizar la figura de la franquicia social para mantener y ampliar los servicios de salud de organizaciones no gubernamentales y los productos microfinancieros en una base cada vez más sostenible. También permite la creación de un Franchise Management independiente que monitoriza la franquicia después de la finalización del programa, lo que genera una disminución del 70 por ciento en los costes operativos de las franquicias, costes del personal sanitario, medicamentos y suministros clínicos.

El objetivo es establecer un franquiciador central fuerte que desarrolle clínicas modelo, establezca normas y procedimientos de operación de franquicias, asegure el cumplimiento de un protocolo de organización, y ofrezca servicios comunes para los sub-franquiciadores y franquiciados de la clínica.

Las ONG's sub-franquiciadoras convierten clínicas existentes en clínicas franquiciadas para Smiling Sun, garantizando la marca y el cumplimiento de calidad, proporcionando supervisión y los datos que garantizarán un flujo informativo en la gestión del sistema central de información en una base de datos (tasas, gastos, datos del cliente, etc.). Las clínicas se ajustan a los protocolos de prestación de servicios de salud y de servicio de informes estadísticos.

El objetivo es mejorar la eficiencia de la red de ONG a través de una disminución de subvenciones del programa. Como vemos en todos los casos, la búsqueda de la autosuficiencia, es uno de los objetivos principales de las franquicias sociales. Se trata de depender en menor medida de subvenciones, a través de la optimización de costes operativos y generación de recursos orgánicos.

Otro de los objetivos de Smiling Sun es racionalizar el número de sub-franquiciadores y ONG e incrementar la eficiencia en la gestión. Esta medida resulta fundamental para hacer que el sistema de franquicia sea más viable. Por eso el programa promueve la formación de alianzas de ONG's para lograr un mayor número de clínicas, crear redes clínicas que sean geográficamente eficientes y maximizar la eficiencia operativa mediante la reducción de los gastos generales, la racionalización del número de personal, reduciendo el

tiempo de inactividad del personal y una mejor utilización de espacio físico (USAID, 2007) .

Para garantizar la calidad SSFP lleva a cabo auditorías periódicas externas de calidad sobre una muestra de clínicas de organizaciones no gubernamentales. Este proceso está estrechamente vinculado con la capacidad interna de las ONG para supervisar las clínicas franquiciadas.

La figura predominante del hombre, como responsable de toda actividad social, ha hecho que Smiling Sun se centre en promover la participación de los hombres en el diseño y prestación de asistencia sanitaria y el fomento civil de la comunicación sobre la sexualidad. SSFP alienta a las ONG para proveer información a los hombres y las mujeres sobre los servicios de salud y la necesidad de combatir la mala nutrición en los niños y las niñas (USAID, 2007).

Smiling Sun promueve un alto grado de transparencia y rendición de cuentas mediante la articulación de normas de conducta de negocios de franquicia a nivel de gobierno y da a conocer la información a través de foros especiales y materiales – carteles y folletos – que tienen un lugar destacado en las clínicas y oficinas de las ONG.

Un subcomité de ética funciona dentro de la estructura de gobierno de SSFP, donde los miembros de franquicia elaboran normas, medidas para mantener estas, así como las sanciones resultantes por trasgresión del código de actuación. Existen fuertes controles en la creación de sistemas de cobro, registro y contabilidad, con el objetivo de evitar cualquier clase de picaresca interna.

Este control interno resulta básico en este tipo de instituciones con un gran grado de deslocalización, viéndose reforzado por un alto nivel de rendición de cuentas a nivel de franquicia clínica, incluyendo el resorte de vigilancia de a través de la retroalimentación del cliente, y una combinación de auditorías internas y externas periódicas para cerciorarse que las clínicas están actuando según lo indicado.

### **2.2.2. Green Star, Pakistán**

El programa Green Star se inició en 1997 orientado a parejas urbanas de bajos ingresos en Pakistán. El sector privado en Pakistán proporciona más del 70% de todos los servicios de salud, pero tiene una participación limitada en la planificación familiar. Los objetivos como franquiciados de Marketing Social Pakistán (SMP) incluyen: la creación de capacidad de proveedores sanitarios privados que en la actualidad ya están entregando productos y servicios a poblaciones de bajos ingresos, la adición de servicios de planificación familiar, la mejora en la calidad de atención al enfermo, el aumento en el volumen de clientes y la sostenibilidad financiera.

SMP realiza contratos con médicos y matronas que manejan las prácticas existentes. Los franquiciados deben ponerse de acuerdo para proporcionar servicios de alta calidad y asequibles a precios acordes con clientes de bajos ingresos. Otro de los objetivos de PSM es el compromiso de entrega de anticonceptivos de calidad a Green Star, clínicas y farmacias rurales a precios al por mayor, incluyendo preservativos, anticonceptivos orales, inyectables y el DIU. La red Green Star, a fecha de 2004, estaba compuesta por 11.000 profesionales de la salud, con una cobertura estimada del 20% de parejas en Pakistán y con el objetivo de crecer de forma sostenida (Green Star, 2004).

Para reforzar a los prestadores de servicios, el programa ha desarrollado una red de referencia de centros sanitarios que incluye hospitales y clínicas privadas. Los proveedores claves de la red pueden enviar a los clientes a estos hospitales para el asesoramiento y el apoyo más amplio de servicios. Algo tan asumible en Occidente, como una relación de centros asistenciales, supone una mejora nuclear en sistemas sanitarios en vías de desarrollo.

### **2.2.3. Janani, Bihar, India:**

Janani es una franquicia cuyo perfil objetivo son las parejas en Bihar, India. La organización estableció tiendas de anticonceptivos subvencionados en 1996 y comenzó a trabajar con los proveedores, ampliando su acción a las zonas rurales a principios de 1997. El mercado privado ha ignorado en gran medida el sector rural (90% de la población) y los canales de distribución de anticonceptivos se han quedado por detrás de los de otros bienes de consumo. Como franquiciador, los objetivos de Janani incluyen la expansión y la sostenibilidad de las redes de suministro de anticonceptivos, poniendo especial énfasis en el suministro de un alto volumen, a un precio asumible por la población rural. La franquicia apoya el tratamiento de las ETS y los servicios de aborto, si bien en este caso se limita a asesorar y remitir a centros asistenciales, así como a servicios de planificación familiar. A finales de 2008, había más de 11.000 proveedores de salud que participan en la red Janani (ONU, 2008).

### **2.2.4. Biruh Tesfa, Etiopía<sup>11</sup>**

Biruh Tesfa o "Rayo de Esperanza" es una iniciativa privada de franquicia para la planificación familiar y salud reproductiva ejecutado por Pathfinder International en Etiopía. La franquicia comenzó en enero de 2000 con fondos de la Fundación Packard y es el único de su tipo en este país. Los proveedores de servicios clínicos y de estructura son contratados para participar en una red de franquicias que incluyen 92 clínicas, 150 agentes comunitarios de salud y 100 matronas. En la actualidad forman parte de esta iniciativa 48 proveedores sanitarios y 120 proveedores de mercado, en tres regiones (Addis Abeba, Oromia y Amhara).

Estos proveedores reciben capacitación en la prestación de servicios de prevención de las ETS, el VIH / SIDA y el asesoramiento de atención post-aborto y uso de anticonceptivos, así como en procedimientos sanitarios de

---

<sup>11</sup> [http://www.popcouncil.org/pdfs/2010PGY\\_BiruhTesfaBrief.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2010PGY_BiruhTesfaBrief.pdf)

referencia, siempre de acuerdo a su capacidad clínica. Por otra parte se busca la formación de otros aspectos empresariales, como son la gestión financiera, el apoyo a la contratación de suministros y equipos, y la supervisión o seguimiento de resultados.

### **2.2.5. Health Store, Kenia<sup>12</sup>**

La Fundación HealthStore con su presencia en Kenia ha combinado los principios establecidos en la microempresa, con prácticas y licencias para crear un modelo de negocio de micro-franquicias llamadas CFWshops. Los franquiciados operan tiendas pequeñas de venta de medicamentos (sin poder llegar a ser catalogadas como farmacias) o clínicas sanitarias ubicadas estratégicamente para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales. Las clínicas y tiendas HealthStore buscan posibilitar que los trabajadores de la salud capacitados puedan regentar sus propios negocios de tratamiento de enfermedades que suponen el 70-90% de las enfermedades y causas de muerte en sus comunidades.

Una lista breve de medicamentos genéricos baratos puede tratar con eficacia el 70-90% de las enfermedades infecciosas por las que mueren la mayoría de los niños del tercer mundo. Con demasiada frecuencia, las personas no tienen acceso a estos medicamentos. HealthStore busca mejorar el acceso a estos medicamentos esenciales con su modelo de micro-negocio de franquicia.

Los principales objetivos del proyecto CFWshops son:

- Crear un suministro fiable de alta calidad y bajo costo de medicamentos esenciales para ponerlos a disposición de la gente que los necesita cuando y donde más se necesitan.
- El tratamiento de enfermedades infecciosas infantiles en las comunidades donde viven los niños, reduciendo así la saturación del sistema de salud para que los recursos escasos se puedan aplicar a otras enfermedades no tan fáciles de tratar.

---

<sup>12</sup> <http://www.cfwshops.org/overview.html>

- Reducir en los menores de 5 años las tasas de mortalidad fomentando la planificación familiar y menores tasas de crecimiento de la población.
- Incentivar el uso adecuado de los suministros adecuados de medicamentos eficaces. Formar a la población en la toma de antibióticos y en la necesidad de cumplir los tratamientos establecidos por profesionales.
- Mejorar la salud de la comunidad a través de actividades de prevención y educación.

Este modelo de franquicia hace especial hincapié en involucrar a proveedores de salud a que apliquen buenas prácticas en la manipulación y distribución de medicamentos esenciales, un problema que se da con frecuencia dentro del continente africano, donde la venta de medicamentos caducados, en mal estado e incluso falsificados es común.

Los franquiciados disfrutan de los beneficios de poseer su negocio con ánimo de lucro, pero tienen como obligación seguir el protocolo de adquisición de medicamentos, así como el cumplimiento de la manipulación de medicamentos que establece CFWshops. Lo mismo pasa a nivel administrativo, donde se establece un reglamento de gestión. HealthStore tiene la visión de que los franquiciados que actúan en su propio interés obtienen una mayor presencia en la comunidad y un volumen de facturación más alto que aquellos sometidos a una burocracia de mando y control centralizado.

Vemos en todos los casos analizados hasta el momento como los sistemas de franquicias tienen el reto de monitorizar a los franquiciados, sin que la burocracia interna limite la productividad potencial del centro sanitario, la consulta médica o la tienda de medicinas acogida a la franquicia.

Es por ello que desde el franquiciador se busca la ordenación de procedimientos y procesos. Es el caso del sistema de franquicias CFWshops, donde el franquiciador incluye un manual de operaciones completo con las políticas, procedimientos y formas que constituyen un sistema de gestión "llave en mano" que, de seguirse, permite a los franquiciados hacer negocios y

proporcionar los informes necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la Fundación HealthStore.

Los franquiciados, como contrapartida, tienen derecho a recibir un suministro de alta calidad de medicamentos a un coste bajo, un continuo apoyo en la gestión del negocio y otra serie de beneficios por parte de HealthStore. Pero si el franquiciado no cumple con las normas y requisitos o con el reporte de información, la franquicia puede ser revocada. El sistema está diseñado para hacer que los beneficios a largo plazo de retención de la franquicia valgan demasiado como para arriesgarse a perderlos rompiendo la normativa estipulada, pues el objetivo es que la relación entre franquiciado y franquiciador sea lo más estable y duradera posible.

## **2.3. Recapitulación de experiencias de intervención**

Hasta el momento se han expuesto, en el desarrollo de este marco teórico, diversas experiencias en torno de la aplicación de microfinanzas y franquicias y en la provisión de servicios de salud, que implican la formación o retención de personal auxiliar de la salud en diversos grados de capacitación.

De dichas experiencias y de la bibliografía consultada pudo realizarse una exposición de las diversas implicaciones de ambos sistemas, de las fortalezas y debilidades de cada uno, determinando así las situaciones más propicias para la implementación de los diversos esquemas de intervención. Dicha comparación es realizada en el marco de la pretensión de los objetivos de esta tesis, que establece la necesidad de establecer en qué medida las intervenciones a través de microfinanzas y franquicias sociales, actúan como palanca en el empoderamiento de los implicados. Como herramienta para analizar el grado de éxito de estas aplicaciones, hemos usado los Objetivos de Desarrollo del Milenio definidos por la ONU, que son los siguientes:

- 1- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2- Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- 4- Reducir la mortalidad infantil.
- 5- Mejorar la salud materna.
- 6- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- 7- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- 8- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Pese a que solo 3 de los 8 objetivos tiene relación directa con la salud, la dinámica y las necesidades que hacen a la aplicación de los microcréditos y las franquicias socio sanitarias tienen implicaciones económicas, sociales y culturales en las comunidades.

El objetivo primero, si bien no atañe específicamente a la salud, no es ajeno a la aplicación de los sistemas de salud privados a partir de microcréditos

y franquicias. Tal como se ha analizado anteriormente, ambos sistemas hacen hincapié en el lucro privado como agente motivacional, y la posibilidad cierta de que aquellos implicados en la aplicación –es decir el personal sanitario– pueda progresar materialmente en el sostenibilidad de los servicios. El segundo objetivo también tiene sus implicaciones ya que la aplicación de los programas demanda de la enseñanza elemental, y provee constante capacitación a los implicados en la aplicación regional.

La igualdad entre los sexos es fuertemente promovida, tal como se puede verificar en los programas de salud de BRAC en Liberia. Las mujeres son los individuos estratégicos en muchas comunidades del África subsahariana ya que se encargan de administrar la economía doméstica, tienen un papel relevante en los lugares azotados por conflictos bélicos ante la ausencia de hombres y conforman, por excelencia, el personal de enfermería básico así como el de obstetricia.

En cuanto a la disminución de la mortalidad infantil, es uno de los principales aportes que pueden generar estos emprendimientos, tal como bien ejemplifican los casos de Green Star, Janani y Biruh Tesfa, con sus programas de planificación familiar y salud reproductiva. Si bien estos programas son muchas veces excedidos por situaciones contextuales, como pueden ser prácticas culturales arraigadas que llegan a ser negativas, no obstante, contribuyen a acercar en buena medida la situación sanitaria a este objetivo del milenio.

Otro punto que se ataca es la mejora en la salud materna, dado que es el objetivo de numerosos proyectos sanitarios. Aquí se ha comentado el caso de Health Store que, a partir de la provisión estratégica de medicamentos por franquicias, se involucra en varias dimensiones de la maternidad, desde la planificación familiar, la asistencia post-aborto y la reducción de infecciones a través del uso de antibióticos y elabora un plan para disminuir la mortalidad infantil en los niños menores de 5 años. Cabe destacar que las franquicias y algunos proyectos de microcréditos necesitan de cierta infraestructura existente para funcionar, a la vez que poblaciones con cierta capacidad de pago, poca

dispersión poblacional y ámbitos urbanos o periurbanos. Pero la particularidad de la franquicia es la posibilidad de expandirse rápidamente, conllevando a la formación más expeditiva de los proyectos sanitarios y el personal paramédico que los lleve adelante. Dado que la fecha de cumplimiento de los objetivos del milenio se acerca inexorablemente rápida, se hacen más idóneas este tipo de intervenciones sobre otros mecanismos propios de las microfinanzas. Estas últimas no obstante, presentan mayores prestaciones en ámbitos rurales, de pobreza extrema y generan recursos allí donde no existen.

Finalmente el sexto objetivo no ofrece mucho para agregar ya que la lucha contra el VIH es central en África, a la vez que otras enfermedades infecciosas. Desde Freedom from Hunger hasta las franquicias examinadas, el esfuerzo por la salud sexual y el control de la epidemia tiene un papel central. Pese a los avances cualitativos y cuantitativos que estas intervenciones generan, la situación actual no presenta una evolución favorable para alcanzar los objetivos de reversión de la tasa de infección para 2015. Al ser un problema de tal magnitud, excede las capacidades del conjunto de organizaciones volcadas a la acción y debe complementarse con el ámbito privado, estatal y multilateral implicado en la tarea. No obstante, la labor de las organizaciones de microfinanzas y franquicias, incluye acercar, formar y sostener un importante volumen de personal paramédico que puede paliar la situación sanitaria del África subsahariana. En lo que respecta a las otras afecciones como la malaria y la tuberculosis, éstas demandan una capacitación profunda y específica, tal como muestra el ejemplo de BRAC que elaboró un programa de dos dimensiones, capacitando promotores de salud y trabajadores aplicados a los tratamientos específicamente.

Si bien la situación en todos los países analizados es en extremo crítica, la experiencia mundial ganada en casi 40 años de experiencias de empoderamiento de los pobres, permite que las intervenciones sean estratégicas y con un margen de expectativa de éxito bastante ajustado a las posibilidades de la realidad y a la coyuntura particular.

En el caso de las microfinanzas, en los últimos años han surgido una serie de estudios independientes, el más popular llevado a cabo por el investigador norteamericano David Roodman, autor del libro *Due Diligence*, donde se evidencia a través de los datos recogidos en decenas de programas de microfinanzas en todo el mundo cómo, en muchas ocasiones, han sido un fracaso.

Según David Roodman, se dan principalmente dos razones por las que la efectividad de las microfinanzas no alcanza el nivel de eficiencia que se presupone: la incapacidad de las personas para hacer frente a los créditos y la usura inherente al fenómeno. Cada vez son más numerosos los casos en donde en las comunidades del tercer mundo que acceden a esta herramienta de financiación están teniendo serios problemas para devolverlos, llegando a producir dramáticas olas de suicidio como la ocurrida en el estado indio de Andhra Pradesh, a causa de la presión de los prestamistas.

Después de haber revisado numerosas experiencias en el ámbito de las microfinanzas y las franquicias sociales, la tendencia negativa en la primera de ellas hace que para la elaboración del modelo asistencial propuesto en los objetivos de este trabajo, me haya decantado por opción de la Franquicia Social, que a continuación paso a desarrollar.

## **Capítulo 3. Aplicación del modelo**

### **3.1. Una aproximación al contexto de aplicación.**

#### **3.1.1. África subsahariana**

El término África subsahariana tiene desde el punto de vista geográfico dos significados ligeramente distintos en función de la definición de división que se utilice. Si se toma como unidad a los países teniendo en cuenta sus divisiones políticas, el término describe todos los países del continente africano a excepción de aquellos que limitan con el mar Mediterráneo. Sin embargo si no se hace referencia a las divisiones políticas y se tiene en cuenta más bien aspectos geográficos, el término se refiere a aquellas partes del continente africano que se encuentran habitadas mayoritariamente por personas de raza negra. La clasificación comprende en torno al 85% de la superficie total del continente. Esta clasificación es muy similar a otra que señala el Trópico de Cáncer como límite norte aproximado de África negra (Enciclopedia Británica, 2010).

Para nuestro propósito utilizaremos la calificación que utiliza la división política, es decir, la que comprende a los países que no poseen límites con el mar Mediterráneo. En función de lo dicho anteriormente los países que conforman África subsahariana son los siguientes: *Angola; Benín; Botsuana; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camerún; Costa de Marfil; Chad; Eritrea; Etiopía; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea Ecuatorial; Guinea-Bissau; Islas Comoras; Islas Seychelles; Kenia; Lesoto; Liberia; Madagascar; Malawi; Malí; Mauricio; Mozambique; Namibia; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República del Congo; República Democrática del Congo; Ruanda; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Suazilandia; Sudáfrica; Sudán; Tanzania; Togo; Uganda; Yibuti; Zambia; Zimbabwe* (Enciclopedia Británica, 2010).

En la siguiente tabla se puede observar todos los países que componen África subsahariana, en función de la clasificación que hemos utilizado. En dicha tabla se puede observar tanto la superficie de cada país como la cantidad de habitantes que tiene cada uno, además del producto interior bruto per cápita medido en US\$, la densidad, la lengua oficial, y la capital. Antes de proseguir

es importante tener en consideración que los datos expresados en la tabla son datos aproximados debido a que las estadísticas de la mayoría de los países en cuestión no son del todo fiables y pueden contener carencias. Con respecto a la lengua oficial, la mayoría de los países tiene varias lenguas oficiales. Para nuestro caso hemos sólo expuesto la lengua que de alguna forma identifica el país europeo que ocupó dicho territorio utilizando a este como colonia.

País	Capital	Superficie	Población	Idioma	PIB per cápita	Densidad
		km2	habitantes		US\$	
Angola	Luanda	1.246.700	17.747.679	Portugués	8.900	14,2
Benín	Porto Novo	12.620	7.649.360	Francés	1.510	606,1
Botsuana	Gaborone	600.370	1.640.115	Inglés	6.869	2,7
Burkina Faso	Uagadugú	274.200	13.491.736	Francés	1.189	49,2
Burundi	Buyumbura	27.830	8.988.091	Francés	393	323,0
Cabo Verde	Praia	4.033	499.796	Portugués	3.227	123,9
Camerún	Yaundé	475.440	16.988.132	Francés	2.284	35,7
Costa de Marfil	Yamusukro	322.462	20.617.068	Francés	1.475	63,9
Chad	Yamena	1.284.000	10.780.600	Francés	1.656	8,4
Eritrea	Asmara	121.320	4.669.638	Árabe	747	38,5
Etiopia	Adís Abeba	1.127.127	73.053.286	Amárico	936	64,8
Gabón	Libreville	267.667	1.500.000	Francés	14.436	5,6
Gambia	Banjul	10.380	1.593.256	Inglés	1.417	153,5
Ghana	Accra	239.460	23.382.848	Inglés	2.601	97,6
Guinea	Conakry	245.857	9.452.670	Francés	1.986	38,4
Guinea Ecuatorial	Malabo	28.051	1.014.999	Español	33.883	36,2
Guinea-Bissau	Bissau	36.120	1.460.253	Portugués	856	40,4
Kenia	Nairobi	582.650	34.707.817	Suajili	1.519	59,6
Lesoto	Maseru	30.355	2.031.348	Sesotho	2.163	66,9
Liberia	Monrovia	111.370	3.482.211	Inglés	396	31,3
Madagascar	Antananarivo	587.041	20.653.556	Francés	911	35,2
Malauí	Lilongüe	118.484	13.931.831	Inglés	834	117,6
Mali	Bamako	1.240.000	11.415.261	Francés	1.187	9,2
Mauricio	Port Louis	2.040	1.240.827	Inglés	13.615	608,2
Mozambique	Maputo	799.380	21.284.701	Portugués	886	26,6
Namibia	Windhoek	825.418	2.030.692	Inglés	7.478	2,5
Níger	Niamey	1.267.000	15.306.252	Francés	676	12,1
Nigeria	Abuya	923.768	148.283.240	Inglés	2.150	160,5
Republica Centroafricana	Bangui	622.984	3.683.538	Francés	758	5,9
Republica del Congo	Brazzaville	342.000	3.602.269	Francés	1.379	10,5
Rep. Democrática del Congo	Kinshasa	2.345.410	60.764.490	Francés	675	25,9
Ruanda	Kigali	26.338	8.648.248	Francés	1.022	328,4
Santo Tome y Príncipe	Santo Tome	1.001	193.413	Portugués	1.822	193,2
Senegal	Dakar	196.190	12.534.000	Francés	1.685	63,9
Sierra Leona	Freetown	71.740	5.883.889	Inglés	809	82,0
Somalia	Mogadiscio	637.657	8.228.000	Somalí	600	12,9
Suazilandia	Mbabane	17.363	1.104.343	Inglés	4.965	63,6
Sudáfrica	Pretoria	1.219.912	49.320.000	Inglés	5.680	40,4
Sudan	Jartum	2.505.813	41.236.378	Inglés	2.201	16,5
Tanzania	Dodoma	948.087	37.445.392	Inglés	1.319	39,5
Togo	Lome	56.785	5.153.088	Francés	1.600	90,7
Uganda	Kampala	236.040	27.269.482	Inglés	1.219	115,5
Yibuti	Yibuti	23.000	476.703	Francés	2.323	20,7
Zambia	Lusaka	752.614	12.935.000	Inglés	1.431	17,2
Zimbabue	Harare	390.580	12.236.805	Inglés	365	31,3

Tabla nº 1. Elaboración propia sobre datos de UNECA (2010).

En base a la tabla que hemos elaborado precedentemente hemos ordenando los países en función de su PIB per cápita para identificar a aquellas naciones que se encuentran con menor cantidad de recursos. Además hemos introducido dos nuevas columnas que nos indican la proporción de habitantes que tiene cada país en función del total de la región y el acumulado.

País	Capital	Superficie	Población	PIB per cápita	%	Acum %
		km2	habitantes	US\$		
Zimbabue	Harare	390.580	12.236.805	365	1,57%	1,57%
Burundi	Buyumbura	27.830	8.988.091	393	1,15%	2,72%
Liberia	Monrovia	111.370	3.482.211	396	0,45%	3,17%
Somalia	Mogadiscio	637.657	8.228.000	600	1,06%	4,22%
Rep. Democrática del Congo	Kinshasa	2.345.410	60.764.490	675	7,79%	12,02%
Níger	Niamey	1.267.000	15.306.252	676	1,96%	13,98%
Eritrea	Asmara	121.320	4.669.638	747	0,60%	14,58%
Republica Centrafricana	Bangui	622.984	3.683.538	758	0,47%	15,05%
Sierra Leona	Freetown	71.740	5.883.889	809	0,75%	15,81%
Malawi	Lilongüe	118.484	13.931.831	834	1,79%	17,60%
Guinea-Bissau	Bissau	36.120	1.460.253	856	0,19%	17,78%
Mozambique	Maputo	799.380	21.284.701	886	2,73%	20,51%
Madagascar	Antananarivo	587.041	20.653.556	911	2,65%	23,16%
Etiopia	Amárico	1.127.127	73.053.286	936	9,37%	32,53%
Ruanda	Kigali	26.338	8.648.248	1.022	1,11%	33,64%
Mali	Bamako	1.240.000	11.415.261	1.187	1,46%	35,11%
Burkina Faso	Uagadugú	274.200	13.491.736	1.189	1,73%	36,84%
Uganda	Kampala	236.040	27.269.482	1.219	3,50%	40,33%
Tanzania	Dodoma	948.087	37.445.392	1.319	4,80%	45,14%
Republica del Congo	Brazzaville	342.000	3.602.269	1.379	0,46%	45,60%
Gambia	Banjul	10.380	1.593.256	1.417	0,20%	45,80%
Zambia	Lusaka	752.614	12.935.000	1.431	1,66%	47,46%
Costa de Marfil	Yamusukro	322.462	20.617.068	1.475	2,64%	50,11%
Benín	Porto Novo	12.620	7.649.360	1.510	0,98%	51,09%
Kenia	Nairobi	582.650	34.707.817	1.519	4,45%	55,54%
Togo	Lome	56.785	5.153.088	1.600	0,66%	56,20%
Chad	Yamena	1.284.000	10.780.600	1.656	1,38%	57,58%
Senegal	Dakar	196.190	12.534.000	1.685	1,61%	59,19%
Santo Tome y Príncipe	Santo Tome	1.001	193.413	1.822	0,02%	59,22%
Guinea	Conakry	245.857	9.452.670	1.986	1,21%	60,43%
Nigeria	Abuya	923.768	148.283.240	2.150	19,02%	79,45%
Lesoto	Maseru	30.355	2.031.348	2.163	0,26%	79,71%
Sudan	Jartum	2.505.813	41.236.378	2.201	5,29%	85,00%
Camerún	Yaundé	475.440	16.988.132	2.284	2,18%	87,18%
Yibuti	Yibuti	23.000	476.703	2.323	0,06%	87,24%
Ghana	Accra	239.460	23.382.848	2.601	3,00%	90,24%
Cabo Verde	Praia	4.033	499.796	3.227	0,06%	90,30%
Suazilandia	Mbabane	17.363	1.104.343	4.965	0,14%	90,44%
Sudáfrica	Pretoria	1.219.912	49.320.000	5.680	6,33%	96,77%
Botsuana	Gaborone	600.370	1.640.115	6.869	0,21%	96,98%
Namibia	Windhoek	825.418	2.030.692	7.478	0,26%	97,24%
Angola	Luanda	1.246.700	17.747.679	8.900	2,28%	99,52%
Mauricio	Port Louis	2.040	1.240.827	13.615	0,16%	99,68%
Gabón	Libreville	267.667	1.500.000	14.436	0,19%	99,87%
Guinea Ecuatorial	Malabo	28.051	1.014.999	33.883	0,13%	100,00%

Tabla nº 2. Elaboración propia sobre datos de UNECA (2010).

En base a los datos expuestos, se puede observar que el país que con menos recursos por habitante cuenta es Zimbabue, seguido por Burundi, Liberia, Somalia, Rep. Democrática del Congo, etc. Para poder observar si hay alguna relación con la cantidad de habitantes hemos ordenado la misma tabla en función de la cantidad de habitantes.

País	Capital	Población	PIB per cápita	%	Acum %
		habitantes	US\$		
Nigeria	Abuya	148.283.240	2.150	19,02%	19,02%
Etiopia	Amárico	73.053.286	936	9,37%	28,39%
Rep. Democrática del Congo	Kinshasa	60.764.490	675	7,79%	36,18%
Sudáfrica	Pretoria	49.320.000	5.680	6,33%	42,51%
Sudan	Jartum	41.236.378	2.201	5,29%	47,80%
Tanzania	Dodoma	37.445.392	1.319	4,80%	52,60%
Kenia	Nairobi	34.707.817	1.519	4,45%	57,06%
Uganda	Kampala	27.269.482	1.219	3,50%	60,55%
Ghana	Accra	23.382.848	2.601	3,00%	63,55%
Mozambique	Maputo	21.284.701	886	2,73%	66,28%
Madagascar	Antananarivo	20.653.556	911	2,65%	68,93%
Costa de Marfil	Yamusukro	20.617.068	1.475	2,64%	71,58%
Angola	Luanda	17.747.679	8.900	2,28%	73,85%
Camerún	Yaundé	16.988.132	2.284	2,18%	76,03%
Níger	Niamey	15.306.252	676	1,96%	78,00%
Malauí	Lilongüe	13.931.831	834	1,79%	79,78%
Burkina Faso	Uagadugú	13.491.736	1.189	1,73%	81,51%
Zambia	Lusaka	12.935.000	1.431	1,66%	83,17%
Senegal	Dakar	12.534.000	1.685	1,61%	84,78%
Zimbabue	Harare	12.236.805	365	1,57%	86,35%
Mali	Bamako	11.415.261	1.187	1,46%	87,81%
Chad	Yamena	10.780.600	1.656	1,38%	89,20%
Guinea	Conakry	9.452.670	1.986	1,21%	90,41%
Burundi	Buyumbura	8.988.091	393	1,15%	91,56%
Ruanda	Kigali	8.648.248	1.022	1,11%	92,67%
Somalia	Mogadiscio	8.228.000	600	1,06%	93,73%
Benín	Porto Novo	7.649.360	1.510	0,98%	94,71%
Sierra Leona	Freetown	5.883.889	809	0,75%	95,46%
Togo	Lome	5.153.088	1.600	0,66%	96,12%
Eritrea	Asmara	4.669.638	747	0,60%	96,72%
Republica Centroafricana	Bangui	3.683.538	758	0,47%	97,19%
Republica del Congo	Brazzaville	3.602.269	1.379	0,46%	97,66%
Liberia	Monrovia	3.482.211	396	0,45%	98,10%
Lesoto	Maseru	2.031.348	2.163	0,26%	98,36%
Namibia	Windhoek	2.030.692	7.478	0,26%	98,62%
Botsuana	Gaborone	1.640.115	6.869	0,21%	98,83%
Gambia	Banjul	1.593.256	1.417	0,20%	99,04%
Gabón	Libreville	1.500.000	14.436	0,19%	99,23%
Guinea-Bissau	Bissau	1.460.253	856	0,19%	99,42%
Mauricio	Port Louis	1.240.827	13.615	0,16%	99,58%
Suazilandia	Mbabane	1.104.343	4.965	0,14%	99,72%
Guinea Ecuatorial	Malabo	1.014.999	33.883	0,13%	99,85%
Cabo Verde	Praia	499.796	3.227	0,06%	99,91%
Yibuti	Yibuti	476.703	2.323	0,06%	99,98%
Santo Tome y Príncipe	Santo Tome	193.413	1.822	0,02%	100,00%

**Tabla N° 3. Elaboración propia sobre datos de UNECA (2010).**

Se puede observar que el país con mayor población de la región analizada es Nigeria, seguido por Etiopía, Rep. Democrática del Congo, Sudáfrica, Sudan, Tanzania, etc.

En base a las dos últimas tablas expuestas se puede observar que los países más pobres no necesariamente son los más poblados, aunque cuando uno hace un análisis más exhaustivo se puede observar que el 20% de los países más poblados contiene el 63,55% de la población que habita en África subsahariana. Este grupo se encuentra conformado por República Democrática de Congo con un ingreso per cápita de US\$ 675, Etiopía con US\$ 936 per cápita, Uganda con US\$ 1.219 per cápita, Tanzania con US\$ 1.319 per cápita, Kenia con US\$ 1.519 per cápita, Nigeria con US\$ 2.150 per cápita, Sudan con US\$ 2.201 per cápita, Ghana con US\$ 2.601 per cápita y Sudáfrica con US\$ 5.680 per cápita. Es decir que nueve países de un total de 45 agrupan el 63,55% de la población del continente. Se puede apreciar que dentro del grupo la dispersión del PIB per cápita es amplia y que no hay una relación directa entre cantidad de población y nivel de vida en términos de PIB per cápita.

Para poder verificar si existe alguna relación entre el PIB per cápita y la densidad poblacional de cada país hemos confeccionado una tabla que agrupa a los países por densidad. En este caso hemos ordenado los mismos desde los que tienen mayor densidad a los que tienen menor densidad. Como en el caso anterior hemos calculado nuevamente los porcentajes. La primera columna de los porcentajes nos indica la proporción de la población que habita en el país en función del total de África subsahariana. En la última columna, se encuentra nuevamente el valor acumulado en términos porcentuales.

En esta tabla se puede observar cómo nuevamente no hay relación directa entre la densidad poblacional y el PIB per cápita, ya que los países que encabezan la lista no son ni los más ricos de la región ni los más pobres, de forma que no hay un patrón que pueda identificar las necesidades económicas de un país en función de la densidad o de la cantidad de habitantes en términos absolutos. Esto es importante a tener en cuenta, debido a que hay que buscar una metodología alternativa para poder combinar densidades poblacionales que tienen economías de escala con nivel de pobreza o riqueza

a fin de poder obtener un ranking de cuáles son los países en donde se debería comenzar con el modelo de franquicias. Es importante tener en cuenta, como veremos con más detalle más adelante, que el servicio prestado resulte ser altamente eficiente y para ello es requisito imprescindible aprovechar las economías de escala.

País	Capital	Superficie	Población	PBI per cápita	Densidad	%	Acum %
		km2	habitantes	US\$			
Mauricio	Port Louis	2.040	1.240.827	13.615	608,25	0,16%	0,16%
Benín	Porto Novo	12.620	7.649.360	1.510	606,13	0,98%	1,14%
Ruanda	Kigali	26.338	8.648.248	1.022	328,36	1,11%	2,25%
Burundi	Buyumbura	27.830	8.988.091	393	322,96	1,15%	3,40%
Santo Tome y Príncipe	Santo Tome	1.001	193.413	1.822	193,22	0,02%	3,43%
Nigeria	Abuya	923.768	148.283.240	2.150	160,52	19,02%	22,45%
Gambia	Banjul	10.380	1.593.256	1.417	153,49	0,20%	22,65%
Cabo Verde	Praia	4.033	499.796	3.227	123,93	0,06%	22,72%
Malauí	Liongue	118.484	13.931.831	834	117,58	1,79%	24,50%
Uganda	Kampala	236.040	27.269.482	1.219	115,53	3,50%	28,00%
Ghana	Accra	239.460	23.382.848	2.601	97,65	3,00%	31,00%
Togo	Lome	56.785	5.153.088	1.600	90,75	0,66%	31,66%
Sierra Leona	Freetown	71.740	5.883.889	809	82,02	0,75%	32,42%
Lesoto	Maseru	30.355	2.031.348	2.163	66,92	0,26%	32,68%
Etiopía	Amárico	1.127.127	73.053.286	936	64,81	9,37%	42,05%
Costa de Marfil	Yamusukro	322.462	20.617.068	1.475	63,94	2,64%	44,69%
Senegal	Dakar	196.190	12.534.000	1.685	63,89	1,61%	46,30%
Suazilandia	Mbabane	17.363	1.104.343	4.965	63,60	0,14%	46,44%
Kenia	Nairobi	582.650	34.707.817	1.519	59,57	4,45%	50,89%
Burkina Faso	Uagadugú	274.200	13.491.736	1.189	49,20	1,73%	52,62%
Sudáfrica	Pretoria	1.219.912	49.320.000	5.680	40,43	6,33%	58,95%
Guinea-Bissau	Bissau	36.120	1.460.253	856	40,43	0,19%	59,14%
Tanzania	Dodoma	948.087	37.445.392	1.319	39,50	4,80%	63,94%
Eritrea	Asmara	121.320	4.669.638	747	38,49	0,60%	64,54%
Guinea	Conakry	245.857	9.452.670	1.986	38,45	1,21%	65,75%
Guinea Ecuatorial	Malabo	28.051	1.014.999	33.883	36,18	0,13%	65,88%
Camerún	Yaundé	475.440	16.988.132	2.284	35,73	2,18%	68,06%
Madagascar	Antananarivo	587.041	20.653.556	911	35,18	2,65%	70,71%
Zimbabue	Harare	390.580	12.236.805	365	31,33	1,57%	72,28%
Liberia	Monrovia	111.370	3.482.211	396	31,27	0,45%	72,73%
Mozambique	Maputo	799.380	21.284.701	886	26,63	2,73%	75,46%
Rep. Democrática del Congo	Kinshasa	2.345.410	60.764.490	675	25,91	7,79%	83,25%
Yibuti	Yibuti	23.000	476.703	2.323	20,73	0,06%	83,31%
Zambia	Lusaka	752.614	12.935.000	1.431	17,19	1,66%	84,97%
Sudan	Jartum	2.505.813	41.236.378	2.201	16,46	5,29%	90,26%
Angola	Luanda	1.246.700	17.747.679	8.900	14,24	2,28%	92,54%
Somalia	Mogadiscio	637.657	8.228.000	600	12,90	1,06%	93,59%
Níger	Niamey	1.267.000	15.306.252	676	12,08	1,96%	95,56%
Republica del Congo	Brazzaville	342.000	3.602.269	1.379	10,53	0,46%	96,02%
Mali	Bamako	1.240.000	11.415.261	1.187	9,21	1,46%	97,48%
Chad	Yamena	1.284.000	10.780.600	1.656	8,40	1,38%	98,86%
Republica Centroafricana	Bangui	622.984	3.683.538	758	5,91	0,47%	99,34%
Gabón	Libreville	267.667	1.500.000	14.436	5,60	0,19%	99,53%
Botsuana	Gaborone	600.370	1.640.115	6.869	2,73	0,21%	99,74%
Namibia	Windhoek	825.418	2.030.692	7.478	2,46	0,26%	100,00%

**Tabla N° 4. Elaboración propia sobre datos de UNECA (2010).**

### **3.1.2. Afecciones más comunes en África**

Antes de proseguir con el desarrollo del modelo de franquicia haremos un breve recuento de las afecciones más comunes y que tienen mayor impacto en el África subsahariana. El objetivo es tener claro los retos a los que nos vamos a enfrentar desde una perspectiva sanitaria. Como se mencionó anteriormente, las enfermedades se pueden clasificar en tres categorías generacionales (primera, segunda y tercera generación). En los siguientes apartados haremos un breve análisis de las enfermedades más comunes en África subsahariana y cuáles son los tratamientos disponibles para las mismas, de tal forma que este ejercicio sirva para evaluar los requerimientos necesarios a modelizar.

#### **3.1.2.1. Enfermedades de 1ª Generación**

Entre las enfermedades que se pueden agrupar en la clasificación de primera generación, y que se encuentran frecuentemente en África subsahariana, se cuentan el sarampión, la malaria y la poliomielitis.

##### ***3.1.2.1.1. El Sarampión***

Es una enfermedad vírica que resulta ser muy contagiosa ya que se propaga fácilmente, debido a que es transmitida por la inhalación de gotitas que se encuentran infectadas con el mixovirus. El virus es frágil a las variaciones de temperatura, humedad, iluminación y se inactiva con la mayoría de los agentes desinfectantes. El sarampión es endémico-epidémico en poblaciones de más de 300 mil habitantes. Pero para mantener la endemia debe de disponer de individuos susceptibles cada 14 días o 26 casos consecutivos por año, que serían las condiciones ideales de transmisión. El período de incubación es de 10 a 11 días. El contagio es muy alto, ya que bastan unos cuantos minutos para contraer la enfermedad por gotitas de flügge procedentes de las secreciones nasofaríngeas de los enfermos al hablar, toser o estornudar. La población más susceptible es la escolar y preescolar. Las personas que hayan

sido vacunadas correctamente o que ya hayan tenido la enfermedad, tienen la ventaja de tener los anticuerpos en su sistema, de forma que tienen inmunidad contra dicha afección. Antes de la vacunación generalizada, el sarampión era una enfermedad tan común en la infancia que la mayoría de las personas ya había padecido la enfermedad a la edad de 20 años. El número de casos de sarampión descendió en las últimas décadas a casi ninguno en los Estados Unidos y Canadá; sin embargo, las tasas han comenzado a elevarse de nuevo recientemente, debido a que algunos padres no permiten que sus hijos sean vacunados debido a temores infundados de que la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, podría causar autismo. En grandes estudios realizados en miles de niños no se ha encontrado conexión entre esta vacuna y el desarrollo de autismo. El hecho de no vacunar a los niños puede llevar a que se presenten brotes de sarampión, paperas y rubéola, todas las cuales son enfermedades de la infancia potencialmente graves que, a su vez, pueden tener complicaciones adicionales, de las cuales las más comunes son la Bronquitis, Encefalitis, Infección de Oído y Neumonía (Enciclopedia Británica, 2010).

Es importante tener en cuenta que no existe un tratamiento específico, por lo que los pacientes infectados deberán estar bajo una supervisión médica de apoyo, tratando de prevenir las complicaciones. Es por ello que la prevención resulta fundamental. Esta se consigue con la aplicación de vacuna de virus vivos atenuados al año de edad y se repite la dosis como refuerzo un año después. La vacuna de virus atenuados y en especial las cepas Schawars y Hileman inducen a la producción de anticuerpos en por lo menos el 97% de los niños, de forma que la vacunación de rutina es altamente efectiva en la prevención del sarampión. Las personas que no reciben la vacuna o que no la han recibido completa están en alto riesgo de contraer la enfermedad, aunque existe la posibilidad de tomar inmunoglobulina sérica 6 días después de la exposición al virus reduciendo el riesgo de desarrollar el sarampión o hacer que la enfermedad sea menos severa. Las vacunas contra el sarampión vivas atenuadas disponibles ahora internacionalmente son seguras, eficaces y relativamente baratas y pueden utilizarse indistintamente en programas de inmunización. Cuando la vacuna contra el sarampión es combinada con la

vacuna contra la rubéola o con las vacunas contra la parotiditis y la rubéola, la respuesta inmunitaria protectora de los componentes individuales no varía. El uso de este tipo de vacunas combinadas es ventajoso desde el punto de vista logístico y programático, y se recomienda en zonas con carga de morbilidad de parotiditis y rubéola altas, siempre que puedan mantenerse tasas de cobertura de vacunación superiores al 80% (OMS, 2010).

Uno de los motivos por los cuales se le da tanta importancia a la vacunación del sarampión es que, según estimaciones de la OMS, en el año 2000 la falta de la misma fue la causa de casi el 50% de los 1,7 millones de muertes producidas por esta enfermedad, pues muchas de estas muertes podían haber sido prevenidas con una sencilla vacunación. Hay que tener en cuenta que se registran entre 30 a 40 millones de casos de sarampión al año. Por otro lado, a través de grandes campañas de vacunación en varias regiones a nivel mundial, el virus ha sido eliminado en gran medida. Desde 2001 hasta el 2005, la OMS y UNICEF diseñaron un plan con el objetivo de reducir a la mitad la tasa bruta de mortalidad entre los niños de todo el mundo a través de los programas de vacunación, con especial incidencia en el sarampión. Si bien los datos exactos están aún pendientes, varios informes indican que este objetivo en gran medida se ha logrado (OMS, 2010).

Lo dicho anteriormente se justifica en función de los datos aportados por la organización mundial de la salud, que registró entre 1999 y 2003 una reducción global en la mortalidad por sarampión de un 39%, con permanencia de altas tasas de mortalidad en África y el sudeste de Asia. En el 2005 la Organización Mundial para la Salud formuló planes con el objetivo de que en el año 2010, se pudiera reducir en un 90% la mortalidad infantil por sarampión en todo el mundo. En la siguiente tabla se puede observar la evolución por regiones de la enfermedad. Además hemos calculado los porcentajes para poder sacar mejores inferencias sobre la evolución de la enfermedad.

Relación de casos de sarampión, estadísticas de la OMS								
Región	1980	%	1990	%	2000	%	2005	%
África	1.240.993	29,47%	481.204	35,02%	520.102	62,19%	316.224	54,32%
América	257.790	6,12%	218.579	15,91%	1.755	0,21%	1.900	0,33%
Mediterráneo Oriental	341.624	8,11%	59.058	4,30%	38.592	4,61%	15.069	2,59%
Europa	851.849	20,23%	234.827	17,09%	37.421	4,47%	37.332	6,41%
Sudeste de Asia	199.535	4,74%	224.925	16,37%	61.975	7,41%	83.627	14,36%
Pacífico Occidental	1.319.640	31,33%	155.490	11,32%	176.493	21,10%	128.016	21,99%
<b>En todo el mundo</b>	<b>4.211.431</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.374.083</b>	<b>100,00%</b>	<b>836.338</b>	<b>100,00%</b>	<b>582.168</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla N° 5. Relación de casos de sarampión por región. Elaboración propia en base a OMS 2010.**

Como se puede observar en la tabla precedente las afecciones por sarampión han disminuido de forma significativa en todo el mundo, pasando de 4.211.431 casos en 1980 a solo 582.168 casos en el año 2005. Cuando uno analiza la evolución relativa por regiones se puede observar que el desempeño ha sido muy dispar. En 1980 el 29,47% de los casos se registraban en el continente africano, mientras que la región del pacifico occidental se llevaba el 31,33% de los casos. La región con menos casos en términos relativos era la del sudeste de Asia con solo el 4,74% de los casos registrados por la OMS. Cuando analizamos el año 2005 se observa que la participación relativa de la mayoría de las regiones se ha visto reducida significativamente o no ha tenido un significativo aumento, siendo el continente africano la excepción (OMS, 2010).

Es importante tener en cuenta que la OMS publica datos para el continente africano y no para la región que resulta de nuestro interés. No obstante, consideramos que, debido a que los números representan valores poblacionales de toda la región, estos pueden ser usados para inferir sobre el comportamiento de una región en particular ya que esta última es lo suficientemente grande en proporción al total. Es decir, consideramos que la región es lo suficientemente amplia como para utilizar los datos poblacionales y proyectar los resultados a la región subsahariana.

Como se vio anteriormente, cuando uno analiza los números absolutos sobre la cantidad de casos de sarampión, los valores han tenido una importante bajada, aunque esa bajada no se ha registrado proporcionalmente

en todos las regiones por igual, de forma que se puede concluir que el continente africano ha tenido un desarrollo mucho menos favorable que las demás regiones. Es decir que las políticas aplicadas por los diversos organismos han sido menos favorables en el continente africano que en las demás regiones. Este es un dato a tener en cuenta, ya que, como veremos en detalle más adelante, esto justifica la implementación de mecanismos alternativos a los actuales en la región en análisis, debido a que los actuales resultados han ido en la dirección correcta aunque la velocidad ha sido mucho menor en relación a las demás regiones. Sobre todo resulta significativamente menor para la región de África subsahariana en cuanto a casos de sarampión (OMS, 2010).

#### **3.1.2.1.2. La poliomielitis**

Una de las enfermedades más fácilmente evitables por la existencia de una vacuna altamente efectiva es la poliomielitis, también llamada parálisis infantil por el hecho que las personas que contraen la enfermedad son mayoritariamente niños entre cinco y diez años. Esta enfermedad es altamente contagiosa y afecta principalmente al sistema nervioso. Se contagia de persona a persona a través de secreciones respiratorias o por la ruta fecal oral. El virus entra a través de la boca y la nariz, se multiplica en la garganta y en el tracto intestinal para luego ser absorbido y diseminarse a través de la sangre y el sistema linfático. El tiempo desde el momento de resultar infectado con el virus hasta el desarrollo de los síntomas de la enfermedad (incubación) oscila entre los 5 y 35 días con un promedio de 7 a 14 días. En las áreas donde hay un brote, las personas con mayor vulnerabilidad para contraer la enfermedad son los niños, las mujeres embarazadas y los ancianos. Esta enfermedad es más común en el verano y el otoño (OMS, 2010).

La mayoría de las infecciones de polio son asintomáticas. Solo en el 1 % de casos, el virus entra al sistema nervioso central (SNC) vía corriente sanguínea. Dentro del SNC, el poliovirus preferencialmente infecta y destruye las neuronas motoras. En su forma aguda causa inflamación en las neuronas

motoras de la médula espinal y del cerebro y lleva a la parálisis, atrofia muscular y muy a menudo deformidad.

Entre 1840 y 1950 la poliomielitis fue una epidemia mundial, pero desde que se desarrollaron las vacunas contra la polio, la incidencia de esta enfermedad se ha reducido enormemente. La polio ha sido erradicada en muchos países y ha habido muy pocos casos de la enfermedad en el hemisferio occidental desde finales de los años 70. Los brotes todavía ocurren en países desarrollados, generalmente en grupos de personas que no han sido vacunadas pero gracias a campañas de vacunación masiva y global durante los últimos 20 años, la polio se presenta frecuentemente sólo en unos cuantos países en África y Asia (OMS, 2010).

La enfermedad se clasifica en dos tipos, según los patrones básicos que presenta. Una de ellas es la infección subclínica, la otra se denomina clínica, que a su vez se subclasifica en no paralítica y paralítica. Aproximadamente el 95% de las infecciones son del tipo subclínicas que pueden no tener síntomas. La poliomielitis clínica afecta al sistema nervioso central es decir al cerebro y a la médula espinal, hay que tener en cuenta que se puede presentar el caso en el que tras una recuperación de una infección subclínica la persona tenga una enfermedad tipo clínica.

Debido a que la enfermedad no se presenta siempre de la misma manera, el pronóstico y la recuperación dependerán de la forma de la enfermedad y del sitio afectado. Si la médula espinal y el cerebro no están comprometidos, como ocurre en más del 90% de los casos, es probable una recuperación completa, en cambio si el cerebro y/o la médula espinal fueron atacados la persona puede sufrir algún tipo de parálisis o incluso la muerte, generalmente por dificultades respiratorias. Este último caso es menos común y por ende es más frecuente la discapacidad que la muerte. La infección en la parte alta de la médula espinal o en el cerebro incrementa el riesgo de problemas respiratorios. Los factores que aumentan el riesgo de infección por poliomielitis o que afectan la gravedad de la enfermedad incluyen la deficiencia inmune, la desnutrición, la actividad física inmediatamente después del inicio de la parálisis, lesiones del músculo esquelético debido a la inyección de las vacunas o agentes

terapéuticos, y el embarazo. A pesar de que el virus puede atravesar la placenta durante el embarazo, el feto no parece verse afectado por una infección materna o de la vacunación de la madre contra la poliomielitis. Además, los anticuerpos maternos atraviesan la placenta, proporcionando una inmunidad pasiva que protege al bebé de la infección de poliomielitis durante los primeros meses de vida (OMS, 2010).

Debido a que la enfermedad no sólo puede causar la muerte sino que puede tener consecuencias negativas para la persona durante toda su vida, se hace indispensable inmunizar a los niños con la vacuna contra la polio ya que esta previene de manera efectiva la poliomielitis en la mayoría de las personas. Lamentablemente la efectividad no llega al 100% aunque supera el 90% de los pacientes vacunados.

### **3.1.2.1.3. Malaria**

Una de las enfermedades debilitantes de mayor importancia causada por un parásito es la malaria, la cual afecta a más de 225 millones de personas por año. Hay que tener en cuenta que no hay un solo tipo de malaria sino que la enfermedad tiene varios tipos de gravedad, dependiendo también de la persona afectada. El término malaria proviene del italiano medieval *mala aria* (mal aire); en español se la llama también paludismo, del latín *palus*, (pantano). La enfermedad puede ser causada por una o varias según las diferentes especies de malaria. Los vectores de esta enfermedad son diversas especies del género *Anopheles*, que es un tipo de mosquito. Sólo las hembras de mosquitos transmiten la enfermedad debido a que sólo ellas pican para alimentarse con sangre para poder madurar los huevos; los machos no pican y por ende no pueden transmitir enfermedades, ya que únicamente se alimentan de néctares y jugos vegetales (OMS, 2010).

Una de las particularidades de la enfermedad es que el contagio entre personas es relativamente difícil, ya que la única forma posible de contagio directo entre humanos es que una mujer embarazada lo transmita por vía

transplacentaria al feto, o bien por la transmisión directa a través de la picadura de un mosquito. También es posible la transmisión por transfusiones sanguíneas de donantes que han padecido la enfermedad aunque esta vía no debería ocurrir si se toman las medidas de seguridad necesarias. Lamentablemente en el África subsahariana existen todavía casos en donde, por falta de medios, la sangre donada no es analizada tratando de evitar cualquier tipo de transmisión. En regiones, donde la malaria es altamente endémica, las personas son tan a menudo infectadas que desarrollan la "inmunidad adquirida", es decir que son portadores más o menos asintomáticos del parásito (OMS, 2010).

Lamentablemente la enfermedad aun no cuenta con una vacuna que tenga un nivel de efectividad lo suficientemente elevado para considerar a la enfermedad prevenible. Hay varios fármacos que han sido probados y son utilizados con el fin de evitar la infección. El primer fármaco o "vacuna" fue desarrollada por el Dr. Manuel Elkin Patarroyo. El mismo tiene una efectividad de entre un 40% y un 60% en adultos, y en niños un 77%. A pesar de no tener una alta efectividad, los porcentajes alcanzados en niños justifican la vacunación (OMS, 2010). En la actualidad son varios los equipos de investigadores de élite, entre ellos algunos españoles, que tratan de obtener una vacuna de amplio espectro para la malaria.

La enfermedad presenta síntomas muy distintos, aunque por lo general comienza con fiebre que genera escalofríos, sudoración y dolor de cabeza. La fiebre y los escalofríos son síntomas cíclicos, repitiéndose cada dos o tres días. Además se pueden presentar náuseas, vómitos, tos, heces con sangre, dolores musculares, ictericia, defectos de la coagulación sanguínea, shock, insuficiencia renal o hepática, trastornos del sistema nervioso central y coma.

Aproximadamente, de 2 a 3 millones de personas mueren al año de malaria, mientras que causa, a su vez, a unos 400 a 900 millones de personas casos de fiebre. Es decir que cada 15 segundos fallece una persona a causa de la malaria. En su gran mayoría de los casos las muertes ocurren en niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas que también son especialmente vulnerables. A pesar de los esfuerzos por reducir la transmisión

e incrementar el tratamiento, ha habido muy poca mejoría en las zonas que se encuentran en riesgo de la enfermedad desde 1992. De hecho, si la prevalencia de la malaria continúa en su curso de permanente aumento, la tasa de mortalidad puede duplicarse en los próximos veinte años. Las estadísticas precisas se desconocen porque muchos casos ocurren en áreas rurales, donde las personas no tienen acceso a hospitales o a recursos para garantizar cuidados de salud. Como consecuencia, la mayoría de los casos permanece indocumentada (OMS, 2010).

Puesto que no existe una vacuna, es fundamental generar una conciencia, a través de la educación, acerca de cómo reconocer la enfermedad lo antes posible y cómo prevenir la procreación de mosquitos en áreas urbanas. El reconocimiento de los síntomas de la malaria ha reducido el número de casos en algunas zonas del mundo en desarrollo hasta en un 20%. Reconocer la enfermedad en las primeras etapas también puede evitar que cause muertes. La educación también puede informar a la gente para cubrir más áreas de aguas estancadas. Por ejemplo, los tanques de agua son caldo de cultivo ideal para el parásito y el mosquito. Por lo tanto, una forma de reducir el riesgo de la transmisión entre las personas es eliminar los recipientes o tanques con agua estancada.

### **3.1.2.2. Enfermedades 2ª generación**

Una de las enfermedades más antiguas es la tuberculosis, también denominada por el mundo sanitario como TBC. La TBC es una enfermedad infecciosa y puede ser causada por diversas especies del género. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Otras micobacterias pueden causar también la tuberculosis, pero estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano. Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede también verse afectando el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, los huesos, articulaciones y aun la piel.

Dentro de los síntomas que se presentan más frecuentemente se encuentran la tos con flema por un periodo que supera los 20 días. Además puede ocurrir que las mismas contengan sangre, fiebre, sudoración nocturna, mareos momentáneos, escalofríos y pérdida de peso. Si la infección afecta a otros órganos por volverse sistémica, aparecen otros síntomas. La resistencia microbiana a los antibióticos usados para el tratamiento de la tuberculosis se está volviendo un creciente problema en casos de tuberculosis extensamente resistente a multi-fármacos. La prevención de la tuberculosis radica en programas de rastreo y vacunación, usualmente con *Bacillus Calmette-Guérin* también llamada BCG (OMS, 2010).

Según el informe que publicó la OMS en el año 2010 se estimó que 1,6 millones de personas murieron en el año 2009 a causa de la TBC. El informe destaca que la incidencia de TBC sigue aumentando en el mundo, pero que la tasa de mortalidad y prevalencia están disminuyendo a pesar del aumento de la cantidad de casos.

La mejor forma de prevenir la enfermedad es mediante la vacuna BCG que se aplica a los niños en el primer mes de vida. Además se recomienda tener una vida sana e higiénica, siendo a su vez indispensable identificar oportunamente a los enfermos y tratarlos para evitar el contagio a otras personas. En muchos países se usa la vacuna BCG como parte de los programas de control de la tuberculosis, especialmente en niños. Esta vacuna fue desarrollada en el Instituto Pasteur de Francia entre los años 1905 y 1921. La eficacia en la protección de la BCG en formas graves de tuberculosis como la meningitis en niños menores de 4 años es grande y está alrededor del 80%; su eficacia en adolescentes y adultos es más variable, estando entre el 0 y el 80%.

### **3.1.2.3. Enfermedades 3ª generación**

#### **3.1.2.3.1. Sida**

Una de las enfermedades clasificadas y denominadas de tercera generación es el sida, que significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es una enfermedad que afecta a los humanos que han sido infectados por el virus denominado VIH que a su vez se ha desarrollado dentro del organismo, de tal manera que el sistema inmunológico de la persona se encuentra fuertemente debilitado. Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodeficiencia provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida desde el punto de vista técnico. Se dice que una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre (OMS, 2010).

El VIH se puede transmitir de varias formas, pero esencialmente se encuentra en los siguientes fluidos corporales: sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna y puede ser por lo tanto transmitido cuando alguno de estos fluidos corporales penetra por alguna vía a nuestro sistema. En la actualidad, la manera más común en que se transmite el VIH es a través de actividad sexual desprotegida y al compartir agujas entre usuarios de drogas inyectables. El virus también puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo, hecho que se ha llamado transmisión vertical. En el pasado también se transmitió el sida a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso compartido de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, con excepciones de casos en regiones pobres, debido a la falta de controles realizados sobre estos productos.

El VIH es un lentivirus sumamente frágil. No puede sobrevivir fuera de los humores o tejidos humanos por mucho tiempo y no puede penetrar la piel (Lampsey y otros, 2006).

La persona que tiene en su sistema el virus VIH y que no es tratada con los medicamentos adecuados sufre un progresivo debilitamiento de sus defensas, es decir de su sistema inmunológico. Este es el inicio del desarrollo de infecciones de todo tipo. Entre ellas se encuentran las causadas por bacterias, los hongos y los virus que no encuentran resistencia al entrar al sistema. En muchos casos los microorganismos responsables están presentes desde antes, pero desarrollan una enfermedad sólo cuando dejan de ser contenidos por los mecanismos de inmunidad celular que el VIH destruye. Ninguna de estas enfermedades agrede sólo a los VIH positivos, pero algunas eran casi desconocidas antes de la epidemia de VIH y en muchos casos las variantes que acompañan o definen al sida son diferentes por su desarrollo o su epidemiología (OMS, 2010).

Debido a que inicialmente se pensaba que se trataba de una enfermedad que se transmitía solo entre los homosexuales, la enfermedad pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en este grupo y esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Actualmente la enfermedad puede ser tratada, aunque no se puede curar, y hasta la fecha no existe tampoco una vacuna contra la enfermedad. Debido a la disponibilidad de tratamientos denominados antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, aunque la enfermedad sea crónica, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado.

Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina, pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión. La persona infectada por el VIH es denominada «seropositiva»

o «VIH positivo» (VIH+) y a los no infectados se les llama «seronegativos» o «VIH negativo» (VIH-). Según la OMS, la mayoría de las personas seropositivas no saben que lo son (OMS, 2010).

Debido al avance de la ciencia médica y farmacológica, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad ha aumentado significativamente de forma que se ha logrado, sobre todo en los países occidentales, un índice de infección con VIH ligeramente menor a años anteriores. Esto es debido, en gran medida, a la adopción de prácticas de sexo seguro y, en menor medida, a la existencia de distribución gratuita de jeringuillas y campañas para educar a los usuarios de drogas inyectables acerca del peligro de compartir las jeringuillas. La difusión de la infección en los heterosexuales ha sido un poco más lenta de lo que originalmente se temía, posiblemente porque el VIH es ligeramente menos transmisible por las relaciones sexuales vaginales, cuando no hay otras enfermedades de transmisión sexual presentes, que lo que se creía un principio.

Lamentablemente, los avances en el nivel de conocimiento y en la prevención no han tenido efectos en la mayoría de los países subdesarrollados, en particular en la zona central y sur de África, ya que las malas condiciones económicas de algunos países han impedido lograr una adecuada educación sexual y el empleo en los centros de salud de jeringuillas ya usadas da como resultado un altísimo índice de infección.

En algunos países más de un cuarto de la población adulta es VIH-positiva; solamente en Botsuana el índice llega al 35,8%. Según el informe de la OMS de 2011, sólo en 2007 hubo casi 4,7 millones de infecciones en dicha región. Otros países donde el sida está causando estragos son Nigeria y Etiopía, con 2,7 y 1,4 millones de infectados en el año 2005, respectivamente. Por otro lado, en países como Uganda, Zambia y Senegal se han iniciado programas de prevención para reducir sus índices de infección con VIH, con distintos grados de éxito (OMS, 2010).

No todas las exposiciones al VIH tienen el mismo riesgo de contraer el virus. En la siguiente tabla se pueden observar estimativamente los riesgos que se originan en función de la exposición que se tiene frente al virus.

<b>Tipo de exposición al virus VIH</b>	<b>Posibilidad de infección en 10.000</b>	<b>%</b>
Transfusión de sangre	9.000	90,00%
Parto	2.500	25,00%
Compartir aguja usada para consumo de droga	67	0,67%
Pinchazo percutáneo	30	0,30%
Coito anal receptivo	50	0,50%
Coito anal insertado	6,5	0,07%
Coito vaginal receptivo	10	0,10%
Coito vaginal insertado	5	0,05%
Felación receptiva	1	0,01%
Felación insertada	0,5	0,01%

**Tabla N° 6. Elaboración propia en base a estudio OMS 2010.**

Es importante tener en cuenta que la única causa por la cual se transmite la enfermedad es a través del intercambio de fluidos corporales, especialmente las secreciones genitales como el semen y el flujo vaginal pero en mayor medida la enfermedad tiene más probabilidades de ser transmitida por la sangre, como se puede observar en el cuadro. El virus VIH no se puede transmitir por la respiración, la saliva, el contacto casual por el tacto, dar la mano, abrazar, besar en la mejilla o compartir utensilios como vasos, tazas o cucharas.

En cambio es teóricamente posible que el virus se transmita entre personas a través del beso boca a boca, si ambas personas tienen llagas sangrantes o encías llagadas, pero ese caso no ha sido documentado y además es considerado muy improbable, ya que la saliva contiene concentraciones mucho más bajas que por ejemplo el semen, y también porque la saliva tiene propiedades antivirales que hacen que destruya al VIH. La infección por VIH por las relaciones sexuales ha sido comprobada de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre.

El uso de preservativos de látex se recomienda para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración. Es importante enfatizar que se debe usar el preservativo hecho del material látex, pues otra tipología que existe en el mercado, hecho a base de material orgánico, no tiene el mismo grado de efectividad para la prevención. El preservativo tiene una tasa estimada del 90-95% de efectividad para evitar el embarazo o el contagio de enfermedades, y usado correctamente, esto es, bien conservado, abierto con cuidado y correctamente colocado, es el mejor medio de protección contra la transmisión del VIH. Se ha demostrado repetidamente que el VIH no pasa efectivamente a través de los preservativos de látex intactos (OMS, 2010).

Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales son poco comunes entre personas sin inmunodeficiencia. La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras a la infección.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH (ONUSIDA, 2008).

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres. Esas etapas son las siguientes:

- Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves,

tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas en esta etapa ya presentan sida.

- Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.

El VIH generalmente tarda una década en desarrollarse antes de convertirse en SIDA, por lo que hay un retraso largo desde que se contrae la infección hasta que empiezan a aparecer los síntomas. Entre los síntomas iniciales se encuentran la fatiga crónica, la diarrea, la fiebre, la pérdida de peso, la tos continua, las erupciones en la piel, el herpes y otras infecciones orales, la inflamación de los nódulos linfáticos, y la pérdida de memoria u otras deficiencias de salud mental.

El SIDA casi siempre es mortal sin tratamiento, aunque unas pocas personas han sobrevivido la enfermedad hasta 20 años sin ser tratadas. Los regímenes actuales de medicamentos, como la terapia antirretroviral sumamente activa, ralentizan la reproducción del virus en el organismo. Ese menor índice de duplicación viral disminuye la carga del sistema inmunológico, con lo que hay menos enfermedades oportunistas y los pacientes pueden vivir más y con mejor calidad de vida.

La OMS recomienda que inicien el tratamiento todos los adolescentes y adultos infectados por el VIH que se encuentren en la etapa IV o que tengan un nivel menor de 200 células T CD4 positivas por mm<sup>3</sup> de sangre, así como algunas personas que se encuentran en la etapa III.

La prevalencia del VIH/SIDA en África se está estabilizando e incluso disminuye en algunos países (por ejemplo, Malawi, Namibia y Ruanda). Sin embargo, África meridional aún es el epicentro con 35% de nuevas infecciones de VIH y 38% de muertes ocasionadas por el SIDA en 2007.

La financiación mundial destinada a programas de lucha contra el SIDA aumentó a US\$8.900 millones en 2007, pero sigue habiendo considerables

déficits de programa y de financiación que impiden lograr el ansiado acceso universal a la medicación.

Las iniciativas de tratamiento se están acelerando y más de 2,1 millones de africanos reciben hoy tratamiento antirretroviral (ART, por sus siglas en inglés), aunque la cifra aún dista mucho del objetivo de acceso universal de 80%. Además, 16 países alcanzaron una cobertura superior al 25% gracias a la iniciativa de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PMTCT, por sus siglas en inglés) y cuatro lograron una cobertura de 50% por medio de ART (Botsuana y Namibia superan el 75%). Sin embargo, las nuevas infecciones superan el acceso a ART: por cada persona que inicia la terapia, 2 ó 3 se infectan (Lamprey 2006).

Los esfuerzos de prevención en parte están dando frutos, pues se han notado cambios de conducta, fundamentalmente entre los jóvenes. Esta realidad es incuestionable en Benín, Burkina Faso, Burundi, Costa de Marfil, Kenia, Lesoto, Malawi, Namibia, Ruanda, Suazilandia, Togo, Tanzania, Zambia y Zimbabue.

Varios países informan de un aumento de nuevas infecciones (por ejemplo, Lesoto, Mozambique, Botsuana, Kenia y Uganda) y conductas de alto riesgo que podrían dar lugar a un rebrote de la epidemia. Dado que no existe una cura o vacuna contra el SIDA, la prevención sigue siendo primordial para responder a este mal de manera eficaz.

En los países altamente afectados, el VIH ha sobrecargado los sistemas de salud pública y abrumado a los proveedores de atención sanitaria, así como la infraestructura y los presupuestos de sanidad por encima de su capacidad. Pero el SIDA es mucho más que una crisis de salud. Sus efectos se hacen sentir en casi todas las dimensiones de la vida económica y social, especialmente en los países más afectados.

El VIH y el SIDA dejan sin empleados a la fuerza laboral, sin sostén económico y atención a las familias y sin maestros a las comunidades. El fortalecimiento de los sistemas de salud continúa siendo un desafío y existe la

urgente necesidad de abordar las limitaciones en materia de recursos humanos, la debilidad de la cadena de abastecimiento y la falta de capacidad de gestión fiduciaria y de protección de los trabajadores de la salud.

En las regiones más afectadas las mejoras en salud que tanto costó lograr en los últimos 50 años han sido minimizadas por la muerte y discapacidad que causa el SIDA. La enfermedad está obstaculizando el progreso a nivel de familia, de las comunidades y de las naciones. En los países seriamente azotados también se ven amenazados el crecimiento económico y la estabilidad política.

El África subsahariana tiene poco más del 10% de la población mundial, pero alberga a más del 60% de todas las personas que viven con el VIH que suman unos 25,4 millones. Se estima que en 2004 unos 3,1 millones de personas en la región contrajeron la infección, mientras que 2,3 millones fallecieron a causa del SIDA. Entre los jóvenes de 15-24 años, se calcula que el 6,9% de las mujeres y el 2,2% de los varones vivían con el VIH a finales de 2004 (ONUSIDA; 2005).

En toda la región, las mujeres están desproporcionadamente afectadas por el VIH. En conjunto, casi el 57% de adultos que viven con el VIH en África subsahariana son mujeres y niñas. Las tres cuartas partes de todas las mujeres que viven con el VIH en el mundo se encuentran en esta región.

En África subsahariana las mujeres jóvenes tienen más probabilidades de infectarse con el VIH que los hombres jóvenes. En promedio, hay 13 mujeres que viven con el VIH por cada 10 varones infectados, y la diferencia continúa creciendo. En la mayoría de los países el VIH está infectando a las mujeres en edades más tempranas que a los varones.

Las mujeres jóvenes de 15-24 años representan la mayor parte de las nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana. Algunos estudios recientes de base poblacional señalan que hay un promedio de 36 mujeres jóvenes que viven con el VIH por cada 10 varones jóvenes infectados.

África meridional sigue siendo la subregión más afectada del mundo, y Sudáfrica tiene el mayor número de personas que viven con el VIH en el mundo entero. Por desgracia, todavía no hay signos de remisión de la epidemia.

La esperanza de vida al nacer ha disminuido por debajo de los 40 años en nueve países africanos: Botsuana, Lesoto, Malawi, Mozambique, República Centroafricana, Ruanda, Suazilandia, Zambia y Zimbabue. Todos ellos están gravemente afectados por el SIDA. En Zimbabue, la esperanza de vida al nacer era de 34 años en 2003, en comparación con 52 años en 1990.

Algunos países de África oriental, como Etiopía, Kenia y Uganda, muestran signos de descensos en los niveles de infección por el VIH. La disminución más acusada se observa en Uganda, donde la prevalencia nacional pasó del 13% a principios de los años 1990 al 4,1% a final de 2003. (ONUSIDA, 2005).

El alto índice de infecciones del VIH entre las mujeres, especialmente en África subsahariana, expone a los niños a mayor riesgo de contraer la infección, incluso antes de nacer. En 16 países del África subsahariana al menos el 5% de las mujeres embarazadas entre las edades de 15 y 24 años que asistieron a clínicas prenatales entre 2001 y 2003 eran seropositivas, menos del 10% recibieron tratamiento para prevenir la transmisión materno-infantil. Sin medidas preventivas aproximadamente una tercera parte de los niños que nacen de madres seropositivas contraen el VIH.

ONUSIDA estima que 2,3 millones de niños vivían con el VIH a finales de 2005. Menos del 5% de los niños que necesitan tratamiento pediátrico contra el SIDA lo reciben.

Como ya hemos comentado con anterioridad, la tuberculosis está volviendo a surgir en muchas partes del mundo. En África subsahariana hasta el 70% de los pacientes de tuberculosis están infectados por el VIH. El SIDA y la tuberculosis interactúan acelerando su progresión mutua. Y es precisamente la tuberculosis la principal causa de muerte entre las personas infectadas por

el VIH y representa aproximadamente el 13% de las muertes de las personas con SIDA. La mayor parte de las personas infectadas con tuberculosis, pero no con el VIH, se mantienen sanas y sólo entre el 5 y el 10% acaban con casos de tuberculosis activa; pero el VIH hace que la tuberculosis se vuelva activa, es decir infecciosa. Una persona con tuberculosis pulmonar activa puede infectar a un promedio de entre 10 y 15 personas cada año, si no recibe tratamiento.

El VIH también hace que la tuberculosis sea más difícil de diagnosticar. Las personas con VIH o SIDA con frecuencia adquieren formas de tuberculosis resistentes a diferentes medicamentos y que pueden detectarse únicamente mediante pruebas de laboratorio especiales, que no suelen estar a disposición de los países de bajo ingreso. La tuberculosis puede curarse en personas con VIH, pero el tratamiento es mucho más caro y generalmente requiere un régimen estricto de medicamentos durante aproximadamente seis meses. La adhesión estricta a este tratamiento suele ser difícil para las personas en países en desarrollo, donde el acceso a atención sanitaria es limitado.

Esta ha sido una breve visión de las principales enfermedades a las que nos enfrentamos. Desde el punto de vista del ejercicio que vamos a realizar, vamos a modelizar una ayuda asistencial con una serie de costes sanitarios muy específicos. Sin embargo no deberíamos olvidarnos de la variante formativa y preventiva en nuestro servicio y, pese a que estas últimas sean más difícilmente cuantificables, tendrán una importancia nuclear en el día a día de nuestra franquicia social.

### **3.2. Un Modelo de Franquicia Social**

Hasta ahora hemos visto varios casos de franquicias que se están aplicando en distintos lugares del mundo. En esta sección lo que haremos es desarrollar un modelo simple de una franquicia social aplicable a una región de África subsahariana.

Es bien sabido que lamentablemente los recursos son escasos. No entraremos en discusiones éticas de si la actual asignación es la correcta o la más deseable. Es por ello que se hace necesario efectuar un ranking de prioridades que nos indique los países en los cuales es conveniente comenzar a aplicar nuestro modelo de franquicia social.

Para poder elaborar el ranking de países más necesitados nos hemos basado en un índice que hemos elaborado atendiendo a dos indicadores. El primer indicador utilizado es el de PIB per cápita. El segundo indicador es el de la densidad poblacional que tiene el país. La utilización del PIB per cápita, a pesar de tener importantes limitaciones, se justifica por el siguiente razonamiento: A medida que el PIB en los países es más elevado las personas cuentan con más recursos para poder asignar una mayor proporción de estos a gastos en salud, mientras que cuanto más bajo es ese indicador menos recursos están disponibles.

A pesar de que el PIB per cápita es un promedio e ignora la dispersión entre ricos y pobres, este efecto resulta menos importante si el país cuenta con un sistema de salud donde todos aportan en cierta manera una proporción de sus ingresos, de forma que los más ricos subvencionan a los más pobres el servicio de salud. Somos conscientes que este razonamiento tiene sus limitaciones y que muchas veces en la práctica los mecanismos diseñados no funcionan correctamente.

Por una parte, hay que tener en cuenta que, en términos absolutos, los costes en dólares son similares para los mismos tratamientos salvo diferencias muy importantes en el coste de los recursos humanos, de forma que se hace

más importante aplicar programas de ayuda a países que cuentan con menos recursos por habitante.

Por otra parte, la densidad de población nos está indicando la concentración de la población en un espacio geográfico. Esto es vital para poder asignar recursos, ya que hay economías de escala en las zonas más densamente pobladas cuando se trata de los costes fijos. Este hecho, denominado en economía como transferencia de costes fijos, resulta de vital importancia para una mejor asignación de los recursos escasos.

Por último, resulta más efectivo tratar a las personas donde la densidad poblacional es mayor, ya que muchas enfermedades se contagian de hombre a hombre.

Hemos combinado entonces esos dos indicadores en un único valor o coeficiente que hemos construido dividiendo el PIB per cápita por la densidad poblacional. A medida que el coeficiente disminuye el mismo nos estaría indicando que el PIB per cápita es más pequeño y a su vez la densidad población es proporcionalmente mayor, de forma que es más eficiente comenzar por aquellos países que resultan tener un coeficiente menor. En la siguiente tabla hemos ordenado a los países en función de los cálculos efectuados.

País	Capital	Superficie	Población	Idioma	PBI per cápita	Densidad	Coef.	%	Acum %
		km2	habitantes		US\$				
Burundi	Buyumbura	27.830	8.988.091	Francés	393	322,96	1,22	1,15%	1,15%
Benín	Porto Novo	12.620	7.649.360	Francés	1.510	606,13	2,49	0,98%	2,13%
Ruanda	Kigali	26.338	8.648.248	Francés	1.022	328,36	3,11	1,11%	3,24%
Malawi	Liongue	118.484	13.931.831	Inglés	834	117,58	7,09	1,79%	5,03%
Gambia	Banjul	10.380	1.593.256	Inglés	1.417	153,49	9,23	0,20%	5,23%
Santo Tome y Príncipe	Santo Tome	1.001	193.413	Portugués	1.822	193,22	9,43	0,02%	5,26%
Sierra Leona	Freetown	71.740	5.883.889	Inglés	809	82,02	9,86	0,75%	6,01%
Uganda	Kampala	236.040	27.269.482	Inglés	1.219	115,53	10,55	3,50%	9,51%
Zimbabue	Harare	390.580	12.236.805	Inglés	365	31,33	11,65	1,57%	11,08%
Liberia	Monrovia	111.370	3.482.211	Inglés	396	31,27	12,67	0,45%	11,53%
Nigeria	Abuya	923.768	148.283.240	Inglés	2.150	160,52	13,39	19,02%	30,55%
Etiopia	Amárico	1.127.127	73.053.286	Amárico	936	64,81	14,44	9,37%	39,92%
Togo	Lome	56.785	5.153.088	Francés	1.600	90,75	17,63	0,66%	40,58%
Eritrea	Asmara	121.320	4.669.638	Árabe	747	38,49	19,41	0,60%	41,18%
Guinea-Bissau	Bissau	36.120	1.460.253	Portugués	856	40,43	21,17	0,19%	41,37%
Mauricio	Port Louis	2.040	1.240.827	Inglés	13.615	608,25	22,38	0,16%	41,53%
Costa de Marfil	Yamusukro	322.462	20.617.068	Francés	1.475	63,94	23,07	2,64%	44,17%
Burkina Faso	Uagadugú	274.200	13.491.736	Francés	1.189	49,20	24,16	1,73%	45,90%
Kenia	Nairobi	582.650	34.707.817	Suajili	1.519	59,57	25,50	4,45%	50,35%
Madagascar	Antananarivo	587.041	20.653.556	Francés	911	35,18	25,89	2,65%	53,00%
Cabo Verde	Praia	4.033	499.796	Portugués	3.227	123,93	26,04	0,06%	53,07%
Rep. Democrática del Congo	Kinshasa	2.345.410	60.764.490	Francés	675	25,91	26,05	7,79%	60,86%
Senegal	Dakar	196.190	12.534.000	Francés	1.685	63,89	26,37	1,61%	62,47%
Ghana	Accra	239.460	23.382.848	Inglés	2.601	97,65	26,64	3,00%	65,47%
Lesoto	Maseru	30.355	2.031.348	Sesotho	2.163	66,92	32,32	0,26%	65,73%
Mozambique	Maputo	799.380	21.284.701	Portugués	886	26,63	33,28	2,73%	68,46%
Tanzania	Dodoma	948.087	37.445.392	Inglés	1.319	39,50	33,40	4,80%	73,26%
Somalia	Mogadiscio	637.657	8.228.000	Somalí	600	12,90	46,50	1,06%	74,32%
Guinea	Conakry	245.857	9.452.670	Francés	1.986	38,45	51,65	1,21%	75,53%
Níger	Niamey	1.267.000	15.306.252	Francés	676	12,08	55,96	1,96%	77,49%
Camerún	Yaundé	475.440	16.988.132	Francés	2.284	35,73	63,92	2,18%	79,67%
Suazilandia	Mbabane	17.363	1.104.343	Inglés	4.965	63,60	78,06	0,14%	79,81%
Zambia	Lusaka	752.614	12.935.000	Inglés	1.431	17,19	83,26	1,66%	81,47%
Yibuti	Yibuti	23.000	476.703	Francés	2.323	20,73	112,08	0,06%	81,53%
Republica Centrafricana	Bangui	622.984	3.683.538	Francés	758	5,91	128,20	0,47%	82,01%
Mali	Bamako	1.240.000	11.415.261	Francés	1.187	9,21	128,94	1,46%	83,47%
Republica del Congo	Brazzaville	342.000	3.602.269	Francés	1.379	10,53	130,92	0,46%	83,93%
Sudan	Jartum	2.505.813	41.236.378	Inglés	2.201	16,46	133,75	5,29%	89,22%
Sudáfrica	Pretoria	1.219.912	49.320.000	Inglés	5.680	40,43	140,49	6,33%	95,55%
Chad	Yamena	1.284.000	10.780.600	Francés	1.656	8,40	197,23	1,38%	96,93%
Angola	Luanda	1.246.700	17.747.679	Portugués	8.900	14,24	625,19	2,28%	99,21%
Guinea Ecuatorial	Malabo	28.051	1.014.999	Español	33.883	36,18	936,41	0,13%	99,34%
Botsuana	Gaborone	600.370	1.640.115	Inglés	6.869	2,73	2514,42	0,21%	99,55%
Gabón	Libreville	267.667	1.500.000	Francés	14.436	5,60	2576,03	0,19%	99,74%
Namibia	Windhoek	825.418	2.030.692	Inglés	7.478	2,46	3039,59	0,26%	100,00%

Tabla N° 7. Relación de países africanos. Elaboración propia

Se puede observar que los países que resultan tener coeficientes menores son en primer lugar Burundi, luego Benín, Ruanda, Malawi y Gambia. Según a esta tabla los países por donde se debería comenzar a implementar nuestra franquicia social, que desarrollaremos con mayor detalle a continuación, son los antes mencionados.

La región elegida será el departamento de Zou en Benín, con un población rural mayoritaria, de unos 850 mil habitantes, donde según la President's Malaria Initiative (PMI) de 2013, cerca del 100% de la población está expuesta a la Malaria. A continuación se detallarán los costes asociados a una unidad sanitaria, el objetivo a futuro, sería extrapolar el modelo de franquicia social a una primera remesa de cinco unidades sanitarias, por lo que tendrán que verse multiplicados por cinco todos los costes asociados.

### **3.2.1. El Modelo**

Básicamente el modelo consta de tres actores bien diferenciados. Por un lado se encuentra la ONG sin fines de lucro que tiene un fin y objetivos bien preestablecidos, los cuales se encuentran bien detallados en la siguiente sección. El segundo actor en este trinomio está conformado por los donantes y por los potenciales donantes que la ONG puede llegar a tener en el futuro. La tarea principal es lograr que las empresas y los distintos entes gubernamentales aporten fondos a esta organización, no sólo por la buena causa sino que más que nada porque esta ONG logra utilizar los recursos de forma más eficiente para los fines que fue creada, en relación a otras organizaciones que por diversos motivos han sido menos eficientes.

Por último se encuentran los que solicitan a la ONG la asignación de una unidad sanitaria para que estos puedan desarrollar el propósito, que a futuro denominaremos franquiciados.

Es importante que se tenga en cuenta que una ONG sin ánimo de lucro no significa que los participantes no reciban una remuneración acorde a su capacidad y su responsabilidad. Para que nuestra franquicia social tenga éxito es indispensable que los siguientes puntos estén bien definidos:

- Definición del objetivo de la franquicia social.
- Definir un presupuesto acorde con los donantes.
- Identificar el Servicio Sanitario con sus oferentes y perceptores
- Identificación de los demás integrantes del Servicio Sanitario
- Inspección y control de calidad de la franquicia
- Características de la franquicia
- Sostenibilidad de la franquicia

#### **3.2.1.1. Definición del objetivo de la franquicia social**

El fin de la franquicia social es mejorar el acceso de la población del lugar a un servicio básico sencillo de salud para aquellas personas que carecen de recursos suficientes para acceder al servicio requerido. Para lograr ese fin se han planteado los siguientes objetivos específicos.

- Efectuar una campaña de vacunación para los menores de edad contra todas las enfermedades que sean prevenibles. Entre ellos la poliomielitis, sarampión y tuberculosis.
- Brindar asistencia básica para la población que no cuente con los recursos ni medios para asistir a una consulta médica.
- Entrega de medicamentos básicos a los pacientes de la unidad sanitaria (antibióticos, otros medicamentos, complejos vitamínicos).
- Brindar información y cursos a la población alrededor de la unidad sanitaria para concienciar sobre aspectos de conductas de higiene, prevención de enfermedades y aspectos nutricionales.

- Formación de capital humano con los conocimientos de la problemática de la unidad sanitaria y regional.
- Lograr un nivel de satisfacción del personal, evitando una alta rotación y migración hacia otros centros médicos, tanto laboralmente como económicamente.

Es importante reconocer que al no tratarse de un programa vertical de asistencia, no existen fondos monográficos para cubrir el coste de determinados medicamentos tales como retrovirales. El objetivo es dotar a la unidad asistencial de un programa horizontal que cubra diversos frentes sanitarios, entre otros motivos porque no queremos incurrir en el llamado Inequality in disease, o que los menos favorecidos incurran en un mayor riesgo de enfermar para garantizarse una mejor asistencia sanitaria. El objetivo último del modelo es armar un sistema horizontal de asistencia sanitaria, y a través de este lograr el fortalecimiento global del sistema avanzando para todos no centrándose en un único objetivo sanitario.

### **3.2.1.2. Un presupuesto acorde con los donantes**

El siguiente paso es identificar el presupuesto en función de los potenciales donantes. En este punto hemos elaborado un presupuesto que nos indica aproximadamente los recursos necesarios para poder cumplir con los objetivos que hemos detallado en el punto anterior. La elaboración de un buen presupuesto es fundamental para las distintas etapas de planificación, ejecución y posterior control. Debido a que nuestro análisis se efectúa para una región y el presupuesto proyectado requiere ser ajustado por inflación, nos hemos encontrado con varios inconvenientes. El primero es con respecto al IPC a aplicar. El IPC se calcula para cada nación y se aplica en algunos países para ajustar valores que se encuentran expresados en moneda doméstica. Debido a que estamos hablando de una región y no a un país, no es factible usar un IPC doméstico ya que cada país que se encuentra en la región tiene realidades económicas diferentes y monedas diferentes, por lo que el análisis se hace mucho más complejo. Aunque existen IPC regionales que son publicados por diversos organismos, desde un punto de vista estadístico

tampoco es la mejor opción a usar. El usar una IPC regional, que estaría conformado por una variedad de monedas africanas, tampoco sería adecuado para ajustar salarios expresados en diversas divisas. Además de ser incorrecto desde el punto de vista económico tiene sus inconvenientes estadísticos al confeccionar un único valor, que es lo que perseguimos con nuestro modelo.

Lo que se hace normalmente en este tipo de modelización es utilizar la moneda de curso legal de Estados Unidos, sobre todo cuando el objetivo es comparar unidades de distintos países. Esta metodología no está libre de inconvenientes pero resulta ser la que mejor se aproxima a la realidad. Por lo tanto para ajustar valores expresados en dólares se debe utilizar un IPC en dólares. En general ese IPC es el de Estados Unidos y ronda históricamente el 2% anual. El lector se podría preguntarse qué tiene que ver la inflación de Estados Unidos con la de África. La respuesta a este punto tiene base en que debido a que el comercio internacional aun se efectúa en su mayoría en dólares, todos los bienes comerciables, es decir los que se comercian en el mundo, tienen su cotización en dólares, sobre todo las *commodities*, que a su vez tienen un precio único. Los bienes comerciables son todos los bienes y servicios que se pueden comerciar en el mundo y los más comunes son los *commodities*, pero hay otros como los vehículos y maquinarias que, a pesar de no tener un precio único, tienen un mercado competitivo que tienden a que así sea.

Los demás bienes que no están sujetos a transacciones son los denominados no comerciables y el ejemplo más clásico es la de un corte de pelo. Es decir, todos los bienes y servicios que no se pueden comerciar entre países o regiones. Estos dos conceptos son fundamentales para entender el mecanismo del mercado laboral y su influencia en el nivel de precio. En general, un factor que es determinante en la riqueza de un país y de sus habitantes es la productividad del trabajador en promedio. Esto es, cuanto más puede producir un trabajador en el menor plazo, más podrá percibir como ingreso. Normalmente los países desarrollados tienen procesos productivos mucho más sofisticados que los países pobres, al poseer una mejor tecnología, de forma que cada trabajador logra producir una mayor cantidad de bienes que sus pares en los países menos desarrollados. Para poder competir las empresas establecidas en los países en desarrollo, debido a que son menos productivas,

deben pagar menores salarios. Como los salarios en el sector comerciable tienen que ser iguales a los salarios en el sector no comerciable, el sector comerciable es el que a largo plazo determina los salarios en una economía. Por lo general los países en desarrollo tienen tasas de inflación más elevadas, de forma que los salarios aumentan en términos nominales más rápidamente que los países desarrollados. Este aumento de los salarios, para que sea sostenible en el sector comercial debe estar acompañado por un aumento de la productividad, a fin de que no implique un aumento en los costes de producción. Por lo general el aumento de la productividad es menor a los avances en productividad de los países desarrollados, de forma que para poder mantener los costes bajos en términos internacionales, la moneda doméstica tiene que ir depreciándose o pasar por una devaluación según el tipo de cambio, con el fin de mantener los precios en moneda constantes. En un país, cuanto más alta sea la inflación, más elevada será la tasa de depreciación, es decir que ambas variables van de la mano de forma que en dólares la relación debe permanecer relativamente constante, en el largo plazo.

Hay que tener en cuenta que en el corto o medio plazo puede ocurrir que las relaciones no sean exactas, pero a largo plazo convergen, siempre y cuando tengamos en cuenta la inflación en dólares. Es por ello que la inflación o IPC a aplicar debe ser la norteamericana ajustada por la mejora relativa de la productividad. Debido a que esta es baja en términos anuales y su cálculo resulta sumamente complejo para los países de la región, ajustaremos únicamente por la inflación, siendo el error poco relevante para nuestro propósito.

Para poder atender a los pacientes se requiere de un establecimiento que cuente con las instalaciones necesarias para poder atender a las personas. Tanto desde el punto de vista teórico como práctico hay dos posibilidades que se pueden realizar. Por un lado está la posibilidad de alquilar un inmueble y acondicionarlo de forma tal que sea de utilidad para realizar las actividades.

La otra posibilidad, más costosa, tanto en tiempo como desde el punto de vista de costes monetario, es la construcción del inmueble con las características necesarias para poder realizar las tareas de forma más eficiente.

Esta segunda posibilidad, aunque en el corto plazo es más costosa, resulta más atractiva, debido a la menor dependencia de terceros, y al mismo tiempo da una mayor estabilidad a futuro.

Por lo dicho anteriormente, optamos entonces por esta segunda opción. Según nuestros cálculos estimativos hemos confeccionado la siguiente tabla en donde se puede observar la inversión o Capex (Capital Expenditure) inicial, necesaria para poder construir un establecimiento sanitario, estas cuantías podrían conllevar cierta mejora por economías de escala al establecer cinco unidades sanitarias.

<b>2011</b>			
<b>Cantidades</b>	<b>Detalle</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Monto Total en US\$</b>
1	Terreno	7.500	7.500
1	Inmuebles	25.000	25.000
1	Muebles y Útiles	2.500	2.500
1	Equipos	5.500	5.500
1	Vehículo	9.000	9.000
1	Instalaciones	5.500	5.500
	<b>Total</b>		<b>55.000</b>

Tabla N° 8. Detalle de inversiones por unidad sanitaria para el año 2011. Elaboración propia.

Como se puede observar, la adquisición del terreno, la construcción del inmueble y la compra de los equipos necesarios para el desarrollo de la actividad suponen un coste total de aproximadamente US\$ 55.000. Hay que tener en cuenta que este coste incluye un vehículo que pertenece a la unidad

sanitaria para poder transportar a los profesionales a zonas rurales en donde se asistirá periódicamente a los habitantes rurales. Hemos supuesto que las inversiones para los siguientes dos años son nulas, debido a que el inmueble no debería requerir inversiones adicionales y el Capex de mantenimiento sería próximo a cero. Para el tercer año hemos supuesto que tanto el equipo, el inmueble y el vehículo requerirán una inversión para mantener la estructura operativa. Los valores estimados se pueden observar en el siguiente cuadro.

<b>2014</b>			
<b>Cantidades</b>	<b>Detalle</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Monto Total en US\$</b>
0	Terreno	0	0
1	Inmuebles	2.500	2.500
1	Muebles y Útiles	1.250	1.250
1	Equipos	6.000	6.000
1	Vehículo	2.500	2.500
1	Instalaciones	2.750	2.750
	<b>Total</b>		<b>15.000</b>

Tabla N° 9. Detalle de inversiones por unidad sanitaria para el año 2014. Elaboración propia.

La inversión necesaria asciende aproximadamente a US\$ 15.000 en el año 2014 para mantener la unidad en condiciones óptimas. Esta inversión no sólo resulta necesaria para mantener la unidad en buenas condiciones con el fin de poder realizar las tareas, sino que también por una cuestión de imagen hacia los pacientes, que deben sentirse no solo medianamente cómodos en el lugar sino que es indispensable que el lugar inspire confianza a las personas.

Ahora bien, no solo el lugar físico debe motivar a las personas a concurrir al establecimiento, sino que la parte humana es fundamental. Casi podemos decir que es la clave para conquistar la confianza de las personas y por ello resulta aun más vital que la parte material. Es decir que el equipo médico no sólo tiene que tener conocimientos técnicos, sino que el trato con las personas debe ser muy bueno por lo dicho anteriormente. Para ello la selección del equipo debe ser muy rigurosa por parte del franquiciador.

Para nuestro caso hemos efectuado los cálculos con un equipo médico conformado por 12 personas. Es decir, que cada unidad sanitaria está compuesta por un médico de cabecera que, a su vez, es el jefe de la unidad, dos médicos clínicos adicionales, 6 enfermeras con amplios conocimientos de la problemática zonal y tres médicos residentes. La unidad sanitaria tiene 3 turnos de 4 horas cada uno, es decir, que el primer turno comienza a las 8 de la mañana y concluye a las 12 del mediodía, el segundo turno comienza a las 12 horas y concluye a las 16 horas. El último turno comienza a las 16 horas y concluye a las 20 horas. En cada turno se encuentran presente un medico clínico, dos enfermeras y un estudiante de medicina próximo a concluir sus estudios.

Para las demás estimaciones hemos supuesto una semana laboral de 5 días. Dos días por semana la instalación permanece cerrada. Para las estimaciones también hemos supuesto que el mes está compuesto por 4 semanas, es decir que la cantidad de días laborales se estarían subestimando, lo cual sería así si no existieran las vacaciones. De esta forma las estimaciones son correctas ya que los días que faltan para completar el año natural en definitiva son los que corresponden a las vacaciones del personal y las mismas implican que en el periodo vacacional uno de los tres turnos dejará de funcionar. Es decir, que en el primer turno de las vacaciones un medico clínico, dos enfermeras y un médico residente dejan de trabajar en función del turno que entra en vacaciones.

En la siguiente tabla hemos estimado los costos del funcionamiento de una sala en cuanto a los recursos necesarios para el personal en cuanto a su remuneración.

Nº	Cargo del Personal	Sueldo Básico	Total Mensual	Totales Anuales
1	Jefe Unidad Sanitaria	1.400	1.400	18.200
2	Médicos Clínicos	1.225	2.450	31.850
6	Enfermeras	648	3.888	50.544
3	Médicos Residentes	613	1.839	23.907
<b>12</b>	<b>Total</b>	<b>3.886</b>	<b>9.577</b>	<b>124.501</b>

Tabla N° 10. Detalle de gasto de personal por unidad sanitaria para el año 2012. Elaboración propia.

En la primera columna se encuentra detallada la cantidad de personal contratado por el franquiciador, en la segunda columna se encuentra detallado el cargo. Hay que tener en cuenta que el jefe de la unidad sanitaria no es otra cosa que un médico clínico con rango de encargado de la unidad y en definitiva el responsable ante el franquiciador. Es importante recordar que el encargado de la unidad es el que solicita el derecho a obtener la responsabilidad sobre la unidad sanitaria y que él es el encargado de confeccionar su equipo que es presentado ante el franquiciador y este evalúa la conveniencia o no de aprobar el equipo.

Como se puede observar en la tabla siguiente, el coste anual total de cada unidad sanitaria asciende a un total de US\$ 124.501 anuales. Ahora bien, debido a que se trata de un proyecto de 5 años, -periodo de duración de la franquicia-, aunque con posibilidad de ser renovada, hemos efectuado una proyección de los salarios en función de los aumentos que consideramos lógicos a nivel internacional ya que los salarios están expresados en dólares. En la siguiente tabla se puede observar cómo ha evolucionado el coste total de los recursos humanos en función de la división contable tradicional. Se puede observar que el coste total pasa de US\$ 124.501 en el año 2012 a US\$ 132.465 en el año 2016. Ese incremento corresponde al aumento en la estimación de costes. La evolución se puede observar en la tabla siguiente.

Asumiendo como veremos más adelante, que el coste de personal supone el 52% del total costes totales por servicios prestados incurridos, podríamos fijar que el tope salarial para mantener la viabilidad de la franquicia no debería superar el 60% de la partida total de costes. Por otra parte entendemos que en países emergentes donde la inflación es mucho más elevada que un 2%, el mantener motivado al equipo médico con revisiones salariales anuales escasas pudiera convertirse en un problema y por tanto en una limitación del modelo. Como medida paliativa de este efecto se podrían plantear modelos de retribución variable, si bien estos nunca deberían ir vinculados al número de visitas efectuadas, sino a la estabilidad en el puesto del trabajo o un bajo nivel de absentismo en el puesto de trabajo.

<b>Estimación de Costes</b>						
<b>Detalle</b>		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Total Costes</b>		<b>162.532</b>	<b>166.303</b>	<b>169.284</b>	<b>171.617</b>	<b>174.327</b>
	<i>Costes de Personal</i>	124.501	126.991	128.896	130.507	132.465
	<i>Gastos de Administración</i>	15.485	16.117	16.569	16.836	17.150
	<i>Gastos de Comercialización</i>	22.546	23.195	23.819	24.274	24.712

**Tabla N° 11. Evolución de gastos en recursos humanos por categoría contable desde 2012 hasta 2016. Elaboración propia.**

<b>Aumentos Salariales</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Costes de Personal</i>	0,00%	2,00%	1,50%	1,25%	1,50%
<i>Gastos de Administración</i>	0,00%	2,00%	1,50%	1,25%	1,50%
<i>Gastos de Comercialización</i>	0,00%	2,00%	1,50%	1,25%	1,50%

**Tabla N° 12. Evolución de aumentos porcentuales aplicados a los recursos humanos por categoría contable desde 2012 hasta 2016. Elaboración propia.**

Según nuestros cálculos hemos estimado que se pueden atender hasta cuatro personas por hora de promedio. Por otro lado, hemos estimado también que se puede atender a seis personas por hora que no requieren de un médico clínico sino más bien de asistencia menor, la cual puede ser brindada por las enfermeras o por el médico que está efectuando la residencia, siendo los casos típicos los de vacunación o consultas menores. Con estas hipótesis, la sala tiene una capacidad de atender aproximadamente a 10 personas por hora, siempre y cuando no se trate de personas que requieran los servicios del médico clínico de cabecera.

En función de lo dicho anteriormente cada sala cuenta con una capacidad anual de suministrar y aplicar aproximadamente 17.280 vacunas y de brindar un a atención a aproximadamente 11.520 consultas. Si sumamos ambos conceptos obtenemos un total de 28.800 consultas anuales. Esto implica un coste medio por consulta de US\$ 9,58. Estos cálculos son preliminares y serán ampliados con mayor detalle en secciones siguientes. Antes de proseguir es importante hacer una aclaración que consideramos importante en relación a las vacunas y la cantidad de pacientes que las reciben.

Con respecto a las vacunas hay que tener en cuenta que, sobre todo los recién nacidos, requieren en el primer año más de una vacunación. Esto implica que un paciente debe hacer uso de la sala en más de una ocasión y por consiguiente debe hacer más de una consulta. Atendiendo al promedio de vacunas que requieren los niños en el primer año, la capacidad de atención se reduce a 1.150 niños por año. Es decir que las unidades deben ser distribuidas en función a dicho cálculo de forma que puedan atender, de promedio, esa cantidad de niños. Es decir que hay que hacer un estudio previo de la tasa de crecimiento de infantil con que cuenta cada región, ciudad y barrio.

Un cálculo que muchas veces es dejado de lado, por no implicar en el tiempo un consumo de capital continuo y real, es el de las amortizaciones. Desde el punto de vista contable lo correcto es amortizar las inversiones realizadas en el tiempo en función de la vida útil de los bienes de uso que se adquirieron. Es por ello que anualmente lo correcto es computar a los gastos y costes, efectuados en el transcurso del año, las amortizaciones.

Para calcular dichos gastos hemos confeccionado, a modo de ejemplo, las siguientes tablas que se ajustan a nuestro modelo de unidad sanitaria. En el primer cuadro se puede observar el desglose de los bienes de usos y sus respectivos valores de origen para cada año. Este valor se ajusta en función de ventas y/o mayores inversiones (Capex). Estos movimientos se pueden observar en la segunda tabla.

<b>Valor Origen</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Terreno</i>	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
<i>Inmuebles</i>	25.000	25.000	25.000	25.000	27.500	27.500
<i>Muebles y Útiles</i>	2.500	2.500	2.500	2.500	3.750	3.750
<i>Equipos</i>	5.500	5.500	5.500	5.500	11.500	11.500
<i>Vehículo</i>	9.000	9.000	9.000	9.000	11.500	11.500
<i>Instalaciones</i>	5.500	5.500	5.500	5.500	8.000	8.000
<b>Total</b>	<b>55.000</b>	<b>55.000</b>	<b>55.000</b>	<b>55.000</b>	<b>69.750</b>	<b>69.750</b>

Tabla N° 13. Detalle de valor origen bienes de uso desde 2011 hasta 2016. Elaboración propia.

<b>Altas y Bajas</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Terreno</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Inmuebles</i>	0	0	0	2.500	0	0
<i>Muebles y Útiles</i>	0	0	0	1.250	0	0
<i>Equipos</i>	0	0	0	6.000	0	0
<i>Vehículo</i>	0	0	0	2.500	0	0
<i>Instalaciones</i>	0	0	0	2.500	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12.250</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Tabla N° 14. Detalle de altas y bajas bienes de uso desde 2011 hasta 2016. Elaboración propia.

<b>V. ajustado de Altas y Bajas</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Terreno</i>	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
<i>Inmuebles</i>	25.000	25.000	25.000	27.500	27.500	27.500
<i>Muebles y Útiles</i>	2.500	2.500	2.500	3.750	3.750	3.750
<i>Equipos</i>	5.500	5.500	5.500	11.500	11.500	11.500
<i>Vehículo</i>	9.000	9.000	9.000	11.500	11.500	11.500
<i>Instalaciones</i>	5.500	5.500	5.500	8.000	8.000	8.000
<b>Total</b>	<b>46.000</b>	<b>46.000</b>	<b>46.000</b>	<b>58.250</b>	<b>58.250</b>	<b>58.250</b>

Tabla N° 15. Detalle de valor ajustado de bienes de uso desde 2011 hasta 2016. Elaboración propia.

En la tercera tabla se encuentran los valores de origen ajustados por los movimientos que tuvo cada cuenta dentro de la partida bienes de uso. Se puede observar que los valores se mantienen constantes hasta el año 2014, que coincide con el año en donde se efectúan mayores inversiones para

mantener la estructura operativa en buenas condiciones (Capex de mantenimiento).

En la siguiente tabla se puede observar cómo se ha efectuado el cálculo del valor de las amortizaciones, y es importante tener en cuenta que no todas las partidas se amortizan de igual manera. La cuota utilizada se encuentra en términos porcentuales detallada en cada cuenta. Hemos supuesto que durante el año 2011 se efectúan las inversiones y que en el mismo año 2012 las operaciones comienzan a desarrollarse. Es por eso que las amortizaciones se calculan a partir del año 2012.

<b>Amortizaciones del Periodo</b>		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Terreno	0%	0	0	0	0	0
Inmuebles	2%	500	500	550	550	550
Muebles y Útiles	10%	250	250	375	375	375
Equipos	10%	550	550	1.150	1.150	1.150
Vehículo	20%	900	900	1.150	1.150	1.150
Instalaciones	10%	550	550	800	800	800
<b>Total</b>		<b>1.850</b>	<b>1.850</b>	<b>2.875</b>	<b>2.875</b>	<b>2.875</b>

Tabla N° 16. Cálculo de amortizaciones por cuenta desde año 2012 hasta 2016

Para estimar el valor residual de los activos se hace necesario imputar el valor de las amortizaciones a cada cuenta que compone la partida de bienes de usos.

En la siguiente tabla se puede observar cómo cada cuenta evoluciona en el tiempo. En la cuenta que registra dichos movimientos figura lo que se denominan amortizaciones acumuladas. El valor del bien queda totalmente amortizado cuando el valor residual es 0.

<b>Amortizaciones Acumuladas</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Terreno	0	0	0	0	0
Inmuebles	500	1.000	1.550	2.100	2.650
Muebles y Útiles	250	500	875	1.250	1.625
Equipos	550	1.100	2.250	3.400	4.550
Vehículo	900	1.800	2.950	4.100	5.250
Instalaciones	550	1.100	1.900	2.700	3.500
<b>Total Amortizaciones Acumulado</b>	<b>1.850</b>	<b>3.700</b>	<b>6.575</b>	<b>9.450</b>	<b>12.325</b>

Tabla N° 17. Detalle de evolución de amortizaciones acumuladas desde 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

El valor residual se obtiene restando del valor de origen el valor de las amortizaciones acumuladas. Dicho cálculo se encuentra detallado en la siguiente tabla.

<b>Valor Residual</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Terreno</i>	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
<i>Inmuebles</i>	24.500	24.000	25.950	25.400	24.850
<i>Muebles y Útiles</i>	2.250	2.000	2.875	2.500	2.125
<i>Equipos</i>	4.950	4.400	9.250	8.100	6.950
<i>Vehículo</i>	8.100	7.200	8.550	7.400	6.250
<i>Instalaciones</i>	4.950	4.400	6.100	5.300	4.500
<b>Total Bienes de Uso</b>	<b>44.150</b>	<b>42.300</b>	<b>51.675</b>	<b>48.800</b>	<b>45.925</b>

Tabla N° 18. Detalle de evolución del valor residual desde 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

Por último hemos distribuido los valores calculados para las amortizaciones en tres categorías: la primera es la de costes de servicios, la segunda es la que se computa a gastos de administración, el último concepto es el de gastos de comercialización. Para nuestro caso hemos distribuido el valor de las amortizaciones de la siguiente manera:

- Costes de Servicios prestados: 85%
- Gastos de Administración: 10%
- Gastos de Comercialización: 5%

En el siguiente cuadro se encuentra el detalle de la distribución efectuada desde el 2012 hasta 2016, desde el punto de vista contable.

<b>Centro de Costes</b>		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Coste de Servicios</i>	85%	1.573	1.573	2.444	2.444	2.444
<i>Administrativos</i>	10%	185	185	288	288	288
<i>Comercialización</i>	5%	93	93	144	144	144
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>1.850</b>	<b>1.850</b>	<b>2.875</b>	<b>2.875</b>	<b>2.875</b>

Tabla N° 19. Detalle de distribución efectuada desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

Hasta ahora nos hemos centrado en los recursos que son necesarios para el desarrollo de la actividad desde el punto de vista de recursos humanos y la estimación del nivel de inversión y su distribución en el tiempo. Ahora bien, el siguiente paso sería estimar la cantidad de recursos que son necesarios para poder realizar las tareas en las que la unidad sanitaria está destinada.

Para ello hemos efectuado primero una estimación de los recursos necesarios para contar con un stock adecuado, en función de la capacidad de la unidad sanitaria. En la siguiente tabla se encuentran detalladas las estimaciones efectuadas para el año 2012. Para los demás años hemos utilizado el valor obtenido y ajustado por precio y cantidad, como veremos con mayor detalle más adelante.

Vacunas	2012		
	Cantidades	Precio Unitario	Total US\$
<i>BCG</i>	1.150	1,05	1.207,50
<i>Hepatitis B (HB)</i>	3.448	0,39	1.344,72
<i>Cuádruple (DPT-HIB)</i>	3.448	3,5	12.068,00
<i>Sabin (OPV)</i>	3.448	1,7	5.861,60
<i>Triple Bacteriana (DTP)</i>	1.150	3,25	3.737,50
<i>Triple Viral (SRP)</i>	1.150	2,24	2.576,00
<i>Doble Viral (SR)</i>	1.150	1,85	2.127,50
<i>Doble Bacteriana (DT)</i>	1.150	1,58	1.817,00
<i>Hepatitis A (HA)</i>	1.150	7,39	8.498,50
<b>Total</b>	<b>17.244</b>		<b>39.238,32</b>

Tabla N° 20. Estimación de costes de vacunación por tipo de vacuna para el año 2012.  
Elaboración propia.

Como se puede observar el coste de adquirir estas vacunas implica una inversión de US\$ 39.238,3. Para la estimación de dicho valor hemos utilizado los supuestos aplicados al comienzo de esta sección, en donde estimábamos que la capacidad de vacunación era de 17.280 unidades. La distribución de las distintas vacunas dependió de la cantidad de dosis que necesita tener una vacunación para que resulte efectiva.

En la siguiente tabla hemos resumido la información de la tabla anterior y además hemos agregado otros conceptos, estimando las cantidades total en materiales y consumos necesarios para poder realizar las tareas a las cuales la unidad sanitaria está destinada.

<b>Estimación Costes</b>					
<b>Detalle de Costes</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Total de Vacunas</i>	17.244	17.244	17.934	18.292	18.658
<i>Total de Preservativos</i>	15.000	15.000	15.750	16.380	17.035
<i>Total de Anticonceptivos (tableta mensual)</i>	2.500	2.500	2.575	2.652	2.705
<i>Total de Material descartable jeringuillas</i>	25.000	25.000	25.750	26.265	26.790
<i>Gasas por 10 unidades</i>	2.000	2.000	2.100	2.205	2.293
<i>Total de Antibióticos (tableta para 8 días)</i>	3.000	3.000	3.120	3.245	3.342
<i>Suplementos Vitamínicos (100 comprimidos)</i>	1.500	1.500	1.650	1.815	1.960
<i>Otros medicamentos</i>	3.500	3.500	3.780	4.082	4.327
<i>Otros materiales descartables</i>	25.000	25.000	27.000	29.160	30.910

**Tabla N° 21. Detalle de cantidades de insumos e materiales necesario desde el 2012 hasta 2016.**

Elaboración propia.

Para poder estimar la cuantía necesaria, hemos investigado los valores aproximados de los productos detallados en la tabla. Hay que tener en cuenta que estos valores son estimativos y no exactos ya que no incluyen el coste de transporte. No obstante, consideramos que los mismos son útiles para hacer una buena aproximación de los valores.

<b>Detalle Costes en US\$ por concepto</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Costo Promedio Vacunas (Ver cuadro Vacunas)</i>	2,28	2,32	2,36	2,39	2,43
<i>Costo Preservativos</i>	0,28	0,28	0,28	0,29	0,29
<i>Costo Anticonceptivos (tableta mensual)</i>	4,00	4,08	4,14	4,20	4,27
<i>Jeringuillas descartables</i>	0,25	0,26	0,26	0,26	0,27
<i>Gasas</i>	1,25	1,28	1,29	1,31	1,33
<i>Costo Promedio Antibióticos</i>	6,75	6,89	6,99	7,09	7,20
<i>Suplementos Vitamínicos</i>	7,55	7,70	7,82	7,93	8,05
<i>Otros medicamentos</i>	6,55	6,68	6,78	6,88	6,99
<i>Otros materiales descartables</i>	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59

**Tabla N° 22. Detalle de valores de insumos e materiales necesario desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.**

En la siguiente tabla se encuentran detallados los valores obtenidos en cuanto a recursos necesarios para adquirir los materiales de la unidad sanitaria.

<b>Costes Total por Artículo en US\$</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Vacunas</i>	39.238	40.023	42.248	43.740	45.284
<i>Preservativos</i>	4.125	4.208	4.484	4.733	4.997
<i>Anticonceptivos (tableta mensual)</i>	10.000	10.200	10.664	11.148	11.542
<i>Material descartable jeringuillas</i>	6.250	6.375	6.665	6.900	7.144
<i>Gasas por 10 unidades</i>	2.500	2.550	2.718	2.896	3.057
<i>Antibióticos (tableta para 8 días)</i>	20.250	20.655	21.803	23.016	24.062
<i>Suplementos Vitamínicos</i>	11.325	11.552	12.897	14.400	15.785
<i>Otros medicamentos</i>	22.925	23.384	25.633	28.099	30.232
<i>Otros materiales descartables</i>	13.750	14.025	15.374	16.853	18.132
<b>Total Costes en US\$</b>	<b>130.363</b>	<b>132.971</b>	<b>142.486</b>	<b>151.785</b>	<b>160.234</b>

Tabla N° 23. Detalle de costes en US\$ de insumos e materiales necesario desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

Como se habrá observado, los valores en las tablas anteriores sufren aumentos en la mayoría de los casos con respecto al año anterior. Este aumento se debe, en algunos casos, a una mayor cantidad y, en otros, a incrementos de precios por la inflación en el lugar de origen de adquisición. Este punto es muy importante dado que estimamos incrementos en el índice de precios al consumo del país donde se compran (Estados Unidos, o Unión Europea), no del país de destino. En la siguiente tabla se encuentran detallados todos los porcentajes aplicados para efectuar los incrementos antes mencionados.

<b>Detalle (Tasa de Crecimiento)</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Vacunas</i>	0,00%	0,00%	4,00%	2,00%	2,00%
<i>Preservativos</i>	0,00%	0,00%	5,00%	4,00%	4,00%
<i>Anticonceptivos (tableta mensual)</i>	0,00%	0,00%	3,00%	3,00%	2,00%
<i>Material descartable jeringuillas</i>	0,00%	0,00%	3,00%	2,00%	2,00%
<i>Gasas por 10 unidades</i>	0,00%	0,00%	5,00%	5,00%	4,00%
<i>Antibióticos (tableta para 8 días)</i>	0,00%	0,00%	4,00%	4,00%	3,00%
<i>Suplementos Vitamínicos</i>	0,00%	0,00%	10,00%	10,00%	8,00%
<i>Otros medicamentos</i>	0,00%	0,00%	8,00%	8,00%	6,00%
<i>Otros materiales descartables</i>	0,00%	0,00%	8,00%	8,00%	6,00%
<i>Inflación</i>	0,00%	2,00%	1,50%	1,50%	1,50%

Tabla N° 24. Detalle de ajustes en cantidades y precios efectuados desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

Desde el punto de vista contable los gastos y costes se diferencian en tres categorías. Es por ello que hemos efectuado la misma clasificación en función de la asignación del gasto.

<i>Detalle</i>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Total Amortizaciones</b>	<b>1.850</b>	<b>1.850</b>	<b>2.875</b>	<b>2.875</b>	<b>2.875</b>
<i>Costes de Servicios Prestados</i>	1.573	1.573	2.444	2.444	2.444
<i>Gastos de Administración</i>	185	185	288	288	288
<i>Gastos de Comercialización</i>	93	93	144	144	144

Tabla N° 25. Detalle de amortizaciones efectuada desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

<i>Detalle</i>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Total Recursos Humanos</b>	<b>124.501</b>	<b>126.991</b>	<b>128.896</b>	<b>130.507</b>	<b>132.465</b>
<i>Costes de Servicios Prestados</i>	103.448	105.516	107.099	108.438	110.065
<i>Gastos de Administración</i>	9.100	9.282	9.421	9.539	9.682
<i>Gastos de Comercialización</i>	11.954	12.193	12.375	12.530	12.718

Tabla N° 26. Detalle de recursos humanos asignadas desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

En la siguiente tabla se encuentra detallado el total de costes de los servicios prestados a los pacientes, incluyendo las amortizaciones incurridas

<b>Estimación de Costes</b>					
<i>Detalle</i>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Costes de Servicios Prestados</b>	<b>237.883</b>	<b>242.710</b>	<b>254.829</b>	<b>265.617</b>	<b>275.842</b>
<i>Costes Materiales</i>	130.363	132.971	142.486	151.785	160.234
<i>Amortizaciones</i>	1.573	1.573	2.444	2.444	2.444
<i>Recursos Humanos</i>	103.448	105.516	107.099	108.438	110.065
<i>Luz</i>	1.050	1.100	1.150	1.200	1.250
<i>Agua</i>	1.450	1.550	1.650	1.750	1.850

Tabla N° 27. Detalle de Costes de servicios desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

En la siguiente tabla se encuentran detallados todos los componentes que han sido computados como gastos de administración y no corresponden ni a gastos de comercialización ni a costes de servicios prestados.

<b>Estimación de Costes</b>					
<i>Detalle</i>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Gastos de Administración</b>	<b>15.485</b>	<b>16.117</b>	<b>16.569</b>	<b>16.836</b>	<b>17.150</b>
<i>Luz</i>	850	850	860	860	880
<i>Amortizaciones</i>	185	185	288	288	288
<i>Recursos Humanos</i>	9.100	9.282	9.421	9.539	9.682
<i>Telefonía y Internet</i>	1.500	1.750	1.800	1.850	1.900
<i>Útiles de Oficina</i>	2.350	2.400	2.450	2.500	2.550
<i>Otros</i>	1.500	1.650	1.750	1.800	1.850

Tabla N° 28. Detalle de gastos de administración desde el 2012 hasta 2016. Elaboración propia.

El principio aplicado a las tablas anteriores es aplicable a la siguiente, en donde se detallan los gastos de comercialización.

<b>Estimación de Costes</b>					
<i>Detalle</i>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Gastos de Comercialización</b>	<b>22.546</b>	<b>23.195</b>	<b>23.819</b>	<b>24.274</b>	<b>24.712</b>
<i>Luz</i>	1.200	1.300	1.450	1.500	1.550
<i>Telefonía e Internet</i>	500	650	700	750	800
<i>Amortizaciones</i>	93	93	144	144	144
<i>Recursos Humanos</i>	11.954	12.193	12.375	12.530	12.718
<i>Combustible</i>	3.500	3.550	3.600	3.650	3.700
<i>Útiles de Oficina</i>	800	850	900	950	1.000
<i>Gastos de Publicidad (folletos)</i>	4.500	4.560	4.650	4.750	4.800

**Tabla N° 29. Detalle de gastos de comercialización efectuada desde el 2012 hasta 2016.**

Elaboración propia.

En la siguiente tabla hemos agrupado todos los costes y gastos efectuados en tres categorías. Los valores surgen de las tablas que hemos ido viendo hasta ahora. Se puede observar que el coste total para prestar el servicio asciende a un total de US\$ 269.016 por año.

Dicho coste se incrementa en todos los años por el efecto de la inflación y a partir del año 2014 por el aumento en la cantidad de pacientes tratados. Hay que recordar que a partir del año 2014 se efectúan inversiones adicionales ampliando la capacidad de atención.

<b>Estimación de Costes</b>					
<i>Detalle</i>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Total Costes</b>	<b>275.914</b>	<b>282.022</b>	<b>295.217</b>	<b>306.727</b>	<b>317.704</b>
<i>Costes de Servicios Prestados</i>	237.883	242.710	254.829	265.617	275.842
<i>Gastos de Administración</i>	15.485	16.117	16.569	16.836	17.150
<i>Gastos de Comercialización</i>	22.546	23.195	23.819	24.274	24.712
<b>Total Costes Fijos</b>	<b>6.898</b>	<b>7.051</b>	<b>7.380</b>	<b>7.668</b>	<b>7.943</b>
<b>Total Costes Variables</b>	<b>269.016</b>	<b>274.971</b>	<b>287.837</b>	<b>299.059</b>	<b>309.761</b>

**Tabla N° 30. Detalle de gastos clasificados por categorías contables desde el año 2012 hasta el año 2016. Elaboración propia.**

Por último hemos confeccionado una cuenta de resultados en donde se encuentran detallados todos los componentes que pertenecen a la actividad de la propuesta sanitaria durante los ejercicios estimados. Para nuestro caso no hay ingresos, ya que todos los servicios son gratuitos.

En la última línea del estado de flujos hemos detallado el coste promedio que requiere atender a cada paciente en función de las 28.800 consultas proyectadas. Para el primer año el coste promedio de atender cada consulta es de US\$ 9,58 por persona. No hay que olvidarse que es un promedio ya que obviamente habrá consultas que supondrán el consumo de mayores recursos que otras. Es importante llevar un control de los valores para observar cualquier desviación con respecto a lo proyectado y al histórico.

<b>Cuenta de Resultados</b>					
<b>Detalle</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Ingresos por Servicios Prestados</i>	0	0	0	0	0
<i>Coste Servicios Prestados</i>	237.883	242.710	254.829	265.617	275.842
<b>Utilidad Bruta</b>	<b>-237.883</b>	<b>-242.710</b>	<b>-254.829</b>	<b>-265.617</b>	<b>-275.842</b>
<i>Gastos de Administración</i>	15.485	16.117	16.569	16.836	17.150
<i>Gastos de Comercialización</i>	22.546	23.195	23.819	24.274	24.712
<b>Resultado Operativo (EBIT)</b>	<b>-275.914</b>	<b>-282.022</b>	<b>-295.217</b>	<b>-306.727</b>	<b>-317.704</b>
<i>Resultados Financieros</i>	0	0	0	0	0
<b>Resultado antes de Imp. (EBT)</b>	<b>-275.914</b>	<b>-282.022</b>	<b>-295.217</b>	<b>-306.727</b>	<b>-317.704</b>
<i>Impuestos</i>	0	0	0	0	0
<b>Resultados del Ejercicio</b>	<b>-275.914</b>	<b>-282.022</b>	<b>-295.217</b>	<b>-306.727</b>	<b>-317.704</b>
<b>Coste por Paciente</b>	<b>-9,58</b>	<b>-9,79</b>	<b>-10,25</b>	<b>-10,65</b>	<b>-11,03</b>

Tabla N° 31. Estado de resultados desde el 2012 hasta el 2016. Elaboración propia.

Así pues, mas allá de la frialdad de los números resultantes en una cuenta de resultados, vemos que con la primera remesa de cinco unidades sanitarias, podríamos alcanzar las 144 mil consultas sanitarias por año, lo que supondría que un 17% de los habitantes del departamento de Zou recibirían asistencia sanitaria primaria. De esas 144 mil consultas, 86.400 estarían orientadas a programas de vacunación, o lo que es lo mismo uno de cada 10 habitantes de Zou recibiría

### **3.2.1.3. Identificación del Servicio Sanitario con sus oferentes y perceptores**

El grupo objetivo, al cual apunta la franquicia social, se puede agrupar en dos unidades bien determinadas. La primera unidad son los demandantes de servicios de salud. El objetivo es brindar asistencia básica de prevención, consulta y concienciación a la población que no cuenta con recursos para lograr por sus propios medios hacer uso de dichos servicios. El otro grupo al que apunta la franquicia social es el de los oferentes del servicio. El objetivo es lograr que el capital humano asignado a la unidad sanitaria se encuentre satisfecho en cuanto a las condiciones de trabajo como también a las compensaciones que recibe por su trabajo y esfuerzo. Los servicios que se pretenden proporcionar se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Vacunación para los menores de edad contra todas las enfermedades que sean prevenibles. Entre ellos la poliomielitis, sarampión y tuberculosis.
- Asistencia básica para la población que no cuente con los recursos ni medios para asistir a una consulta médica.
- Entrega de medicamentos a los pacientes de la unidad sanitaria.
- Provisión de información y cursos a la población sobre aspectos de conductas de higiene, prevención de enfermedades y aspectos nutricionales.
- Formación de capital humano.
- Búsqueda de un nivel de satisfacción del personal evitando una alta rotación y migración hacia otros centros médicos, tanto laboralmente como económicamente.

#### **3.2.1.4 Identificación de los demás integrantes del Servicio Sanitario**

Definición de las partes: ¿quién es el franquiciador y quién el franquiciado?, y ¿quién o quiénes los donantes?, además de los aspectos legales que reglamentan las obligaciones y los derechos de las respectivas partes.

El franquiciador en este caso es la organización sin fines de lucro que se encarga básicamente de recolectar los fondos para sustentar la franquicia social. Esta ONG sin fines de lucro no sólo recolecta los fondos necesarios sino que también se encarga de la compra de todos los insumos necesarios para las distintas unidades sanitarias, distribuidas en las distintas zonas geográficas, y de la asignación de la franquicia al franquiciado solicitante. El franquiciado solicitante no es otra cosa que el que aspira a recibir una unidad sanitaria en alguna región geográfica. Por último los donantes son los que aportan los fondos al franquiciador para que este administre de forma más eficiente los fondos.

#### **3.2.1.5 Inspección y control de calidad de la franquicia**

Los mecanismos de control resultan fundamentales a la hora de mantener a calidad de la franquicia. Es indispensable que el franquiciador controle regularmente el funcionamiento de la unidad sanitaria, no solo mediante visitas personalizadas, sino también consultando a pacientes que han utilizado el servicio. Un mecanismo adicional pueden ser las encuestas, aunque este método tiene muchas deficiencias sobre todo si la población que frecuenta la unidad sanitaria no sabe escribir ni leer. Es por ello que consideramos que el mejor método es el de la supervisión sin previo aviso y en periodos irregulares.

#### **3.2.1.6 Características de la franquicia**

Las principales características de la franquicia consisten en franquiciar una unidad sanitaria que cumple servicio básico de salud para aquellas personas que carecen de recursos suficientes para acceder al servicio requerido. Básicamente se dan vacunas, se atienden consultas y se concientiza mediante

folletos y cursos básicos sobre medidas preventivas para no adquirir enfermedades que son evitables.

### **3.2.1.7 Sostenibilidad de la franquicia**

La sostenibilidad de la franquicia dependerá de las compañías y organismos gubernamentales que aporten los fondos para que esta pueda financiar su fin y objetivos. Nos hemos decantado por el modelo de franquicia social, por lo que no se persigue tanto la obtención de rentabilidad de la unidad sanitaria con capacidad de repago de una deuda (Microcréditos), como la implementación en una localización rural de un centro asistencial regido por personas locales pero profesionalizado. Ahora bien, un punto que resulta crucial para poder sostener el modelo es que los servicios que se presten no sólo se realicen de forma eficiente sino que se hace indispensable ganar con ellos la confianza de la población en la institución. Uno de los puntos clave para que ello ocurra es lograr una baja rotación del personal. Una rotación elevada implica que el vínculo entre paciente y terapeuta nunca logre un nivel que resulte importante para ganar la confianza de la población en el trabajo que realiza la unidad sanitaria.

Para lograr una baja rotación del personal se hace indispensable que las condiciones de trabajo sean óptimas y que la remuneración esté en un nivel que permita que el profesional sienta que se encuentra bien compensado por la labor que realiza. Uno de los problemas que surgen en este ámbito es lo que en economía se denomina un trade off. El término se refiere a la situación en que los objetivos se contraponen en cierta forma.

Con el fin de lograr una baja rotación, los salarios tendrán que ser lo suficientemente elevados para poder mantener el personal. Ahora bien, si los salarios son muy elevados los costes de prestar el servicio aumentan y el servicio ya no se presta de forma económica. Con respecto a este punto consideramos que se hace indispensable subrayar algunos puntos en materia de eficiencia con el objetivo de disminuir la rotación y lograr una mayor integración de nuestra labor en la comunidad. Pensamos que el sacrificio que

se hace por lograr una mayor penetración en la comunidad no afecta significativamente a los costes comparativos de brindar el servicio a través de los canales tradicionales. Hay que tener en cuenta que los canales tradicionales, como hemos visto anteriormente, no lograron tener el éxito que han tenido en otros continentes y que el continente africano en particular ha tenido una gran mejoría, pero en términos relativos el resultado ha sido significativamente menor al de otras regiones. Una de las causas que probablemente sean la razón de dicho mal desempeño es la baja calidad de las instituciones del continente africano, escasa capacidad en la administración de los recursos, una mala planificación y proyección, estadísticas poco confiables y el efecto de la corrupción que hacen que los escasos recursos no lleguen a su destino. Nuestro objetivo de franquicia social es tratar de evitar estas deficiencias que implican una mala calidad del servicio, estableciendo un manual de procedimientos para el franquiciado que debe ser cumplido para que la ayuda sea otorgada.

### **3.2.2. Implementación y gestión del modelo**

Hasta aquí hicimos hincapié en el hecho de que una franquicia social debe propulsar una conciencia de responsabilidad social y procuramos distinguir esta última del concepto de filantropía, debido a que esta suele reducirse a la dedicación de recursos en apoyo de una causa en particular convirtiéndose en una donación cuya responsabilidad implícita, podemos decir, finaliza en el momento del “dar instantáneo”. Nuestra propuesta constituye, por lo tanto, un proceso que abarca una responsabilidad en el tiempo.

Por otro lado, en la medida que nos referimos a una actividad dirigida a resolver una problemática social o una necesidad colectiva, debemos dedicar un apartado a describir cómo puede ser puesto en práctica un proyecto semejante con el fin de obtener una pauta más tangible de cómo implementar el modelo. En la medida que la franquicia constituye un proyecto social o comercial se busca su financiación a partir de la comercialización de sus bienes o servicios entre los profesionales externos. Procuramos insistir hasta aquí acerca del valor moral de la causa, y sumaremos ahora el valor estratégico de

movilizar recursos hacia el bien público para obtener los resultados que se proponen.

El franquiciador, es decir, la organización sin fines de lucro que se encargará, no solamente de recolectar los fondos para sustentar la franquicia social, sino que también se ocupará de la compra de todos los insumos necesarios para las distintas unidades sanitarias distribuidas en las distintas zonas geográficas y de la asignación de la franquicia al franquiciado solicitante, debe ser también el responsable de realizar el seguimiento y la auditoría de procesos. Con lo cual se hace menester determinar ciertas características que deberá adoptar el proyecto presentado en lo que respecta a estas cuestiones de planificación y gestión del modelo de franquicia social propuesto.

Podemos afirmar, junto con Ballou (1991), que “siguiendo pasos esenciales de administración como la planificación y control se puede optimizar una gestión en la cadena logística”. En la medida en que la finalidad principal que planteamos para la franquicia social es mejorar el acceso de la población del lugar a un servicio básico sencillo de salud para aquellas personas que carecen de recursos suficientes para acceder al servicio requerido, determinamos ahora los medios necesarios para cumplir con los objetivos específicos que nos planteamos anteriormente.

### **3.2.2.1 La gestión del stock de medicamentos**

La gestión de stock es una función que tiene como finalidad la optimización del conjunto de artículos almacenados, a partir de la coordinación de las necesidades físicas del proceso productivo con las relacionadas con la situación financiera de la empresa. Esto es, hay que saber gestionar no solamente las existencias de fármacos y material sanitario, sino ponerlo en contexto con la obtención de un mejor precio de adquisición, al hacer compras de gran escala.

El problema central de la gestión de stocks se funda en la determinación de la cantidad de artículos que se debe mantener en almacén con la finalidad de evitar la ruptura del proceso productivo. Una buena implementación de gestión de stock es garantía de seguridad en el proceso

asistencial, debido a que el mismo no se suspendería por falta de medicamentos, vacunas o materiales, de manera que permitiría ahorrar costes a la empresa. En esta medida y desde un punto teórico, la gestión de stock tiene que ser equivalente a la demanda del material, puesto que si la cantidad de material es menor que la demanda podría originarse roturas y detenerse el proceso asistencial.

Pero si, por el contrario, se cuenta con un stock de seguridad muy elevado, esto podría generar a la empresa costes de artículos inactivos, lo cual resulta un problema grave cuando nos referimos a stock medicinal. Por lo cual, puede afirmarse que el objetivo principal de la gestión de stock consiste en poseer la mínima existencia de materiales o productos almacenados, de manera que quede asegurado el producto o materia prima al proceso.

En la propuesta que sostenemos aquí habíamos señalado ya como tarea central la de lograr que las empresas y los distintos entes gubernamentales aporten fondos a la organización no solamente por la buena causa sino más bien porque la ONG lograría utilizar los recursos de forma más eficiente para los fines que fue creada, en relación a otras organizaciones (incluidas las públicas estatales) que por diversos motivos no han logrado obtener dicho grado de eficiencia.

El entorno cada vez más competitivo y con márgenes más estrechos genera que las organizaciones busquen constantemente oportunidades de mejora que les permita volverse más competitivas. Por esto cada vez es mayor la consciencia que se adquiere sobre la importancia de la gestión de logística, y sobre la gestión de la cadena de suministro en general, como parte fundamental a la hora de contribuir con competencias distintivas más valiosas y, a la vez, reducir los costes.

La gestión de almacenes por parte del franquiciador consiste entonces en un proceso a mitad de camino entre la gestión de existencias y la gestión de pedidos o distribución, constituyéndose en la función logística que trata de la recepción, almacenamiento y movimiento de las mercancías a la que la empresa se refiera hasta el punto de consumo de las mismas. Por esto se

remarcaba anteriormente la necesidad de realizar un dedicado control de stock, no solamente en el destino de la unidad sanitaria, sino desde el punto de vista del franquiciador, que a fin de cuentas es el encargado de la adquisición y envío del material sanitario. La gestión de almacenes resulta más crítica en el caso de que se trate de una empresa que maneja mercancía que implique productos perecederos como son los medicamentos (si bien jugamos con un periodo de caducidad que habitualmente suele ser elevado). En estos casos es necesario controlar la cadena de suministro para que los productos salgan a su debido tiempo.

En el ámbito de las pruebas médicas y siguiendo con la importancia de un correcto tratamiento de las existencias, encontramos el caso del diagnóstico de enfermedades. Tomando el caso del sarampión que, como ya vimos antes, se trata de una enfermedad que es transmitida al inhalar pequeñas gotas de secreciones expulsadas de una persona enferma al hablar, toser o estornudar, sin embargo es necesario recordar que el diagnóstico debe realizarlo un médico, quien identifica los signos y síntomas característicos de la enfermedad y lo confirma por laboratorio mediante muestras de sangre, orina y muestra de la garganta.

Partimos de la base de que es importante tomar muestras de laboratorio para su diagnóstico debido a que hay diversas enfermedades que pueden confundirse con sarampión y la forma de confirmar el diagnóstico, es mediante muestras de sangre, orina o exudado faríngeo, por lo que debemos contar con una gestión de stock eficiente a la hora de tener en cuenta la realización de estas muestras de laboratorio.

### **3.2.2.2 La gestión del desarrollo humano**

Cuando hablamos de desarrollo humano hacemos referencia a todo aquello que una persona puede ser o hacer con la finalidad de optimizar su calidad de vida en tanto ser humano que es. Debe entenderse como la libertad o capacidad para elegir el tipo de vida que se desee llevar, aun respetando el imperativo kantiano de que la libertad de cada uno termina donde

empieza la del otro. En consecuencia, se refiere a la posibilidad de elección con la finalidad de no padecer privaciones de salud, poseer una vivienda digna, participar en la toma de decisiones colectivas o disfrutar del nivel educativo deseado. En definitiva, consiste en ampliar el poder de los individuos para decidir su propio destino.

En este sentido, la libertad de escoger formas de vida alternativas en función de las metas establecidas por los individuos es un indicador del desempeño de una sociedad que respeta y promueve el valor de sus miembros. El desarrollo como libertad reside en el derecho de los individuos a desarrollar sus capacidades. Por esto, trasciende el ámbito económico para incorporarse totalmente en los aspectos políticos, sociales y culturales del desarrollo.

El objetivo principal, cuando se hace referencia al desarrollo humano, consiste en ampliar las oportunidades de los individuos para vivir una vida saludable, creativa y con los medios adecuados para participar en su entorno social. Entendiendo que una mayor producción de bienes y servicios difunde las oportunidades, capacidades y posibilidades de elección contribuyendo de manera importante al desarrollo humano, se comprende que, aun siendo el crecimiento económico una condición necesaria para optimizar de forma sostenida el bienestar social, no es una condición suficiente.

Sin embargo la medición del desarrollo humano, en tanto que es elemento fundamental para el diseño de las políticas estratégicas en lo que respecta a educación, salud, calidad de vida, etc., permite, entre otros factores, valorar los avances o regresiones en las condiciones de vida de los habitantes, instituir la dimensión del problema del desarrollo, determinar y especificar el fenómeno para mejorar el diseño de políticas estratégicas y de gestión, y definir claramente los objetivos pretendidos en términos de bienestar.

### **3.2.2.3 Gestión del conocimiento**

En lo que respecta a la planificación de los objetivos relacionados con el ofrecimiento de información y cursos a la población alrededor de la unidad sanitaria para concientizar sobre aspectos de conductas de higiene, prevención

de enfermedades y aspectos nutricionales, así como el de lograr la formación de capital humano con los conocimientos de la problemática de la unidad sanitaria y regional, nos referiremos en profundidad en este apartado.

Siguiendo a Pérez Lindo “la gestión del conocimiento es entendida en este trabajo como “la elaboración de estrategias adecuadas para aprovechar al máximo los recursos de la educación, la ciencia y la tecnología (...)”.<sup>13</sup> Desarrollar una gestión del conocimiento en la propuesta que presentamos aquí tiene características específicas referidas puntualmente a la planificación y control de los cursos que se pretenden estructurar respecto a la provisión de información y cursos a la población sobre aspectos de conductas de higiene, prevención de enfermedades y aspectos nutricionales y la formación de capital humano. Fundamentalmente, implica una gestión realizada, en primer lugar, en función de lo que las capacidades de los individuos con los que se cuenta para trabajar, con el fin de intentar obtener de esta manera una optimización de los servicios que puede brindar la gestión del capital intelectual de cada uno de ellos.

Según señalamos anteriormente, el conocimiento consiste en una mediación de carácter procesal y recurrente, que en una integración compleja reúne no solo ideas sino también hechos o comportamientos que modifican la realidad. Para poder comprender en qué sentido y de qué forma el desarrollo de la gestión de dicha mediación puede realizarse, es preciso abordar aspectos relacionados fundamentalmente con disciplinas como la filosofía, la cultura y la tecnología. Pero la cuestión está en que estos aspectos deben relacionarse con estas disciplinas desde un enfoque particular: la educación. En la medida que la gestión del conocimiento consista en un proceso sistemático de selección y organización de la información, se posibilita la cooperación de los

---

<sup>13</sup> PEREZ LINDO A., *Evolución cognitiva y gestión del conocimiento*, Cap III: Ciencias cognitivas y gestión del conocimiento, pp 10 Socavando los orígenes de la cuestión, el autor sostiene que “la gestión del conocimiento aplicada a la educación o a la actividad científica forma parte del “giro cognitivista” que se manifiesta desde comienzos del siglo XX a través del cientificismo positivista primero, y luego, a mediados del mismo siglo, a través de la aparición de las teorías lingüísticas, cibernéticas, conductistas, constructivistas, pragmáticas.

recursos de conocimiento que forman parte del capital intelectual que se posee al respecto.

La preparación y formación de capital humano se llevará a cabo tanto por medios presenciales como por cursos capacitadores de carácter virtual. Este tipo de formación se implementa con la finalidad de posibilitar un aprendizaje colaborativo en un entorno virtual de enseñanza a fin de potenciar las competencias individuales y grupales, y dirigirlas hacia la generación de valor del conocimiento que pueda ser construido socialmente.

Con respecto al término aprendizaje colaborativo, es necesario señalar que el mismo ha ido desarrollándose y gestándose a través de diferentes vertientes que intentan aproximarse a su significado. Según Panitz (1998)<sup>14</sup>, la cooperación de los miembros del grupo en lo que respecta a la construcción del consenso constituye la premisa central del aprendizaje colaborativo.

Según Díaz Barriga, el aprendizaje colaborativo tiene como característica central la igualdad con la que cuenta cada individuo en el proceso de aprendizaje. Además hace referencia a una conexión y profundidad tal que de manera bidireccional logra la experiencia, variable en función del nivel de competitividad existente, así como una distribución de responsabilidades y un intercambio de roles. El autor señala como elementos centrales de este tipo de aprendizaje la interdependencia positiva, la interacción, la contribución individual y las habilidades personales y de grupo. (DÍAZ BARRIGA, 2002)<sup>15</sup>

El aprendizaje colaborativo se fundamenta básicamente en el diálogo, que implica una negociación de la palabra; nos referimos, por lo tanto, a una secuencia educativa incluida en un entorno “conversacional”. El entorno virtual es aquel “lugar” donde se ponen en común los significados, contenidos y fundamentos que revalorizan el discurso y su elemento básico, la palabra. Además, en el proceso de gestión de conocimiento es sumamente importante

---

<sup>14</sup> PANITZ, T., and PANITZ, P., (1998). “Encouraging the Use of Collaborative Learning in Higher Education”. In J.J. Forest (ed.) *Issues Facing International Education*, June, 1998, NY, NY: Garland Publishing

<sup>15</sup> Díaz Barriga, F. y Hernández, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista* (2ª. ed.). México: McGraw Hill.

la utilización de la mayor cantidad de herramientas virtuales, así como la existencia de foros de debate y listas de discusión, para lograr la mayor motivación posible, y, a su vez, la mayor interacción entre los miembros del curso con la finalidad de fomentar una motivación genuina previa y contemporánea al trabajo en campo.

En primer lugar, la participación obligatoria de los trabajadores de la franquicia de realizar experiencias de cursos de carácter virtual posibilitará la resolución de problemas de manera estratégicamente eficiente con la utilización de las herramientas tecnológicas para comunicarse tanto sincrónica como asincrónicamente entre sí y construir de esta manera una red social que contribuya a la eficiencia del modelo.

Además, la propuesta de utilizar esta modalidad de formación tiene la capacidad de llegar hasta lugares (físicos) donde la educación de carácter presencial no accede, evitando la dificultad de la dispersión geográfica de los individuos que forman parte del proyecto, constituyéndose así en una herramienta eficaz en la solución de problemáticas que provienen de estos aspectos.

Finalmente, la propuesta de formación de capital humano que presentamos posibilita la gestión del conocimiento de carácter social o cooperativo, de manera que el aprendizaje es resultado de una colaboración. Esto ocurre tanto en lo que respecta a la comunicación escrita, como en la capacidad para reconocer las ideas de los demás participantes.

#### **3.2.2.4 Gestión de prevención: Materiales a proveer a las franquicias**

##### ***Sarampión:***

Con respecto al sarampión se proveerá a los centros sanitarios de la vacuna específica anti-sarampión. La aplicación de la misma depende de las edades por lo cual será necesario concientizar a la población respecto a su aplicación y recordar que no solamente los niños tienen que aplicarla. La aplicación de la misma que deberá estar incluida en el manual de procedimientos se resume de la siguiente manera:

- Niños de 6 a 11 meses con una dosis de vacuna de sarampión-rubéola (doble viral o SR) preliminar haciendo énfasis que se debe aplicar la dosis del esquema al año de edad;
- Niños de 1 a 6 años que no han sido vacunados. Debe aplicarse vacuna sarampión-rubéola-parotiditis (Triple Viral o SRP)
- Personas de 7 a 39 años que no cuenten con antecedente de vacunación a partir del año 2000. Se le aplicará sarampión-rubéola (doble viral o SR).
- No se deben de vacunar los adultos mayores de 40 años de edad, debido a que hay una alta probabilidad de haber padecido la enfermedad y tener protección natural contra el sarampión.

Con respecto a la prevención del sarampión se llevará a cabo una campaña de vacunación con el límite de vacunas antes visto en el modelo. Según la OMS:

“La vacunación sistemática de los niños contra el sarampión, combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión. La vacuna contra el sarampión, que se viene utilizando desde hace 40 años, es segura, eficaz y barata. Inmunizar a un niño contra el sarampión cuesta menos de US\$ 1. La vacuna contra el sarampión suele juntarse con las vacunas contra la rubéola y/o la parotiditis en países donde estas enfermedades constituyen un problema. Su eficacia es similar tanto si se administra aisladamente como si se combina con estas vacunas. En 2008, aproximadamente un 83% de la población infantil mundial recibió a través de los servicios de salud habituales una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir un año de vida. En 2000, ese porcentaje fue del 72%. Para garantizar la inmunidad se recomiendan dos dosis de la vacuna, puesto que aproximadamente un 15% de los niños no adquieren inmunidad con la primera dosis.”

En lo que respecta a la entrega de folletos y cursos básicos sobre medidas preventivas, para no adquirir enfermedades que son evitables, se procurará ser claros y específicos con las medidas a tomar, con la finalidad de llegar de forma simple a la población y generar una conciencia colectiva necesaria para la prevención. Los folletos a los que hacemos referencia podrían partir de una idea como la siguiente:

#### PREVENCIÓN DEL SARAMPION

- Tenga las vacunas del calendario nacional al día
- Evite el contacto con personas con esta erupción
- Tápese la boca al toser o estornudar
- Lave en la medida de lo posible sus manos
- Ventile los ambientes de la casa
- Si hay alguna persona enferma, todos sus convivientes deben consultar al médico para ver si están protegidos.

#### ***Malaria:***

Con respecto a la prevención de la malaria podemos comenzar recordando que la malaria o paludismo constituye una emergencia médica que requiere hospitalización para la cual pueden necesitarse cuidados médicos complementarios y agresivos, incluyendo líquidos intravenosos (IV) y otros medicamentos, al igual que soporte respiratorio. La malaria puede derivar en:

- Destrucción de células sanguíneas (anemia hemolítica)
- Insuficiencia hepática e insuficiencia renal
- Meningitis
- Insuficiencia respiratoria a causa de líquido en los pulmones (edema pulmonar)
- Ruptura del bazo que lleva a sangrado (hemorragia) masivo interno

Las personas que reciben medicamentos antipalúdicos pueden aún llegar a infectarse. Por lo tanto, se debe evitar la picadura del mosquito usando

prendas de vestir que cubran completamente manos y piernas, mallas protectoras en las ventanas y repelentes contra insectos. Si bien, respecto a la prevención farmacológica, cada país cuenta con una diferente, la Organización Mundial de la Salud cuenta con una determinación general de prevención de la enfermedad que es necesario aclarar aquí como para tener en cuenta de qué clase de medicamentos estamos haciendo referencia al hablar de una gestión de stock de los mismos en los puestos sanitarios.

Los fármacos recomendados son:

- Primera elección: Mefloquina 250 mg una vez a la semana. Los medicamentos deben consumirse con comida y agua.
- Segunda elección (si existe alergia o intolerancia a la mefloquina): Cloroquina más proguanil. La dosis del cloroquina es de 300 miligramos dos veces por semana y la de proguanil de 200 miligramos al día.

Es menester mencionar que ningún fármaco garantiza una protección completa frente al paludismo, por lo cual es necesario generar en la población una consciencia respecto a la necesidad de contactar al médico al sentir fiebre asociada o no a otros síntomas.

Es entonces necesario que la población esté al tanto de que la malaria es una enfermedad prevenible y tratable, y que constituye un problema de salud pública actual en más de 100 países, causando entre 300 y 500 millones de casos clínicos y más de un millón de muertes cada año. Pero fundamentalmente es menester generar conciencia sobre la posibilidad de mortalidad infantil asociada a esta enfermedad. Los niños son especialmente vulnerables al paludismo, el cual mata a un niño de cada veinte antes de la edad de cinco años. Por otro lado, también están en alto riesgo las mujeres embarazadas, con lo cual la campaña de prevención tiene que llegar a ellas de la manera más clara posible.

En este sentido podemos recordar que el control de los vectores constituye la principal intervención de salud pública para reducir la transmisión de la malaria a nivel comunitario. Por lo cual, constituye la única intervención

que permite reducir la transmisión de niveles muy elevados a niveles cercanos a cero mediante la protección personal frente a las picaduras de los mosquitos. Esta prevención representa la primera línea de defensa y será central en la campaña de prevención que el modelo presente propone.

Es menester tener en cuenta que hay dos formas de control de los vectores que son eficaces en circunstancias muy diversas. En primer lugar las mosquiteras tratados con insecticidas. Este será entonces uno de los recursos que se tenderá a focalizar en la administración de la franquicia debido a que constituye la forma más rentable de suministrar mosquiteras tratados con insecticidas de acción prolongada, de modo que todos los residentes en zonas con gran transmisión duerman cada noche bajo esos mosquiteras. En segundo lugar está la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual. Esta propuesta de fumigación de interiores constituye la forma más potente de reducción rápida de la transmisión del paludismo.

Está comprobado científicamente que los mejores resultados se consiguen cuando se fumigan al menos el 80% de las viviendas de la zona en cuestión. Además constituye una medida eficaz que dura de 3 a 6 meses, dependiendo del insecticida utilizado y del tipo de superficie sobre la que se aplica. En la actualidad se desarrolla la creación de insecticidas con acción residual más prolongada para la fumigación de interiores.

Estas dos formas de control sugeridas se combinarán con las campañas preventivas en los centros sanitarios. Con respecto a la utilización de medicamentos para la prevención del paludismo podemos mencionar la utilización de quimioprofilaxis, que suprime el estadio hemático de la infección palúdica.

Respecto de los cursos de formación de capital humano sobre los tratamientos de enfermedades prevenibles se hará hincapié en el siguiente material didáctico con el que se procura un tratamiento profundo y comprometido de quienes se encuentren a cargo de los centros sanitarios y de la promoción de las campañas de salud. La información subsiguiente acerca de

la malaria se presentará como el paquete de información de antecedentes durante el desarrollo del programa de formación.

Material informativo sobre Conocimientos generales de la Malaria:
---

---

- El patógeno de la malaria no es una bacteria, no es un virus. Es un parásito unicelular.

- Hay cuatro diferentes especies del parásito del paludismo capaz de infectar a los seres humanos. De ellas, dos son los más comunes: El *Plasmodium falciparum*, que es la especie más agresiva, a menudo mata por derivar en fallo multiorgánico, coma o anemia, y el *Plasmodium vivax*, que puede causar infección recurrente y debilitante, pero raramente mata.

- Las especies del parásito Plasmodium también se encuentran en los primates, roedores, murciélagos y otros mamíferos, aves y reptiles.

- La fiebre es el primer síntoma, el cual se vuelve a presentar en el enfermo dos o cuatro días después de los primeros síntomas, ya que el ciclo de la enfermedad se repite. Las formas más graves de la malaria puede afectar el cerebro y los riñones. La progresión de los síntomas de la fiebre inicial a la muerte, en casos excepcionales pueden llevar tan solo 24 horas.

- Gran parte de las discapacidades de larga duración provocadas por la malaria se deben a la anemia que causa dicha enfermedad.

---

Por otro lado se trabajará con material educativo suministrado a los cursos de formación, de carácter virtual y didáctico, presentado en documentales y cursos virtuales, que posibilitarán una formación superior de los individuos a cargo del proyecto. Dichos materiales se detallan a continuación:

2006. Malariología: Este curso fue elaborado por la Universidad Johns Hopkins, Escuela Bloomberg de Salud Pública de OpenCourseWare.

2006. Ayudarse mutuamente, Cercano y Lejano: Desarrollado por Scholastic Inc., junto con un grupo sin fines de lucro, Malaria No More, con el apoyo de la filantrópica Abbott Fund.

2006. Sea parte de la solución: Desarrollado por Scholastic Inc., junto con un grupo sin fines de lucro, Malaria No More, con el apoyo de la filantrópica Abbott Fund.

Curso sobre la malaria: Salud Global Learning Center. Los cursos en este sitio son gratis y disponibles para todos los que están interesados, pero tendrá que registrarse como usuario (El establecimiento de un puesto con internet en el centro sanitario ha sido incluido en el modelo de franquicia).

Herramientas de la malaria: UNESCO, a través de su programa FRESH (Centrar los recursos en una salud escolar eficaz) ofrece varios módulos sobre la malaria, incluyendo el agua y herramientas de medio ambiente, y las herramientas de la salud basada en aptitudes para la educación.

Por otro lado, respecto a los documentales que serán ofrecidos para la formación del capital humano de la franquicia social, se proveerán los siguientes:

2008. Malaria, asesino en serie: Este documental de 52 minutos, para los espectadores de todas las edades, muestra una visión general del estado actual de esta enfermedad en todo el mundo.

2007. Malaria: realizado por Michael Finkel, para el canal de National Geographic.

La Malaria: Un video de 3 minutos para el trabajo del Dr. Schweitzer en Gabón. Disponible en la página web de National Geographic.

2006. África, Malaria, Parásito: Este documental de 52 minutos, fue producido por Journeyman producciones de televisión.

2005. Carreteras de fiebre. Primer episodio de la serie de la BBC que consta de cuatro documentales sobre la malaria

Es necesario concienciar a la población respecto del diagnóstico rápido y preciso de la malaria como algo esencial para el adecuado tratamiento de las personas afectadas y para prevenir la propagación de la infección en la comunidad. Por otro lado, el tratamiento de la malaria depende de muchos factores incluyendo el grado de severidad de la enfermedad, como son la especie de parásito de la malaria causa la infección y el lugar del mundo en el que se adquirió la infección. Estas últimas dos características ayudan a determinar la probabilidad de que el organismo sea resistente a ciertos medicamentos contra la malaria. Otros factores como la edad, peso y estado del embarazo pueden limitar las opciones disponibles para el tratamiento de la malaria.

**VIH:**

Material Informativo sobre Conocimientos generales del VIH:
---

---

Los servicios destinados a detectar, aconsejar y realizar un seguimiento en cuanto al VIH constituyen un componente de los programas de prevención y atención dentro de los países más desarrollados. Nosotros a pequeña escala deberíamos tratar de replicar dichos programas de prevención que, como hemos visto, han tenido éxito en el área en la que nuestra franquicia se establecería.

Los programas de asesoría y pruebas de detección implican elevar la toma de conciencia por parte de la comunidad, proporcionar asesoría antes y después de la prueba, así como apoyo psicológico y remisión a los servicios pertinentes a aquellas personas a las que se les diagnostica el VIH. La asesoría ayuda a las personas a superar la ansiedad y a tomar decisiones sobre su infección. Permite a la persona, o a la pareja, evaluar su riesgo de contraer o transmitir el VIH, y evitarlo.

La asesoría también ayuda a las personas a superar el estigma y la discriminación por el VIH. Por ejemplo, el simple hecho de someterse a la prueba de detección puede tener consecuencias negativas en comunidades donde las personas seropositivas son estigmatizadas. A pesar de su importancia, los servicios de asesoría y pruebas tienden a ser de limitada calidad y cobertura en los países menos desarrollados, pero nosotros podríamos ofrecer un servicio de información y atención con el *know how* proveniente del franquiciador.

La ausencia de personal capacitado, el temor a falta de confidencialidad, el estigma y la discriminación, la falta de conocimiento del cliente de que existen servicios y los limitados recursos son algunas de las razones por las que los programas de asesoría y pruebas de detección no son apropiados o no se usan lo suficiente.

Muchos países están aumentando la disponibilidad y el uso de ambos servicios, al pasar de los voluntarios (en que la persona acude a las instalaciones sanitarias con el fin principal de hacerse la prueba) a los de rutina (en los que se ofrece la prueba habitualmente a todos los pacientes que llegan a las instalaciones). Las pruebas que dan los resultados el mismo día también elevan el uso, al eliminar la necesidad de tener que volver en otro momento a la clínica para recibir los resultados, y más pacientes acaban enterándose de su estado. Varios países han logrado elevar sus servicios de asesoría y pruebas de detección.

Botswana, uno de los de mayor prevalencia, fue el primero en el África en ofrecer pruebas del VIH de forma habitual, en clínicas públicas y privadas. Las pruebas de rutina, las campañas de los medios de comunicación para promover la importancia de saber si uno está infectado, la divulgación de los beneficios del tratamiento y su extensa disponibilidad, todo ello ha incrementado drásticamente el uso de los servicios de asesoría y pruebas de detección en Botswana. Nuestra franquicia social podría formar parte de la red asistencial en la que los ciudadanos rurales pudieran hacerse las pruebas de rutina VIH.

En Kenya, la introducción de pruebas de rutina (con opción a rehusarlas) en las clínicas de atención prenatal duplicó el uso de las mismas y los servicios de consejería, de 37 a 75 por ciento en un mes.

Lesotho ha llevado el concepto de pruebas de rutina a un nivel superior, al ofrecer el servicio de puerta a puerta, en su campaña de KYS (Know Your Status — conoce tu situación). Es un intento de aumentar considerablemente el número de personas que saben si están infectadas.

---

En resumen, promover un mejor acceso a los instrumentos pertinentes de la política y el conocimiento de la salud constituye además una actividad necesaria para encarar el proyecto que aquí planificamos.

Con esta finalidad los cursos educativos formadores del capital humano proporcionarán enlaces necesarios relacionados con estos temas e información centrada en el coste humano y monetario de los riesgos ambientales para la salud, así como las posibles soluciones prácticas que se ocupan de la relación medio ambiente-salud, y ejemplos de estudios de caso de buenas prácticas y la acción.

Toda acción comunicativa buscará concientizar acerca de las herramientas de prevención y tratamiento de la malaria, el sarampión, paludismo, VIH, siendo estos los principales males que afectan a la población objeto del presente estudio.

Se proporcionará información de todas las herramientas posibles para la recolección, análisis y reporte de datos de salud y medio ambiente, incluyendo la monitorización y mapeo de las tendencias de indicadores, y la evolución de la enfermedad, de tal forma que podamos evaluar el éxito de la franquicia tal y como veremos en el siguiente punto.

Por último, y en lo que respecta a la evaluación económica del proyecto, se proporcionarán herramientas para la valoración económica de la franquicia y los posibles impactos en la viabilidad de la misma.

### **3.2.3. Evaluación y control de la gestión**

La franquicia social que aquí proyectamos constituye un enfoque de desarrollo empleado en el sector sanitario, con lo cual se busca utilizar la infraestructura de provisión de servicios del sector privado para alcanzar metas de salud pública. En este sentido la propuesta intenta ampliar la gama de servicios, por lo general de carácter preventivo, ofrecidos por el sector privado, mejorando la calidad de estos servicios e incrementando el acceso para poblaciones subatendidas.

Nuestra propuesta ofrece un nuevo estímulo para proveer servicios de mayor calidad y para aumentar el número de clientes que están dispuestos a pagar los servicios a partir de la necesidad de generar conciencia sobre la calidad de la atención ofrecida. En este sentido se considera pertinente incentivar el uso de los servicios, lo que a su vez incrementa el ingreso de la franquicia y sobre todo el ámbito de servicio de la misma.

En los países en desarrollo puede notarse que la necesidad insatisfecha de servicios de salud genera una demanda creciente. En algunas naciones de África, según vimos, en las que hay médicos capacitados frecuentemente subempleados, existe un grupo grande de potenciales franquiciados.

Nuestra propuesta surge como respuesta a la búsqueda de servicios de salud en general en un marco competitivo que pretende superar. El programa que proponemos se presenta para ser manejado por una ONG y busca establecer una red de puestos sanitarios autosostenibles financieramente que requerían una reducida inversión de capital inicial y con costes operativos reducidos. Nuestro modelo de franquicia se basa principalmente en los apartados de costes e inversiones, con el objetivo de plasmar las necesidades de capital a la hora de promover una franquicia social, y considerando que la modelización de los ingresos está sujeta a una casuística mucho más difícil de determinar.

La gestión del modelo se centrará en un manejo eficaz y eficiente de la logística, la selección de proveedores/centros adecuados para operar y la capacitación constante. En términos generales, nuestra propuesta plantea las

siguientes determinaciones estratégicas respecto a la red de puestos sanitarios con franquicia:

- Deberá estar ubicado donde logre llegar a una base específica de clientes.
- La composición en términos de género de los proveedores de servicios deberá reflejar las preferencias de los clientes.
- Deberá asegurar que los proveedores de servicios se encuentren motivados para proporcionar la información necesaria y para brindar una adecuada asesoría a los pacientes así como consejería.
- Deberá asegurar la disponibilidad de créditos pequeños o nuevas aportaciones de fondos para mejoras y para equipamiento de los puestos sanitarios así como de las campañas de prevención necesarias.

Con respecto al criterio de la evaluación en el proyecto planteado puede decirse que éste es de carácter social, por lo cual la aplicación del modelo tenderá a calcular el valor de los factores de producción y otras inversiones realizadas en la prevención de las enfermedades a las que nos estamos refiriendo empleando sus precios sociales, es decir, aquellos que miden sus costes alternativos sociales.

Para calcular los costes de la prevención de las enfermedades que nos ocupan deben quedar establecidas las posibles técnicas a aplicar para tal fin.

Respecto a la metodología que puede ser empleada podemos mencionar técnicas como:

- a) Control del vector
- b) Vacunación
- c) Educación y mejora del nivel de vida.

### **3.3. *Discusión sobre el Modelo***

No cabe duda de que los programas tradicionales de tratamiento de las enfermedades repasados en este trabajo no han sido satisfactorios en la región de África subsahariana. Probablemente, el motivo no se debe a una sola causa sino a una multiplicidad de factores y, sin duda, el factor económico es uno de ellos y seguramente de gran importancia para explicar por qué la región tiene un nivel de salud tan bajo. Aunque los niveles absolutos de infecciones tengan en algunos casos disminuciones, estos han sido en comparación a los de otras regiones muy pobres.

En nuestro trabajo se ha diseñado un modelo de franquicia social específicamente pensado para incrementar el acceso a la salud en una de las regiones más pobres de Benín y apuntando, en forma particular, a mejorar los índices de prevención y tratamiento de las enfermedades de mayor impacto en la zona.

Resulta pertinente realizar, en este punto, un resumen de las características generales del modelo de franquicia social que hemos propuesto y de su aplicación al caso de cada una de las enfermedades.

Como se ha visto, el modelo de la franquicia tal como se ha concebido cuenta con tres actores diferenciados, constituidos por la ONG representante de la franquicia, por los donantes efectivos o potenciales y, por último, por los equipos médicos que solicitan la instalación de la filial.

El primer paso en la construcción de nuestro modelo fue la delimitación de sus objetivos, cuyos puntos fundamentales se reparten entre la prevención de enfermedades (campaña de vacunación), el tratamiento de enfermedades (atendiendo a población que actualmente no tiene acceso a hospitales o médicos), la difusión de información y la formación de capital humano. Mientras que estos objetivos definen la relación de la franquicia con sus clientes

externos, es decir, con la población objetiva de percibir la asistencia sanitaria, un quinto objetivo apunta a la satisfacción del personal médico, es decir, al cliente interno, como columna vertebral de la factibilidad y continuidad del proyecto. Se ha optado por no incluir asistencia en obstetricia y ginecología, pese a que somos conscientes de la importancia y riesgo sanitario que supone para la población rural subsahariana, con una de las tasas de mortalidad en el parto (tanto en el caso de la madre como en del nacido) mas altas del mundo.

Con la crisis global en la que actualmente se encuentran sumergidos la mayoría de las principales economías, nos encontramos en un momento clave de preocupación acerca de los costos, en donde se observa una reducción en los presupuestos para los países en desarrollos. Esta presión obliga a las ONG's a pensar en cómo mejorar la productividad de los recursos que manejan, sacándoles el mejor valor posible.

Las franquicias sociales tienen una historia importante, como hemos visto, y un gran número de logros. A partir de lo desarrollado en esta investigación y del modelo expuesto consideramos que es posible señalar seis áreas claves para mejorar en el futuro el desempeño de las franquicias sociales:

1. Las franquicias sociales deberían ser cercanas y atentas a su población objeto de atención sanitaria, tanto en su diseño como en su planeamiento.

Por otro lado, puesto que la conducta del proveedor de salud está directamente vinculada a la calidad de la red de franquicias sociales y a su productividad, y a pesar de tener en cuenta que los clientes son la población o público principal de la franquicia, también es necesario prestar atención en cómo satisfacer a los proveedores de salud.

2. Las redes de franquicia social deberían seguir una agenda de integración.

La integración implica la organización y gestión de los servicios de salud de manera de que las personas obtengan el tratamiento que necesitan cuando lo necesitan y de manera simple. Deberíamos poner mayor foco en la gestión integrada de cada caso y el desarrollo de paquetes de servicio, entre otros aspectos.

3. Las franquicias sociales deberían evolucionar hacia un modelo de negocio estandarizado con características comunes. El modelo ideal sería el que implicara redes en diferentes niveles e integradas al servicio nacional de salud, gestión estratégica de la marca de la franquicia, uso innovativo de la tecnología de la información y la comunicación, énfasis en la productividad de los proveedores, así como mecanismos creativos de financiación.

Este modelo de franquicia tiene cuatro componentes claves:

A. La marca de la franquicia, la cual define y comunica la oferta y la propuesta de la franquicia;

B. Procedimientos y estándares de la franquicia, los cuales definen qué se espera que hagan los franquiciados de manera que la marca cumpla con sus objetivos y promesas;

C. El sistema operativo del franquiciador, el cual define qué hace el franquiciador para crear y administrar a los franquiciados y proteger la marca.

D. Mecanismos de financiación de la franquicia, los cuales definen de qué manera la franquicia dará cuenta de la falta de recursos de sus clientes.

4. Las redes de franquicia social deberían alinearse con los cuatro objetivos de la franquicia social y utilizar escalas estandarizadas para medir el alcance de tales objetivos. Las franquicias sociales deberían medirse de acuerdo a su éxito en términos de acceso, calidad, costo-efectividad e igualdad.

5. Las redes de franquicia social deberían de disponer de métodos de financiación creativos y que estén asociados al desempeño obtenido. Las franquicias sociales reducen el costo de introducir y operar estrategias basadas en el resultado del servicio asistencial. A la vez, las estrategias basadas en la *performance* hacen a las franquicias sociales más atractivas para los proveedores privados y ayudan a las redes de franquicias sociales a resolver los problemas de igualdad.

6. Es necesario poner el foco en la comunicación de la marca.

Se trata, en efecto, de contar una historia de manera tal que sea atractiva. Lo que se busca a través de esta historia es sostener la idea de que las franquicias sociales son la mejor forma de intervención posible. Esto permitirá atraer donantes y ayuda del Estado.

Es necesario, asimismo, monitorear en forma sistemática la *performance* de las franquicias y asegurar que sus resultados son tan buenos como los del sector público en términos de volúmenes, calidad y el alcance de la población cubierta, incluida la mas pobre. En última instancia, las franquicias sociales pueden convertirse en un socio importante del sector público en la provisión de servicios de salud, con el fin de contribuir al objetivo de una cobertura universal.

Para el futuro, resultaría importante incrementar la investigación destinada a conocer los resultados de las franquicias sociales y, lo que resulta tal vez más importante, a conocer en profundidad los procesos (más que los resultados) de las franquicias sociales exitosas, de manera de generar un banco de conocimiento que permita contribuir al desarrollo de estas experiencias.

Kooehmos TP, Gazi R, Hossain SS y Zaman K a través de The Cochrane Collaboration y su revisión de estudios "*The effect of social franchising on acces to and quality of health services in low -and mddle- income*

*countries*” del año 2009, concluyen que no han encontrado estudios que se ajusten a este tipo de sistema de franquicias. Con esto no quiere decir que no los haya pero si que son escasos y no del todo desarrollados.

Una de las preguntas abiertas que deja este estudio es con que perspectiva se debería evaluar las actuaciones sanitarias vía franquicias sociales. Durante la elaboración del modelo nos hemos hecho esta misma pregunta: ¿bajo que parámetros deberíamos medir el grado de éxito de esta franquicia social?, ¿qué indicadores son los adecuados para evaluar dicho éxito: número de visitas, paciente tratados, vacunas inoculadas?, ¿cuál debería ser el periodo de tiempo mínimo para poder realizar esta evaluación?. Son muchas las preguntas que quedan abiertas, una vez se ha podido revisar numerosa bibliografía, teniendo la sensación de estar ante un enfoque sanitario, el de la franquicia social, que bien por ser relativamente reciente, no se ajusta a mediciones o evaluaciones ortodoxas.

## **Capítulo 4. Conclusiones**

Resulta pertinente, a modo de conclusión y para poner en contexto estos resultados, traer a colación datos de la OMS. De acuerdo con esta organización (OMS, 2010), los sistemas débiles de salud africanos perpetúan las condiciones paupérrimas de salud. Entre los factores que contribuyen a impedir la provisión efectiva de servicio se encuentra la existencia de cálculos equivocados, la baja calidad y distribución desigual de trabajadores sanitarios, falta de medicinas y equipamiento, falta o carencia de infraestructura, así como deficientes sistemas de información.

El África sub sahariana, según la misma organización, tiene un promedio de 1,15 trabajadores de salud por cada mil ciudadanos, que constituyen apenas el 3% de los trabajadores de salud del mundo. Setenta por ciento de las mujeres no tienen contacto con personal médico luego del parto. Con nuestra franquicia estaríamos incluyendo 60 profesionales sanitarios de los 920 que requeriría la región de Zou (800,000 habitantes).

Resulta interesante, llegados a este punto, volver sobre las estimaciones recién expuestas y compararlas con las que presentan Montagu y Elzinga (2003).

Estos dos autores realizan estimaciones del costo de instalación de una franquicia social para el tratamiento del VIH y la tuberculosis en Kenya.

Los resultados son expuestos en el siguiente cuadro:

<b>INGRESOS (US\$)</b>	
Medicamentos	1.554.687
Capacitación	31.500
Pago anual de la franquicia	152.250
Pago de deuda	36.219
<b>INGRESO TOTAL:</b>	<b>1.774.656</b>
<b>GASTOS</b>	
Diagnóstico de TB	147.656
Drogas	1.361.939
Distribución de las drogas	457.108
Publicidad	157.500
Bono por cura	211.969
Staff, supervisores, capacitación	530.750
<b>GASTO TOTAL:</b>	<b>2.896.921</b>
<b>SUBSIDIO REQUERIDO:</b>	<b>1.122.266</b>
<b>CLIENTES TRATADOS</b>	
Tuberculosis:	9.975
VIH:	111.671
Otros tratamientos	196.750

(Adaptado de Montagu y Elzinga, 2003)

Si dividimos los gastos por la cantidad de clientes nos da un resultado de US\$ 9,09 por cliente, un número muy similar al que resultó de nuestro modelo (de US\$ 10 por cliente).

Esto demuestra que nuestro modelo resulta, en términos económicos, compatible con los estándares de costo-efectividad necesarios para hacer factible la franquicia social.

Es de notar, sin embargo, que a diferencia del modelo mostrado por Montagu y Elzinga, donde los gastos son cubiertos en parte a través de los ingresos y en parte a través de un subsidio, en el caso de nuestro modelo los gastos son cubiertos a través de donaciones, lo que hace a nuestro modelo dependiente de una intensa política de comunicación y publicidad que permita atraer donantes.

Sin embargo, esto no quita que, en caso de implementarse, nuestro modelo podría plantearse sobre la marcha la asociación con el sector público de manera que se pudiera obtener parte de su financiación a través de este, por medio de subsidios.

### ***Preguntas abiertas***

Por otro lado, quedan abiertas en esta investigación varias preguntas o cuestiones que podrían ser objeto de futuras investigaciones. Una de ellas tiene que ver acerca de evaluar si el impacto de la franquicia social es idéntico para todas las enfermedades aquí estudiadas o si presenta mejores resultados en el mejoramiento de los índices de algunas enfermedades más que en los de otras, y eventualmente indagar las razones.

Asimismo, resulta interesante evaluar si el modelo de franquicia social aquí planteado debería experimentar adaptaciones o ajustes específicos relacionados con las particularidades de cada una de los países o áreas dentro del África Subsahariana, al ser este un ejercicio teórico ajustable por la casuística de cada país.

Por último, permanece como una cuestión a investigar, en la práctica, cuál podría ser la relación entre la franquicia social y los diferentes Estados o, dicho en otros términos, si entre la franquicia y el Estado se establece una relación de sinergia, de competencia o de desconfianza.

Es por ello que consideramos que instaurar una franquicia social que se ocupe de construir y administrar unidades sanitarias sencillas, con el objetivo

de brindar un servicio básico de vacunación y tratamientos simples además de los componentes educativos, puede mejorar la situación sanitaria en el largo plazo en África subsahariana. Somos conscientes que la solución de la problemática de África subsahariana no se resuelve con unidades sanitarias, pero consideramos que es un granito de arena que sumado a otros esfuerzos en otros campos permitiría pensar en un futuro más prometedor.

### **Conclusiones finales**

A modo de cierre de esta investigación, me gustaría recapitular los objetivos iniciales que nos habíamos fijados al inicio de este trabajo:

- *Hemos demostrado que el modelo de implementación a través de un sistema de franquicia social es viable y que tendría un impacto en servicio sanitario de lugares tan desfavorecidos como el departamento de Zou en Benín.*
- *Hemos añadido a la implantación de un primer centro asistencial en Zou, en Benín, el enfoque de hacer un segundo desarrollo de cinco unidades sanitarias, con el objetivo de no limitarlo a un modelo piloto sino entenderlo como un primer paso a un plan de implementación de amplio alcance.*
- *Hemos revisado a través de un extenso análisis bibliográfico la situación de la totalidad de países africanos en relación a status sanitario así como principales enfermedades. Se ha incluido un análisis que podríamos denominar demográfico para entender las necesidades e implicación de la implementación del modelo.*
- *Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de distintas formas de intervención sanitaria, con enfoques de ONG's y enfoques de empoderamiento.*
- *Hemos revisado distintas experiencias en microfinanzas y especialmente en franquicias sociales con programas sanitarios por todo el mundo, tratando de recoger las mejores prácticas de*

*cada uno de ellos, a la hora de desarrollar nuestro propio modelo asistencial.*

- *Al igual que con el enfoque de financiación hemos podido recabar numerosas experiencias de sistemas de formación sanitario, entre los que destacan la formación de la figura del paramédico.*



## **Bibliografía**

### **Introducción:**

- Aguilar, A. (2007) “Biocombustibles problema de carácter global y estrategia de dominación capitalista”, *El Economista*, año 10, núm. 49, Julio, 2007.
- Ammar W. (2003) *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Anand S. (2002) “The concern for equity in health”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485-487.
- Anderson, M. B. y P. J. Woodrow (1989), *Rising from the Ashes. Development Strategies in Times of Disaster*, Westview Press-UNESCO, (reeditado en 1998 por IT Publications, Londres).
- Angola Press Agency (2006), “Huambo Sanatorium Hospital Records 87 Deaths”, publicado el 30-06-06.
- ANSA (2005) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Hoja Informativa, 25-11-05
- ANSA (2006) Oxford, J. “El virus H5NI mutará entre humanos en dieciocho meses”, Hoja Informativa 20-02-06
- Arrow K. J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, en *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5. (Diciembre, 1963), pp. 941-973.
- Arrow K. J, (1968) The economic of moral Hazard, Further comment. Kenneth J. Arrow, the American Economic Revue, Vol LVIII (1968) pp. 531-37.
- Awases M, Gbary A, Nyoni J and Chatora R (2004). Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report. OMS-AFRO DHS. Noviembre 2004.
- Ballou, Ronald H. (1991) *Logística Empresarial: control y planificación*. Madrid, España: Díaz de Santos
- Banister J, Zhang X. (2005) China, economic development and mortality decline. *World Development*, 2005.
- Banister J, Hill K. Mortality in China, 1964-2000. *Population studies*, 2004.
- Baró, S. (2007) África y las recientes tendencias en materia de seguridad humana, *CEAMonitor*, vol. 4, núm. 9. Octubre 2007.

- CIE (2006) Escasez mundial de enfermeras: Sectores prioritarios de intervención, Consejo internacional de enfermeras, ISBN: 92-95040-59-7
- Coghlan B et al. (2006) Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*, 2006.
- Collier P. (2007) The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it. New York, Oxford University Press, 2007.
- Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, Arusha (2003). Consultative Workshop on Human Resources for Health in East, Central and Southern Africa.
- Commonwealth Secretariat (2003). Workshop on Human Resources for Health in East, Central and Southern Africa Region (20 – 22 Enero 2003), Johannesburg, South Africa.
- Commonwealth Secretariat (2004). Workshop to Develop Systems and Strategies to Manage Human Resources for Health, (26 29 Enero 2004), Accra, Ghana.
- Dentlinger, L. (2006) Namibia Not Immune to Brain Drain, *The Namibian*, 13-0-06
- Dovlo D et al. (1998). Summary of Ghana Case Study: Staff Performance Management in Reforming Health Systems (European Union Funded Research Project “Measuring and Monitoring Staff Performance in Reforming Health Systems”).
- Dovlo D (1998). Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*, Vol.2, No.1 p34-37. Enero - Abril 1998.
- David Sanders y Richard Carver, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), pp. 25-37.
- Dovlo D (1999). “Issues affecting the mobility and retention of health workers/professionals in Commonwealth African states”. Report Prepared for the Commonwealth Secretariat, London. 1999
- Dovlo D (2003). Causes of Health Worker Migration - perspectives from Ghana - Voices of Health Workers. Disponible en: [www.framtidsstudier.se/eng/globalMobReg/Dovlopaper.pdf](http://www.framtidsstudier.se/eng/globalMobReg/Dovlopaper.pdf) ( 10 Febrero 2005).
- Dovlo D and Martineau T (2004). A Review Of The Migration Of Africa’s Health Professionals. Joint Learning Initiative on Human

Resources for Health. Africa Working Group. Enero 2004. Disponible en: [www.globalhealthtrust.org/Publication.htm](http://www.globalhealthtrust.org/Publication.htm).

- Echikr, A.: Le continent oublié, La Tribune, 20-05-06.
- ECSA Health Community (2003). Report of the 38th Regional Health Ministers' Conference "Strengthening and Scaling up Health Interventions in ECSA: The Role of Human Resources.
- ECSA Health Community (2003). HIV/AIDS Impact Assessment Study on the Health Workforce in Kenya.
- Feldstein M, S. (1973) The Welfare Loss of Excess Health Insurance Martin S. The Journal of Political Economy, Vol. 81, No. 2, Part 1.
- Fuchs, V, R. (1999) The Future of Health Economics, NBER Working Paper No. W7379.
- Garrett, L. (2007) El reto de la salud global, Foreign Affairs En Español, Julio-Septiembre, 2007
- Giusti D, Criel B, de Bethune X. (1997) Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:193-198.
- Gray A. (1993), World Health and Disease, Buckingham, England: Open University Press.
- Gu D et al. *Decomposing changes in life expectancy at birth by age, sex and residence from 1929 to 2000 in China. Paper presentado ante the American Population.*
- Ikpe E. (2007) Challenging the discourse on fragile states. *Conflict, Security and Development*, 2007, 77:84-124.
- Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence.* Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
- Kickbush I. (2007) Innovation in health policy: responding to the health society. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338-342.
- Malvárez S. y Castrillón-Agudelo M. (2006) Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina, *Rev Enfermería, IMSS* 2006; 14 (3): 145-165
- Mathauer e Imhoff (2004). "The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya", GTZ (German Technical Cooperation) Junio 2004.

- Ministerio de Salud de Ghana (2003). Report of the External Review Team – 2002 Health Sector Program of Work. MOH Accra, Ghana.
- Ministerio de Salud de Ghana (2004). “The Ghana Health Sector – Annual Programme of Work 2004”.
- Ministerio de Salud de Zambia (2004). Human Resources for Health: A synopsis of the current staffing crisis and proposals for action. Octubre 2004. Paper prepared for HLF Forum in Abuja 2004, Lusaka, Zambia.
- Mogwe SS (2004). “Leadership for Sustainable Development in Nursing and Midwifery”. Paper presentado ante African Honor Society for Nursing Conference, 2 – 5, de agosto del 2004, Gaborone, Botsuana.
- Mohammad,A., S. E. Benjamin, S. Z. Maradun, y Y. A. Ibrahim: Doctors Disagree with International Anti-Malaria Strategy, Daily Trust, 16-06-06
- McIntyre D et al. (2006) Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435-446.
- Mpemi MR (2004). “Towards producing culturally Competent Professionals For Culturally Sensitive Care in Lesotho”. Paper presentado ante African Honor Society for Nursing Conference, 2 – 5, de agosto de 2004, Gaborone, Botsuana.
- Munjanja O (2003). Mini Survey on Stocks and Flows of Health Workers in ECSA (Unpublished paper)
- Munjanja O., Kibuka S. y Dovlo D. (2006) Los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana, Consejo Internacional de personal de enfermería, ISBN: 92-95040-66-X.
- Mwaniki, M: “Measles Outbreak Alert As Disease Claims 14 Children”, The Nation, 4-04-06.
- Ngcongco VN (2004). “Partnership with Communities: Towards culturally sensitive care”. Paper presentado ante la African Honor Society for Nursing Conference Agosto 2 – 5, 2004, Gaborone, Botsuana.
- Nkala, G. (2006) Botswana Life Expectancy 40 Years -WHO Report, Mmegi/The Reporter, 11-04-06.
- OMS (2002), Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008, Ginebra.

- OMS (2004). Contratación del personal de salud del mundo en desarrollo. Informe de la Secretaría para el Consejo Ejecutivo 114<sup>a</sup> reunión. Punto 4.3 del orden del día provisional. Disponible en Internet Sitio [http:// www.who.org](http://www.who.org) 19 de abril de 2004EB114/5.
- OMS (2008), Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo, Consejo directivo, Punto 4.13 del orden del día provisional, 16-01-08.
- Perin I, Attaran A. (2003) Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216-1219.
- Sanders D et al. (2003). "Public Health in Africa" in Beaglehole R. (edd) "Global Public Health: A new Era", Oxford University Press, New York, USA.
- Schwalbach et al. (2000) Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies. Antwerp, ITGPress, 2000.
- Sen, A. (1985), "El bienestar, la condición de ser agente y la libertad", en Sen, A., Bienestar, justicia y mercado, Paidós, Barcelona 1997.
- Sen, A. (1987), Sobre ética y economía, Alianza Editorial, Madrid.
- Sen, A. (1993), "Capability and Well-Being", en Nussbaum, M y A. Sen, The Quality of Life, Clarendon Press, Oxford.
- Stiglitz J. (2003) "Globalization, Technology, and Asian Development," *Asian Development Review*, 20(2), 2003, pp. 1-18.
- Tshabalala-Msimang M (2004). MEDIA RELEASE. 28 Enero 2004: Substantial allowances ready to roll for health professionals, Minister of Health. Department of Health, Pretoria, South Africa.
- UNICEF (1993), Estado Mundial de la Infancia.
- UNIRIN (2006), Forgotten Killer is Back, 19-07-06.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. (2000) Etat de sante et sante de l'Etat en Afrique subsaharienne [State of health and health of the state in sub-Saharan Africa], *Afrique Contemporaine*, 2000, 135:175-190.
- Vujcic M, Zurn P, Diallo P, Adams O and Dal Poz M (2004). The Role of Wages in Slowing the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries. Human Resources for Health, Marzo 2004 Department of Health Services Provision. OMS, Ginebra, Suiza.

- Xinhua: “OIE advierte gripe aviar pueda extenderse a más países europeos, 28-02-06
- Yunus M. (1997) “Lo que nos enseñan a los economistas”, un breve texto-discurso en la recogida de un premio.
- Yunus M. (2005) “El Banquero de los Pobres” - Los microcréditos y la batalla contra la pobreza en el mundo Ediciones Paidós Ibérica
- Yunus M. (2006) “¿Es posible acabar con la pobreza?”, Editorial Complutense, Madrid.
- Alianza Mundial en pro del personal Sanitario, <http://www.who.int/workforcealliance/Spanish%20version.pdf>
- Perspectivas Económicas de África <http://www.africaneconomicoutlook.org/es/outlook/growth-of-aid-to-africa/progress-in-making-aid-more-effective/>
- The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
- 25. EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinetafrica.org/>).

## Capítulo 1:

- Christen, R., Lyman T. y Rosenberg R. (2003) Guiding Principles on Regulation and Supervision in Microfinance. Directrices de consenso sobre microfinanzas. Washington, D.C.: CGAP.
- Daley-Harris, S. (2005) State of the Microcredit Summit Campaign Report 2005. Microcredit Summit Campaign.
- Daley-Harris, S. (2002) Pathways Out of Poverty: Innovations in Microfinance for the Poorest Families. Bloomfield, Connecticut. Kumarian Press, Inc.
- DIAZ BARRIGA,(2002) *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*, Editorial McGrawHill
- Emerson, J. y Spitzer J. (2006) Blended Value Investing: Capital Opportunities for Social and Environmental Impact. Ginebra: Foro Económico Mundial, marzo.
- Mills, A, Brugha a., Hanson K, y McPake B., (2002) What can be done about the private health sector in low-income countries? Bulletin of the World Health Organization, 2002: 80: 325-330.
- Peck R., Rosenberg R. y Jayadeva V. (2004) Instituciones financieras con doble objetivo. Repercusiones para el futuro de las microfinanzas en CGAP, número 8, Informe especial.

- Root, G, Collins A, Kaendi M, y Sargen k. (2003). Roll Back Malaria Scoping Study. Enero/Febrero. Malaria Consortium
- Sachs, Jeffrey (2005) The End of Poverty. The Penguin Press pp. 13-14.

## Capítulo 2:

- Agha, S, Balal y F Ogojo-Okello (2002) The Impact of a Microfinance Program on Client Perceptions of the Quality of Care Provided by Private Sector Midwives in Uganda. Washington, DC: USAID/Commercial Market Strategies Project.
- Das N., Qayum N., Khan M., Fazlul M (2010) Social Protection Package for the Retrenched Workers of State-owned Enterprises: A quick Assessment, Research and Evaluation Division, BRAC.
- Greenstar Social Marketing. Integrated Greenstar System. (<http://www.greenstar.org.pk/integratedgs.htm>) Greenstar Social Marketing, Feb. 5, 2004.
- Mallick D (2009). Microfinance and moneylender interest rate: evidence from Bangladesh, MPRA Paper No. 17800.
- Pays I. (2009) “Freedom From Want” Homage to the Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC)”, Bangladesh.
- Summa Foundation. (n.d.) Can a Revolving Loan Fund Be Used to Encourage Private Midwifery Practices? Case study: Indonesia Midwives Loan Fund. Washington DC: USAID/Commercial Market Strategies Project.
- Summa Foundation (2005) Around the world, USAID/Commercial Market Strategies Project.
- USAID (2007) Smiling Sun Franchise Program publicación preparada por Chemonics International para su revisión por la USAID.

## Capítulo 3:

- ADB (2000) Finance for the Poor: Microfinance Development Strategy, documento del Asian Development Bank.
- Barber, Ben. (2008). World Bank Chief Warns Financial Crisis Will Hit Development. Frontlines. Washington, D.C.: USAID. Baró, S. (2007) África y las recientes tendencias en materia de seguridad humana, CEAMonitor, vol. 4, núm. 9, octubre, 2007.
- Bishai D. Et al. (2008) Report on a Multi-Country Social Franchise Meeting outcomes of a planning meeting for research and collaboration on Social Franchising, Washington, Noviembre 2008.

- CGAP (2003) Definitions of Selected Financial Terms, Ratios, and Adjustments for Microfinance, Microfinance Consensus Guidelines, Washington, D.C.
- Christen, R., Lyman T. y Rosenberg R. (2003) Guiding Principles on Regulation and Supervision in Microfinance. Directrices de consenso sobre microfinanzas. Washington, D.C.: CGAP.
- Das N., Qayum N., Khan M., Fazlul M (2010) Social Protection Package for the Retrenched Workers of State-owned Enterprises: A quick Assessment, Research and Evaluation Division, BRAC.
- Khandker, S.R. (1998) Fighting Poverty with Microcredit: Experience in Bangladesh. Oxford University Press, Inc. New York.
- Parker, J. y Pearce. (2001) Microfinanzas, concesiones, y las respuestas no financiero. Reducción de la Pobreza: ¿De dónde viene el Microcrédito en forma? Grupo Consultivo de enfoque Nota N ° 20. Washington, DC. <http://nt1.ids.ac.uk/cgap/wnewlib.htm>.
- Soucat, A. y Abdo Y. (2000). Lineamientos para integrar la Salud, Nutrición y Cuestiones de población en los Documentos de Estrategia de Reducción provisional de la Pobreza en países de bajos ingresos. BancoMundial.<http://www.worldbank.org/poverty/strategies/chapters/health/hnpguide.pdf>.
- Wright, Graham A. N. (2000) Sistemas de Microfinanzas: Diseño de servicios financieros de calidad para los pobres. Zed Books Ltd. de Londres y Nueva York, y The University Press Limited, Dhaka.

#### Capítulo 4

- AAVV (2010) *Enciclopedia Británica*. Versión Online.
- Ballou (1991) Logística empresarial: Control y planificación. Edición Díaz de Santos
- Díaz Barriga, F. y Hernández Rojas, G (2001). Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Serie Docente del Siglo XXI. Colombia: Mc Graw Hill Interamericana, S.A.
- Family Health International, 2006
- Koehlmoos TP, Gazi R, Hossain SS, Zaman K (2009) "The effect of social franchising on acces to and quality of health services in low- an middle- income countries (review) The Cochrane review.
- Lamptey y otros, 2006, The Global Challenge of HIV and AIDS Population Bulletin Vol. 61, No.1

- Naomi Beyeler, Anna York de la Cruz, Dominic Montagu (2013) “The impact of Clinical Social Franchising on Health Services in Low-and Middle- Income Countries: A Systematic Review, Volumen 8 Issue 4.
- ONUSIDA, 2008. Información básica sobre el VIH
- ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Africa Fact Sheet Sp, 4/3/2005
- OMS (Organización Mundial de la Salud, 2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Disponible en [www.who.int](http://www.who.int)
- Panitz, T. (1998) Sí, hay una gran diferencia entre el Paradigma del Aprendizaje Cooperativo y el del Aprendizaje Colaborativo. Traducido por E. Gajón con permiso del autor.: I.T.E.S.M. Campus Laguna (en línea) Disponible en [www.lag.itesm.mx/profesores/servicio/congreso/documentos/](http://www.lag.itesm.mx/profesores/servicio/congreso/documentos/)(Enero, 2002)
- PANITZ, T., and PANITZ, P., (1998). “Encouraging the Use of Collaborative Learning in Higher Education”. In J.J. Forest (ed.) *Issues Facing International Education*, June, 1998, NY, NY: Garland Publishing
- PEREZ LINDO A., *Evolución cognitiva y gestión del conocimiento, Cap III: Ciencias cognitivas y gestión del conocimiento, pp 10.*
- UNECA (Comisión Económica de las Naciones Unidas para África, 2010). *Economic report on Africa 2010*. Disponible en <http://www.uneca.org/>

### ***Bibliografía consultada y no utilizada***

- Barnes C., Gaile G, y Richard Kimbombo (2001) Impact of Three Microfinance Programs in Uganda, Washington, D.C.: AIMS.
- Berry, J. (2005) Healthy Women, Healthy Business: Comparative Study of Pro Mujer’s Integration of Microfinance and Health Services. Case study summary. SEEP Network Practitioner Learning Program.
- Buss, T. (1999) Microempresa en perspectiva internacional: una visión general de la Cuestiones. Journal of Economic Development. [www.spaef.com / sample.html](http://www.spaef.com/sample.html).
- Christen, R, y Douglas P. (2005) Managing Risks and Designing Products for Agricultural Microfinance: Features of an Emerging Model. Estudio especial del GAP, nº 11. Washington, D.C.: CGAP, agosto.

- Christen, R., y Rosenberg R. (2000) The Rush to Regulate: Legal Frameworks for Microfinance. Estudio especial del CGAP, n° 4. Washington, D.C.: CGAP, abril.
- De Sousa-Shields, M. y Frankiewicz C. (2004) Financing Microfinance Institutions: The Context for Transitions to Private Capital. Micro Report, no. 8. Accelerated Microenterprise Advancement Project. Washington, D.C.: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
- Drake, Deborah, and Elizabeth Rhyne (2002) (eds.). The Commercialization of Microfinance: Balancing Business and Development. Kumarian Press, 2002.
- Dunford, C. (2001) Construir una vida mejor: Vinculación Sostenible de las Microfinanzas y Educación en Salud, Planificación Familiar y VIH / SIDA para los más pobres empresarios. <http://www.microcreditsummit.org/papers/papers.htm>.
- Featherston, Scott, Littlefield E. y Mwangi P. (2006) Foreign Exchange Risk in Microfinance: What Is It and How Can It Be Managed?, Serie de Enfoques del CGAP, n° 31. Washington, D.C.: CGAP, enero.
- Hashemi, S. y Rosenberg R. (2006) Graduating the Poorest into Microfinance: Linking Safety Nets and Financial Services, Serie de Enfoques del CGAP, n° 33. Washington, D.C.: CGAP, enero.
- Hulme, D y Mosley P., (1996) Finance Against Poverty. Vol 1: "Analysis and Recommendations." London: Routledge.
- Ivatury, G. (2006) Using Electronic Payments to Build Inclusive Financial Systems. Serie de Enfoques del CGAP, n° 32. Washington, D.C.: CGAP, enero.
- Ivatury, G., y Nicole P. (2005) Funding Microfinance Technology. Reseña para las Agencias de Cooperación 23. Washington, D.C.: CGAP, abril
- Kloeppinger-Todd, R. (2005) Meeting Development Challenges: Renewed Approaches to Rural Finance. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Marcus, R., Porter y Harper (1999) Asuntos de Dinero: Entendiendo Microfinanzas. Save the Children. Londres.
- Matin, I., Hulme, D. and Rutherford, S. (1999). Financial Services for the Poor and Poorest: Deepening Understanding to Improve Provision. Finance and Development Research Programme Working Paper No. 9. Manchester: Institute for Development Policy and Management, University of Manchester.
- McBride, J. & Ahmed, R. 2001, Social Franchising as a Strategy for Expanding Access to Reproductive Health Services: A case study of the

Green Star service delivery network in Pakistan, Commercial Marketing Strategies, New Directives in Reproductive Health. Technical Paper Series.

- MKNelly, B. Y Watson A. (2003) Credit with Education Impact Review No. 3: Children's Nutritional Status. Davis, California. Freedom from Hunger.
- MKNelly, B, y Dunford C. (1998) Impact of Credit with Education on Mothers and Their Young Children's Nutrition: Lower Pra Rural Bank Credit with Education Program in Ghana. Davis, California: Freedom from Hunger.
- MKNelly, B. y Dunford C. (1999) Impact of Credit with Education on Mothers and Their Young Children's Nutrition: CRECER Credit with Education Program in Bolivia." Davis, California: Freedom from Hunger.
- MKNelly, B. y McCord M. (2001) Credit with Education Impact Review No. 1: Women's Empowerment. Davis, California. Freedom from Hunger.
- Morduch, J. (2005) Implementing the Microenterprise Results and Accountability Act of 2004. Washington, D.C. Testimony for the House International Relations Subcommittee on Africa, Global Human Rights and International Operations, Septiembre 20, 2005.
- Nagarajan, G., y Meyer R. (2005) Rural Finance: Recent Advances and Emerging.
- Lessons, Debates, and Opportunities. Edición reestructurada del documento de trabajo AEDE-WP0041-05, Departamento de economía agraria, medioambiental y del desarrollo, Columbus, Ohio: Universidad del Estado de Ohio.
- ONU (2008) Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y de los Informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 16 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Respuestas adicionales del Gobierno de la India a la lista de cuestiones (E/C.12/IND/Q/5) que deben abordarse al examinar el quinto informe periódico de la India (E/C.12/IND/5), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 40º período de sesiones Ginebra, 28 de abril a 16 de mayo de 2008.
- Pearce, D. (2003) Financial Services for the Rural Poor. Reseña para las Agencias de Cooperación 15. Washington, D.C.: CGAP, octubre.
- Pitt, M. Y Shahidur K. (1998) The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter, Journal of Political Economy 106(5): 958-996.
- Rhyne, Elisabeth. (1994.) "A New View of Finance Program Evaluation." In Mario Elisabeth Rhyne (eds.), The New World of Microenterprise

Finance: Building Institutions for the Poor, pp. 105-116. West Hartford, CT: Kumarian Press.

- Schuler, S.R. and S.M. Hashemi (1994) Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh, *Studies in Family Planning* 25, No. 2.
- Steele, F, Sajeda Amin, and Ruchira T. (1998) The Impact of an Integrated Micro-credit Program on Women's Empowerment and Fertility Behavior in Rural Bangladesh. Population Council.
- Todd, H. (1996) *Women at the Center*. Dhaka, Bangladesh: University Press Limited.
- Todd, H. (2001): *Paths out of Poverty: The Impact of SHARE Microfin Limited in Andhra Pradesh, India*. Unpublished Imp-Act report.
- Tuan, Doan Anh. (2005). "Vietnam's New Law on Microfinance: On the Way to an Enabling Environment". CGAP Microfinance Regulation and Supervision Resource Center.
- Uganda Bureau of Statistics and ORC Macro (2001) *Uganda Demographic and Health Survey 2001*. Calverton, MD.
- UNAIDS (2004) *Uganda: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*. United Nations.
- UNFPA (2005). *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. New York, New York. United Nations Population Fund.
- Versluysen, E (1999) *Desafiando todo pronóstico: Banca de los Pobres*. Kumarian Press. Connecticut. p. 41-44, 224-227.
- Watkins, K. (2005) *Human Development Report 2005: International cooperation at a crossroads. Aid, trade and security in an unequal world.* New York, New York. United Nations Development Programme (UNDP).
- Zaman, Hassan. 2000. *Assessing the Poverty and Vulnerability Impact of Micro-Credit in Bangladesh: A case study of BRAC*. World Bank.