

Franquicias sociales de servicios
de salud sexual y reproductiva
en Honduras y Nicaragua



MARIE STOPES
INTERNATIONAL

view point



Índice

Portada interior	Reconocimientos, colaboradores
01	Introducción
02	Sección 1: Resumen
03	Sección 2: Franquicias sociales
09	Sección 3: Desarrollo de un modelo de franquicias sociales
14	Sección 4: Resultados
20	Sección 5: Conclusiones y lecciones aprendidas

reconocimientos

Este informe esboza los hallazgos de las evaluaciones externas de los proyectos piloto de franquicias sociales probados por Marie Stopes International y sus socios en Nicaragua y Honduras. Estas evaluaciones fueron encargadas por Marie Stopes International y fueron llevadas a cabo por equipos independientes radicados en estos países. La revisión final de los modelos de franquicias sociales fue llevada a cabo por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, que forma parte de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Marie Stopes International, Marie Stopes International Nicaragua y Marie Stopes Honduras quieren agradecer a los numerosos individuos y organizaciones que participaron en la evaluación de los proyectos piloto de franquicias sociales, incluyendo los miembros de la red de Centros Xochipilli y la Red de Médicas de Mi Barrio en Nicaragua, la red de centros franquiciados de Marie Stopes Honduras y los proveedores de servicios afiliados en Honduras, la oficina de apoyo de la Delegación de la Comisión de las Comunidades Europeas en Centroamérica y el personal de la Oficina de Representación del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Marie Stopes International también quiere agradecer a la Fundación de las Naciones Unidas y a la Comisión Europea por su apoyo a las iniciativas de salud sexual y reproductiva de Marie Stopes International y sus organizaciones asociadas en Honduras y Nicaragua.

colaboradores

Redactor: Nicholas Frost
Editor: Alan Sadler
Editor ejecutivo: Fiona Carr
Traducción: Araceli Fernández, Louise Finer
Fotografía: Meg Braddock, Sergio Velásquez Reyes
Diseño: Solutions Design Consultants Ltd
Impresión: Ellis Printers Ltd

Para obtener información adicional sobre este informe por favor comuníquese al +44 (0)20 7574 7394 o en el correo electrónico latinamerica@mariestopes.org.uk



Esta publicación fue elaborada con asistencia de la Comisión Europea.
Las opiniones expresadas aquí son del beneficiario y por tanto no reflejan de manera alguna la opinión de la Comisión.

Este documento esboza los resultados de tres proyectos de franquicias sociales instrumentados por los socios de Marie Stopes International (MSI) en Honduras y Nicaragua. Los proyectos fueron diseñados para probar modelos de franquicias completas y parciales como parte de una iniciativa para examinar y desarrollar formas alternativas de provisión de servicios de calidad de salud sexual y reproductiva (SSR) por organizaciones no gubernamentales (ONG).

Este informe:

- evalúa cuán adecuados son estos modelos para la provisión de servicios sostenibles de SSR a las poblaciones objetivo en las zonas cubiertas por los proyectos
- presenta los principales costos, beneficios y riesgos para los franquiciados, el franquiciante y las agencias donantes.
- aborda las maneras en que los elementos viables de estos modelos de franquicias sociales pueden repetirse con éxito.

La Asociación MSI, que abarca 38 países, busca ampliar el acceso a información y servicios de SSR en todo el mundo.

A lo largo y ancho de la Asociación se emplean las más novedosas técnicas de investigación y protocolos para obtener información, lo que contribuye a que MSI mejore y desarrolle programas que responden a las demandas de las comunidades. Más tarde se difunden los hallazgos de investigación o los métodos que tienen relevancia particular para el sector de SSR en general.

La Asociación de Marie Stopes International

MSI es una organización no gubernamental basada en derechos que está comprometida a apoyar el derecho a elegir si se quiere tener hijos y cuándo tenerlos. La Asociación MSI forma una red global que abarca 38 naciones y que busca proveer una gama de servicios asequibles y de alta calidad de SSR, información y programas de cambio de conductas para mujeres, varones y adolescentes. Todo el trabajo de MSI incorpora la filosofía de desarrollar canales sostenibles de servicios con costo que no excluyen a personas de bajos ingresos o que viven marginadas.

Franquicias y salud sexual y reproductiva

La Asociación MSI siempre busca medios nuevos e innovadores para proveer servicios sostenibles, de alta calidad y culturalmente adecuados a las personas que más los necesitan. MSI ha sido pionera en el uso de franquicias sociales para ampliar el alcance de los servicios de SSR en la comunidad, al mismo tiempo que asegura que se observen los altos estándares que caracterizan a la Asociación. Después de instrumentar tres proyectos de franquicias sociales durante cinco años en Honduras y Nicaragua, MSI contrató al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, que pertenece a la Universidad Autónoma de Nicaragua, para llevar a cabo una evaluación final de los cuatro modelos empleados de franquicias sociales. Esta evaluación final se llevó a cabo entre agosto y noviembre de 2005.



Panorama general

Las franquicias son un mecanismo utilizado en el sector privado para facilitar la expansión rápida de un negocio, permitiendo la distribución sostenible de productos y servicios de una calidad determinada. Las franquicias sociales están basadas en dos modelos principales: las franquicias de primera generación, en donde un franquiciado compra un producto de marca a un precio fijado por el franquiciante y lo vende a otro, quedándose con la diferencia como margen de utilidad, y las de segunda generación (también conocidas como franquicias de formato de negocio), en donde el franquiciado vende un producto o servicio y se queda con todas las ganancias, excepto una regalía pagada al franquiciado. La regalía generalmente se fija con base en el volumen de ventas. Los productos franquiciados compiten en el mercado ya sea por ser únicos o convirtiéndose en únicos por medio de una marca poderosa. En las franquicias de segunda generación o de formato de negocio, el franquiciado es dueño de todo o casi todos los activos físicos del negocio, pero es el franquiciante, que como dueño de la marca, quien determina la forma de usarlos. Muchas empresas consideran que las franquicias comerciales son atractivas ya que eliminan las restricciones al crecimiento impuestas por cuestiones administrativas, organizacionales y de capital. Además, los franquiciados aportan el capital inicial y el capital de trabajo del negocio. A su vez, los franquiciados interesados reciben un modelo comprobado para manejar un negocio y se benefician del apoyo y la experiencia del franquiciante.

Sin importar cuál de los modelos descritos previamente emplean, el éxito de las franquicias depende de los siguientes elementos:

- uso de un modelo de negocio exitoso
- compromiso total por parte del franquiciado



- uso de una marca conocida, protegida por las leyes de propiedad intelectual
- apoyo de mercadeo
- competitividad
- abasto continuo de productos
- rentabilidad probada y estabilidad financiera del franquiciante
- un mercado en crecimiento.

Las franquicias sociales son un enfoque de desarrollo que aplica las técnicas modernas de franquicias comerciales para alcanzar metas sociales en lugar de metas comerciales. En este sentido, es similar al mercadeo social, que se utiliza eficazmente para la distribución de productos de salud preventivos y curativos. Al igual que en las franquicias comerciales, el franquiciante proporciona el financiamiento inicial, normalmente con fondos aportados por un donante. El financiamiento puede ser de corto o largo plazo, u ocurrir a través de un préstamo que debe pagarse después. En algunos casos, el franquiciante también aporta capital de trabajo hasta que se alcance la sostenibilidad. Por tanto, cuando se emplean en el sector salud, las franquicias sociales buscan utilizar la infraestructura de provisión de servicios del sector privado para alcanzar metas de salud pública. Como resultado, las franquicias sociales pueden ampliar la gama de servicios (generalmente preventivos) ofrecidos por el sector privado, mejorando la calidad de estos servicios e incrementando el acceso para poblaciones subatendidas.

Las franquicias sociales pueden ofrecer servicios de mayor calidad y aumentar el número de clientes que están dispuestos a pagar por estos servicios.



Los clientes se benefician de un mayor acceso a los servicios y de la calidad garantizada de los productos o servicios ofrecidos a través de una franquicia.



Los servicios de SSR pueden ser provistos a través de paquetes “franquiciables” de atención, mientras que los protocolos de capacitación y provisión de servicios pueden ser utilizados para definir estándares mínimos – estándares que son vigilados por el franquiciante.

Hay quienes argumentan que la disponibilidad de financiamiento puede reducir la motivación de los franquiciados para alcanzar la sostenibilidad, ya que el franquiciado no aporta la inversión de capital. Pero al mismo tiempo, las franquicias sociales ofrecen un nuevo estímulo para proveer servicios de mayor calidad y para aumentar el número de clientes que están dispuestos a pagar los servicios. Cuando se genera conciencia sobre la calidad de la atención ofrecida es posible incrementar el uso de los servicios, lo que a su vez incrementa el ingreso de la franquicia. La magnitud del mercado de las franquicias sociales depende tanto de la demanda del servicio social en cuestión como del poder de compra de la población para adquirir el servicio demandado. La provisión de este debe adaptarse a las condiciones económicas y culturales locales.

Franquicias sociales de servicios de salud sexual y reproductiva

Muchos servicios de SSR se prestan más a proveerse través de franquicias sociales que a través del mercadeo social: los métodos permanentes y semipermanentes de planificación familiar y otros servicios de SSR que requieren proveedores calificados. Los clientes se benefician al contar con un mayor acceso a los servicios y por la calidad garantizada de los servicios o productos distribuidos a través de una franquicia. Los mismos servicios de SSR pueden proveerse en paquetes “franquiciables” de atención, mientras que los protocolos de capacitación y provisión de servicios pueden usarse para definir estándares mínimos. El franquiciante se encarga de vigilar estos estándares. En países en desarrollo, la necesidad insatisfecha de servicios de salud genera una demanda creciente. En algunas de esas naciones, en las que hay médicos capacitados frecuentemente subempleados, existe un grupo grande de franquiciados potenciales. En este contexto, las franquicias sociales de servicios de SSR surgen como respuesta a la búsqueda de servicios de salud en general y servicios de SSR en particular. En África, el sector privado proporciona el 60% de los servicios de salud, mientras que en Pakistán ese nivel sube a 70% y en la India llega hasta 80%.



La primera generación de programas de franquicias sociales de SSR inició 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 México se estableció una franquicia para ofrecer servicios de alta calidad y bajo costo de salud materno-infantil y planificación familiar, así como información, a comunidades periurbanas y rurales de bajos ingresos. La franquicia buscó establecer una red de clínicas autosostenibles financieramente que requerían una reducida inversión de capital inicial y con costos operativos reducidos. Esta franquicia fue establecida por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), una filial de la IPPF, que la desarrolló con base en un programa existente, el 'Programa de Médicos de la Comunidad' financiado por USAID de 1984 a 1990. Hacia 1995, cuando terminó el período de financiamiento, 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 el monto de la inversión inicial de arranque en caso de que el franquiciado optara por abandonar la franquicia. Desde que terminó el período de financiamiento, Mexfam no ha recibido financiamiento alguno para esta franquicia social, aunque ciertos donantes externos cubren algunos costos fijos.

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 SSR. 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 costo por año de protección por pareja (APP)¹ mantuvo su tendencia decreciente de US\$18/APP en 1995 a US\$4/APP en 2000. El manejo eficaz y eficiente de la logística, la selección de proveedores/centros adecuados para operar las franquicias (es decir, aquellos que pueden ser motivados para ofrecer servicios de SSR, que tienen capacidad excedente - y por tanto podían manejar más clientes - y que operaban en comunidades de bajos ingresos), la capacitación constante y mercadeo de alto perfil. De los 10 millones de clientes que reciben servicios a través del programa de Estrella Verde cada año, se estima que el 20% recibe servicios de SSR. La mayoría de estos clientes son mujeres y la mayoría de los proveedores de servicios son de sexo femenino.

¹Años de protección pareja (APP) es un indicador reconocido internacionalmente de desempeño en el ámbito de la planificación familiar. Un año de APP es equivalente a un año de protección contra embarazos no deseados para una pareja.

Los proyectos piloto han investigado varios modelos, incluyendo franquicias completas y parciales (fraccionarias). En las franquicias completas, el médico (establecido o desempleado) abre un centro de SSR. Las franquicias parciales expanden la gama de servicios ofrecidos en una clínica médica ya establecida para incluir servicios de SSR con una marca propia y estándares de calidad fijados por el franquiciante. El financiamiento inicial de las franquicias completas y parciales típicamente asume la forma de un crédito o una donación. Para los franquiciantes es esencial contar con una planeación financiera realista, que debe estipularse claramente para el franquiciado en un contrato escrito. Con frecuencia, el franquiciado debe hacer algún tipo de depósito que queda en manos del franquiciante para asegurar así que, si no se alcanza la sostenibilidad o no se pueden hacer amortizaciones, por lo menos quede una parte del financiamiento inicial. Estos depósitos pueden hacerse mediante un contrato de depósito sobre inmuebles, la propiedad de la franquicia y/o el equipo a favor del franquiciante o cualquier tipo de garantía para el crédito. El llamado “modelo estándar” del franquiciado contempla garantías para el franquiciante, incluyendo las siguientes:

- una cuota inicial de franquicia que el franquiciado debe pagar al franquiciante
- una regalía regular o cuotas de servicios administrativos
- un margen de utilidad en la venta de productos.

Dentro de este contexto global, varias agencias internacionales de SSR han hecho pruebas piloto de diversos programas de franquicias sociales de SSR. Los proyectos probados en Pakistán y México, que fueron evaluados antes de ser expandidos a escala regional y nacional, se centraron en proveer asistencia para el arranque 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 franquiciante puede canalizar estos créditos a través de un donante, además de que puede asegurar el abasto de materiales y equipos, la provisión de asistencia administrativa, el establecimiento de mecanismos de control de calidad y la provisión del mercadeo 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 los mercadea, además de reducir los costos de abasto, algo que también aumenta las ganancias.



Los clientes de las franquicias tienen garantizada una atención de calidad a precios asequibles, así como un mayor acceso a servicios de SSR prestados por médicos calificados.

Marie Stopes International y las franquicias sociales

MSI está comprometida con asegurar el acceso a servicios de calidad de SSR por medio de proyectos sostenibles de largo plazo. Los estándares de calidad establecidos e instrumentados por MSI, combinados con una marca reconocida, una administración de estilo comercial, una orientación hacia los resultados y un estilo innovador de mercadeo, hacen que MSI sea un franquiciante natural para los países en desarrollo.

MSI tiene muchas características que favorecen sus posibilidades de éxito en el ámbito de las franquicias:

- trabaja en muchos países
- tiene una marca global conocida
- tiene mucha experiencia exitosa en el manejo de esquemas con recuperación de costos
- puede desempeñar de manera natural el papel de concesionario de licencias de su marca registrada, otorgando concesiones para tener el derecho a usar su marca.

En 1999/2000, MSI empezó a explorar varios modelos de franquicias en diversos contextos nacionales en Centroamérica. Con financiamiento de la Comisión Europea y de la Fundación de Naciones Unidas, MSI inició la prueba piloto de modelos de franquicia en Honduras y Nicaragua.

El contexto general

MSI desarrolló cuatro modelos de franquicia social en Nicaragua y Honduras como respuesta a una combinación particular de problemas serios de SSR en estos dos países y a la insostenible situación de financiamiento en esta región, que fue identificada por donantes internacionales. Durante las tres décadas previas aumentó significativamente el uso de métodos anticonceptivos modernos en América Latina y el Caribe, con una mejora consecuente en los indicadores de SSR. Sin embargo, esta mejora general en los indicadores escondió (y sigue escondiendo) una distribución desigual de la atención a la SSR en la región. A pesar de los avances en la cobertura de servicios de SSR por parte de los ministerios de salud y de las ONG, se mantiene una población significativa que tiene poco o nulo acceso a estos servicios.

En Honduras, los modelos tradicionales de provisión de servicios para los servicios de SSR no alcanzaron el nivel de sostenibilidad financiera requerido para tener un impacto a largo plazo. Con un nivel de producto interno bruto (PIB) por habitante de sólo US\$745, Nicaragua era (y sigue siendo) el país más pobre de Centroamérica y el Caribe, con excepción de Haití. Al inicio de estos proyectos de franquicias sociales, se estimaba que el 75% de la población nicaragüense vivía con un ingreso menor a un dólar por día. En ambos países, la de por sí mala situación socioeconómica se deterioró más aún por la devastación que causó el huracán Mitch, que destruyó el 80% de la infraestructura pública de Honduras y dejó daños económicos de 2.000 millones de dólares. En Nicaragua, se estima que este huracán retrasó al país 20 años.

A pesar de los avances en la cobertura de servicios de SSR por parte de los ministerios de salud y ONG, se mantuvo una población significativa que tenía poco o nulo acceso a los servicios.

10 Sección 3: Desarrollo de un modelo de franquicias sociales

Si bien la prevalencia de anticonceptivos en mujeres de edad reproductiva rebasaba 60% tanto en Honduras como en Nicaragua, los servicios estatales de planificación familiar en ambos países distaban de ser eficientes. La migración del medio rural al urbano también presionaba a los sobrecargados sistemas de salud en las ciudades donde estaban ubicadas estas clínicas. A pesar de que los intentos para introducir modelos de programas financiera y socialmente sostenibles no habían tenido mucho éxito, el financiamiento regional para la SSR había bajado considerablemente, debido a que varios grandes donantes internacionales han retirado su apoyo.

Aunque los modelos básicos de los programas anteriores de franquicias sociales en México y Pakistán presentaban ventajas y desventajas, ninguno de los dos puede ser considerado como un modelo plenamente exitoso. Las lecciones aprendidas en estos países fueron empleadas para establecer las pautas para el desarrollo de los programas de segunda generación de franquicias sociales probados por MSI en Nicaragua y Honduras. MSI primero obtuvo financiamiento para probar un modelo de franquicias completas en Nicaragua y después logró expandir la prueba piloto al añadir modelos adicionales de franquicias parciales cuando consiguió el financiamiento

Indicadores demográficos de salud materno-infantil: Honduras

Variable	Indicador
Población total (millones)	6,9
Porcentaje de población urbana	45,6
Tasa de fertilidad total	3,7
Prevalencia de anticonceptivos: todos los métodos	62
Tasa de mortalidad materna, por 100,000 nacidos vivos	110
Tasa de mortalidad infantil	32
PIB por habitante, US\$	1.001
Calificación del índice de desarrollo humano	116

Fuente: PNUD. 2005.

Indicadores demográficos de salud materno-infantil: Nicaragua

Variable	Indicador
Población total (millones)	5,6
Porcentaje de población urbana	57,3
Tasa de fertilidad total	3,3
Prevalencia de anticonceptivos: todos los métodos	69
Tasa de mortalidad materna, por 100,000 nacidos vivos	230
Tasa de mortalidad infantil	30
PIB por habitante, US\$	745
Calificación del índice de desarrollo humano	112

Fuente: PNUD. 2005.

necesario. Los tres proyectos resultantes, que operaron de simultáneamente al proyecto piloto general, representaron cuatro modelos diferentes de franquicias sociales.

- una franquicia completa en Nicaragua
- una franquicia parcial en Nicaragua
- una franquicia completa en Honduras
- una franquicia parcial en Honduras.

Estos cuatro modelos fueron instrumentados por los socios locales, Marie Stopes Honduras (MS Honduras) y Marie Stopes International: Nicaragua (MSI Nicaragua).

El contexto específico

Los modelos de franquicias sociales se establecieron dentro del marco de los programas de reforma del sector salud de los gobiernos de Nicaragua y Honduras, los acuerdos de cooperación entre los gobiernos nacionales y las agencias donantes internacionales y las políticas y reglas para la provisión de servicios fijadas por los respectivos ministerios de salud. Los modelos también se establecieron dentro del contexto de las pautas establecidas durante la Conferencia de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la CIPD+5 y el Programa de País de la UNFPA para Honduras, así como la política general de SSR de la Unión Europea (UE).

Los proyectos

Los tres proyectos fueron diseñados para probar y desarrollar cuatro modelos nuevos para la provisión de servicios de SSR a través de una red de centros franquiciados que serían financieramente sostenibles y que tuvieran una administración independiente. Los proyectos buscaron contribuir a la expansión de la oferta sostenible de servicios a escala nacional, además de contribuir a la gama de servicios de SSR ofrecidos a través de los sectores público y privado. Los proveedores de servicios se beneficiarían por los apoyos de crédito y uso de marca aportados por la ONG.

1 “*Un modelo de licencias sociales para servicios de salud reproductiva en Nicaragua*” fue financiado por la Comisión Europea a través de la línea presupuestal 6310, que se refiere a la salud sexual y reproductiva en países en desarrollo. Por medio de este proyecto, se estableció **una red de cuatro centros de franquicia completa de SSR**, dos en Managua, uno en Jinotepe y uno en Juigalpa.

2 Financiado a través de un fideicomiso privado, “*Un proyecto piloto para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva en zonas de bajo ingreso de Managua a través de franquicias sociales de médicos de barrio*” estableció **una red de 16 franquicias parciales** para añadir servicios de planificación familiar a la gama de servicios de médicos generales independientes en Managua y Masaya, Nicaragua.

3 La Fundación de Naciones Unidas, a través de la oficina de país en Honduras del UNFPA, financió “*Licencias sociales para clínicas de salud reproductiva para la población subatendida de Honduras*”. Este proyecto probó dos redes de franquicias completas y parciales. **Una red de cuatro franquicias completas** se estableció en Choluteca, Puerto Cortés, Tegucigalpa y Tela y **otra red de 20 franquicias parciales** se estableció en las zonas norte, central y occidental de país, con el fin de añadir planificación familiar a la gama de servicios ofrecidos por médicos generales.

En términos generales, los proyectos estuvieron vigentes de junio de 2000 a diciembre de 2005.

En particular, se enfatizó alcanzar a mujeres jóvenes sin hijos que no usaban métodos anticonceptivos regularmente.

12 Sección 3: Desarrollo de un modelo de franquicias sociales



Las zonas cubiertas por los proyectos

En Nicaragua, las zonas cubiertas por los proyectos abarcaron barrios urbanos de bajos ingresos en las ciudades de Managua, Masaya, Juigalpa y Jinotepe. En Honduras, las zonas cubiertas por los proyectos abarcaron barrios urbanos de bajos ingresos en las ciudades de Choluteca, Comayagua, Danlí, Puerto Cortés, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Tela, así como pueblos rurales y comunidades colindantes en las zonas central y occidental de la nación.

Los beneficiarios

Los beneficiarios directos de todos los proyectos fueron los mismos franquiciados y los clientes que recibieron servicios a través de ellos. Los beneficiarios indirectos fueron las parejas y las familias de las personas que recibieron los servicios.

Las poblaciones objetivo

Todos los proyectos tenían como poblaciones objetivo a las mujeres, varones y adolescentes en edad reproductiva y de bajos ingresos que viven y trabajan en las zonas cubiertas por los proyectos. En particular, se enfatizó alcanzar a las mujeres jóvenes sin hijos que no usaban métodos anticonceptivos regularmente.

Los modelos

Tanto el modelo de franquicias completas como el de parciales que instrumentaron MSI Nicaragua y MSI Honduras contaban con paquetes de capacitación, que incluían los temas de administración clínica, atención a clientes y administración de pequeños negocios, así como actualizaciones de cuestiones de SSR y de prácticas de planificación familiar (PF). MSI proporcionó inicialmente materiales de información, educación y comunicación (IEC), junto con asesoría a los franquiciados para que ellos pudieran mantener estas iniciativas de materiales y mercadeo. A todos los franquiciados se les ofreció apoyo general de seguimiento.

En Nicaragua, las franquicias parciales tenían acceso a fondos adicionales a través de créditos sin interés para mejorar los centros y comprar equipo. Por medio de MSI Nicaragua, se cubrían los montos iniciales de inversión para la renovación de las instalaciones y del equipo de las franquicias completas, al igual que el costo de del manejo de la franquicia a través del mismo proyecto, por medio de un crédito blando para subsidiar los costos de operación. Los costos de renta, suministros médicos y otros fueron canalizados a través de MSI y los costos se asignaron a las cuentas de crédito de los franquiciados.

En el caso de las clínicas franquiciadas en Honduras, el donante (UNFPA) compró el equipo médico y MS Honduras lo distribuyó a los franquiciados, quienes podían usar el equipo durante el lapso del proyecto. MS Honduras también proporcionó un crédito a ambos tipos de franquicia para cubrir las mejoras a las clínicas, el costo del equipo y los costos del mercadeo local. Una parte de este préstamo se podía usar como subsidio operativo.

Los modelos

	Honduras		Nicaragua	
	Franquicia completa	Franquicia parcial	Franquicia completa	Franquicia parcial
Créditos blandos (sin intereses) proporcionados	✓ (sólo inversión de capital)	✓ (solo equipo y remodelación)	✓ (incluye costos operativos)	✓ (solo equipo y remodelación)
Límite de créditos	US\$90.000	US\$10.000	US\$90.000	US\$3.000
Tipos de garantías de préstamos	Propiedades y avales personales	Propiedades y avales personales	Propiedades y avales personales	Propiedades y avales personales
Período de gracia	24 meses	6 meses	24 meses	6 meses
Período de amortización	5 años	18 meses si >US\$5.000 30 meses si <US\$5.000	5 años	6–18 meses dependiendo del monto del crédito
Uso de marca (branding)	Pleno	Parcial (señalización, IEC materiales, estándares médicos)	Pleno	Parcial (señalización, IEC materiales, estándares médicos)
Marca local MSI	-	-	✓	✓
Marca internacional MSI	✓	✓	-	-
Equipo	Adquirido por franquiciado y colocado en fideicomiso hasta la liquidación del crédito	Adquirido por medio de los créditos	Adquirido por el franquiciado y colocado en fideicomiso hasta la liquidación del crédito	Adquirido por el franquiciado y colocado en fideicomiso hasta la liquidación del crédito
Suministros	Adquiridos por el franquiciante y abastecidos con crédito revolvente	Adquiridos por el franquiciante y abastecidos con crédito revolvente	Adquiridos por el franquiciante como parte del crédito	Adquiridos por el franquiciante y abastecidos con crédito revolvente
Mercadeo	Materiales y medios	Materiales y medios	Materiales y medios	Materiales y medios
Información, educación, comunicación (IEC)	Materiales y medios	Materiales y medios	Materiales y medios	Materiales y medios
Apoyo administrativo	Pleno	Registro como negocios pequeños y declaración de impuestos	Pleno	Registro como negocios pequeños y declaración de impuestos
Sistema de vales	✓	✓	✓	✓
Asistencia técnica/capacitación	✓ Por lo menos cada 6 meses	✓ Por lo menos cada 6 meses	✓ Por lo menos cada 6 meses	✓ Por lo menos cada 6 meses
Vigilancia	Por lo menos cada bimestre	Por lo menos cada bimestre	Mensual	Mensual

14 Sección 4: Resultados

Gasto en salud

Honduras, 2005	US\$
Gasto total en el sector salud	75.700.000
Gasto en salud por habitante	10,97
Gasto total en salud a través del sector de ONG	42.694.800
Gasto total en salud por habitante a través del sector ONG	6,18
Inversión de donantes internacionales en franquicias de SSR a través de MSI	2.513.338
Gasto por habitante en franquicias de SSR a través de donantes internacionales/MSI	0,36
Gasto por cliente en franquicias de SSR a través de donantes internacionales/MSI	16,00

Fuente: PNUD. 2003.

Nicaragua, 2005	US\$
Gasto total en el sector salud	127.711.312
Gasto en salud por habitante	22,80
Gasto total en salud a través del sector de ONG	44.698.959
Gasto total en salud por habitante a través del sector ONG	7,98
Inversión de donantes internacionales en franquicias de SSR a través de MSI	1.216.662
Gasto por habitante en franquicias de SSR a través de donantes internacionales/MSI	0,22
Gasto por cliente en franquicias de SSR a través de donantes internacionales/MSI	11,95

Fuente: PNUD. 2003.



Como se aprecia en las siguientes tablas, el proyecto se desarrolló en un período en que los indicadores de SSR mejoraron tanto en Nicaragua como en Honduras. Cabe suponer que los servicios provistos a los clientes a través de los proyectos piloto de franquicias contribuyeron a esta tendencia positiva.

Indicadores de salud sexual y reproductiva durante el transcurso del proyecto: Honduras

	2000	2005
	Inicio del proyecto	Fin del período de financiamiento del proyecto
Tasa de fertilidad total	4,4	3,7
Tasa de uso de anticonceptivos	41,0	62,0
Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos	147,0	110,0
Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos	42,0	32,0

Fuente: PNUD. 2005.

Indicadores de salud sexual y reproductiva durante el transcurso del proyecto: Nicaragua

	2000	2005
	Inicio del proyecto	Fin del período de financiamiento del proyecto
Tasa de fertilidad total	3,9	3,3
Tasa de uso de anticonceptivos	60,0	69,0
Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos	160,0	83,4
Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos	45,2	30,0

Fuente: PNUD. 2005.

Expansión del acceso de las poblaciones subatendidas

Al cierre del período de financiamiento del proyecto, las redes combinadas de centros con franquicia completa y parcial proporcionaban servicios a casi 40.000 clientes al año en Honduras y aproximadamente 25.000 clientes anuales en Nicaragua. A lo largo del proyecto, las redes de franquicias completas y parciales atendieron un número similar de clientes en los respectivos países. El perfil de los grupos de usuarios fue muy similar en los cuatro modelos probados. Si bien el costo de los servicios para los clientes en los modelos de franquicia completa fue en general menor que en las franquicias parciales, la disposición o capacidad de los clientes para usar los servicios de SSR, más que su capacidad para pagarlos, fue la principal diferencia entre los grupos de usuarios. Las franquicias fraccionales solían ofrecer horarios de apertura más flexibles que, por tanto, eran más convenientes para los clientes de los barrios en donde trabajaban y eran algo por lo que los clientes estaban dispuestos a pagar. Pese a que cobraban más al cliente por servicios que las franquicias completas, las franquicias parciales eran más eficaces para captar clientes.

La incorporación de un sistema de vales en los cuatro modelos incrementó el acceso a las clínicas franquiciadas para clientes con una capacidad limitada o nula de pagar los servicios. En los barrios más pobres atendidos por las clínicas se distribuyeron a clientes potenciales vales que brindaban a los usuarios el derecho a un servicio gratuito de SSR o a un paquete de servicios. El número de clientes atendidos por medio de vales se limitó al 10% del número total de clientes. Los vales aumentaron el uso de los servicios cuando fueron empleados por los modelos de franquicias completas y parciales. Sin embargo, en ninguno de estos modelos fue posible captar un número significativo de visitas posteriores pagadas por los mismos clientes. En algunos casos, en donde no hubo un sistema de vales, algunos proveedores de servicios estaban preparados a ofrecer algunos servicios subsidiados para atraer clientes, aunque igualmente fue difícil lograr que estos clientes regresaran y estuvieran dispuestos a pagar. Sin financiamiento externo, ninguno de los modelos de franquicia que ofrecían servicios médicos generales o de SSR en las zonas cubiertas por el proyecto fueron capaces de llegar a poblaciones con muy poca o nula capacidad de pagar por los servicios.

Al cierre del período de financiamiento del proyecto, las redes combinadas de centros con franquicia completa y parcial proporcionaban servicios a casi 40.000 clientes al año en Honduras y aproximadamente 25.000 clientes anuales en Nicaragua.



Parámetro de eficiencia en términos de costos	Honduras		Nicaragua	
	Franquicia completa	Franquicia parcial	Franquicia completa	Franquicia parcial
Número máximo de usuarios por proveedor de servicios al día	30	30	30	30
Número máximo estimado de usuarios que demandan servicios de PF o SSR por proveedor de servicios al día	25	20	25	24
Servicios proporcionados	SSR, PF y algunos servicios de medicina general	Medicina general y algunos servicios de SSR y PF	SSR, PF y algunos servicios de medicina general	SSR, PF y algunos servicios de medicina general
Monto de inversión por clínica para el franquiciante	Alto	Bajo	Alto	Bajo
Monto máximo de crédito disponible por franquiciado (ofrecido por franquiciante)	US\$90.000	US\$10.000	US\$90.000	US\$1.000–3.000
Costos de IEC para el franquiciante	Materiales y medios	Materiales y medios	Materiales y medios	Materiales y medios
Costos de mercadeo para el franquiciante	Materiales y medios	Ninguno (médicos lo pagan de su fondo crediticio)	Materiales y medios	
Costos fijos y de administración de franquicia	Altos	Medianos (por la distribución geográfica de los franquiciados)	Altos	Bajos

Eficiencia en términos de costos

La tabla superior ofrece un panorama cualitativo de los principales elementos de eficiencia en términos de costos de cada uno de los modelos probados. Este panorama está basado en la experiencia durante el período de financiamiento, entrevistas durante las evaluaciones de medio término y finales, los presupuestos del proyecto y las proyecciones de tasas de uso con capacidad plenamente usada.

Las redes de franquicias completas y parciales en ambos países captaron una cantidad similar de clientes en el período del proyecto. Cuando se compararon los fondos y recursos humanos invertidos con la cantidad absoluta de clientes en cada modelo, los modelos de franquicias parciales probaron ser más eficientes en términos de costos que las redes de franquicias completas, ya que necesitaron menores niveles de inversión y crédito por usuario de servicios.

18 Sección 4: Resultados



Comparación de ingresos a costos operativos: franquicias completas
(no se registraron cifras de ingresos y gastos para las franquicias parciales)

	Honduras	Nicaragua
2003 – a la mitad del período de financiamiento	98%	90,5%
2005 – fin del período de financiamiento	146%	139%

Fuente: Estadísticas trimestrales de MSI

Beneficios y riesgos

El cliente

A través de las franquicias sociales de servicios de SSR, el cliente ganó acceso a una mayor gama de servicios con precio competitivo, ofrecidos por proveedores que cumplen con los estándares de calidad en la atención establecidos por MSI. Si bien el modelo de franquicias completas ofreció servicios a los precios más competitivos, la mayor flexibilidad del modelo de franquicias parciales pareció ser el que más beneficios otorgó a los clientes, ya que manejaban horarios de apertura más convenientes. No se registraron riesgos aparentes al cliente derivados de las franquicias sociales.

Los franquiciados

En el contexto de los modelos probados se puede argumentar que los franquiciados son la parte que mayor beneficio obtiene de las franquicias sociales. Además de recibir créditos blandos para expandir y mejorar sus operaciones, reciben capacitación y apoyo tanto en el ámbito clínico como en el de administración de negocios. También se benefician del abasto garantizado de suministros médicos subsidiados y líneas de crédito para la compra de estos suministros. Gracias al uso de una marca que garantiza la alta calidad en la atención, los franquiciados lograron obtener contratos de atención a la salud con sindicatos de trabajadores y para los empleados de negocios locales. Los diversos franquiciados unidos en una red ofrecieron una amplia gama de servicios y, por tanto, pudieron referir clientes a otros proveedores especializados de servicios en la red y, a su vez, recibir clientes referidos. Los riesgos que enfrentaron los franquiciados estuvieron limitados a la posibilidad de perder sus activos en caso de no poder cubrir las amortizaciones y a cualquier reacción adversa que se presentó como resultado de estar asociado con un proveedor de servicios de SSR.

El franquiciante

Como franquiciante, MSI se benefició de lograr un mayor reconocimiento de su marca gracias a una mayor penetración en el mercado. Esto se logró estableciendo una red conformada por proveedores de servicios alineados con la misión y la meta de MSI y que seguían el elevado estándar de provisión de servicios de alta calidad de MSI. Sin embargo, ninguno de los modelos de franquicia, ya sean las completas o las parciales, permiten que el franquiciante recupere el monto de su inversión. Aunque se estableció un fondo revolvente para captar las amortizaciones de los créditos, el apoyo a las redes en el mediano y largo plazo, como recurso finito, no fue posible sin el financiamiento de fuentes externas.

Las agencias donantes

Para los donantes, los beneficios de apoyar iniciativas de franquicias sociales fueron similares a los que recibió el franquiciante: principalmente, una amplia cobertura de servicios y el consecuente impacto general en la salud logrado de manera relativamente rápida (y en el caso del apoyo a las franquicias parciales, a un costo relativamente bajo). Las redes de franquicias también permitieron que los donantes iniciaran otros proyectos complementarios que requerían una base existente de proveedores de servicios con capacidades y estándares probados. Sin embargo, las agencias financiadoras deben tener en cuenta que, si bien no desempeñan un papel formal en el acuerdo legal de crédito establecido entre el franquiciante y el franquiciado, es probable que estén involucradas en cualquier medida requerida para recuperar los créditos.

20 Sección 5: Conclusiones y lecciones aprendidas

Cada uno de los tres proyectos probados demostró elementos relacionados con su capacidad para ser instrumentado y copiado, además de su capacidad para alcanzar sus metas y propósitos, algo que tuvo un impacto positivo en la SSR de la población en general. Al comparar un modelo con su equivalente en un país vecino, se presentan pocas diferencias entre los de Honduras y los de Nicaragua. Los modelos de franquicias parciales captaron un número similar de clientes en Nicaragua y Honduras y, de igual forma, los modelos de franquicia completa presentaron una nivel parecido de clientes en ambos países. Tanto los modelos de franquicia completa como los de franquicia parcial ampliaron el acceso a la SSR para las poblaciones locales, particularmente en lugares donde los servicios públicos no podían ofrecer una gama completa de servicios de SSR o donde no contaban con la calidad necesaria en la atención. Sin embargo, algunos miembros de las franquicias parciales mostraron un mayor potencial para alcanzar

la sostenibilidad financiera general que las franquicias completas.

Las franquicias parciales también parecieron superiores debido a que su habilidad para ofrecer servicios de SSR en conjunto con servicios médicos generales probó su potencial para atraer nuevos usuarios de planificación familiar que no buscan estos servicios cuando se ofrecen de manera aislada. Adicionalmente, los clientes que acudieron a las franquicias parciales se beneficiaron de mayor intimidad, ya que no era obvio para otras personas que buscaban específicamente servicios de SSR. Esto quizá explique el hecho que la demanda de servicios de SSR por parte de clientes varones fue mayor en las franquicias parciales. Otra ventaja del modelo parcial fue la oportunidad de desarrollar una gama de servicios más diversa con menores niveles de inversión, algo que mejoraba la probabilidad de pago de los créditos y aceleraba su liquidación.

Los miembros de las franquicias parciales mostraron un mayor potencial para alcanzar la estabilidad financiera general que las franquicias completas.



Las franquicias más exitosas fueron aquellas establecidas por médicos que ya eran conocidos en el barrio y que tenían una clientela existente.

Si bien ambos modelos de franquicia ayudaron a desarrollar las habilidades de los proveedores de servicios al ayudarles a ampliar la gama de servicios disponibles, las redes de franquicias parciales presentaron las mayores mejoras en cuanto a la disponibilidad de servicios para los clientes. Sin embargo, las franquicias completas tuvieron un programa de SSR más amplio, enfocado específicamente en mejorar la conciencia de temas de SSR y en ampliar el acceso a los servicios, que a su vez fue mejor para aumentar la percepción de la importancia de la SSR en las comunidades. Tomando en cuenta el estigma asociado con los temas de SSR en las poblaciones de países con tasas crecientes de VIH/SIDA y embarazos no deseados, no se puede subestimar la importancia de elevar el perfil de los temas de SSR.

Aunque tanto el modelo de franquicias completas como el de franquicias parciales demostró potencial para repetirse, el segundo probó ser una opción particularmente viable para la expansión rápida de los servicios de SSR en un país, particularmente cuando existe una cultura de acudir a médicos privados de confianza. El modelo de franquicias parciales tuvo mayor eficiencia en términos de costos desde la perspectiva de los donantes, con un alto nivel de usuarios y bajos niveles de inversión y crédito, aunque los gastos de crédito y supervisión de la red fueron significativos. Sin embargo, el modelo de franquicia completa requiere mayores gastos de inversión durante un período de tiempo más largo.

Lecciones aprendidas:

- Los modelos de franquicia deben ser lo más sencillos posible, particularmente si exploran vías innovadoras para involucrar al sector privado en la provisión de servicios
- Para instrumentar una franquicia social exitosamente, el franquiciante necesita tener una mentalidad empresarial, respaldada por la capacidad institucional requerida
- Las franquicias más exitosas son establecidas por médicos que ya son conocidos en el barrio y que tienen una clientela existente. En zonas donde no existe mucha conciencia sobre la marca de la franquicia, es esencial seleccionar franquiciados que son muy conocidos localmente
- Se deben establecer y mantener criterios claros para la selección de franquiciados. Los franquiciados potenciales deben demostrar un alto nivel de motivación para participar
- Todos los proveedores de atención y los trabajadores de extensión comunitarios deben recibir capacitación sobre temas específicos de SSR. Esto probó ser una parte importante de la base para desarrollar un programa eficaz de IEC, que es la única manera en que se puede tener un impacto significativo en las ideas equivocadas en torno a la SSR que están fundamentadas en la cultura y en las creencias
- Los acuerdos de franquicia y los acuerdos de crédito deben ser separados y definidos con toda claridad, incluyendo vínculos entre ellos si es apropiado (por ejemplo, si el franquiciado no cubre las amortizaciones del préstamo, él/ella pierde la franquicia)
- Los manuales de operación sólo deben incluir información esencial referente a las normas de las franquicias
- Los sistemas de vigilancia deben centrarse sólo en la información esencial para evitar cargas innecesarias para el franquiciante y los franquiciados

22 Sección 5: Conclusiones y lecciones aprendidas

- Es importante identificar grupos objetivo que cumplan los objetivos sociales del proyecto pero que no reduzcan el potencial de sostenibilidad de la franquicia. Para ser sostenibles, las clínicas franquiciadas deben atraer un segmento del mercado que está dispuesto a pagar por los servicios. Esto puede causar conflictos con las metas sociales de los proyectos, que suelen estar dirigidas a grupos de bajos ingresos y grupos subatendidos. Los grupos subatendidos que tienen capacidad y disposición para pagar son los grupos objetivo más adecuados para las franquicias sociales sostenibles
- Deben concederse créditos de arranque para cubrir las inversiones de capital en lugar de pagar costos operativos. Se deben tomar medidas para asegurar que los franquiciados cuenten con un activo tangible y un negocio viable después de liquidar su préstamo o si se retiran de la franquicia. Los subsidios para cubrir costos operativos deben ser otorgados como donaciones y no como créditos
- Deben cobrarse intereses sobre los préstamos, aunque sean bajos. Las personas toman más en serio los créditos si tienen que pagar intereses. Asimismo, los créditos sin intereses pueden despertar suspicacias. Las tasas de interés bajas también crean una estrategia de salida para el franquiciante si la organización se retira del país antes de que se liquiden los créditos, ya que la cartera de préstamos se puede traspasar a otra organización de microcrédito
- El valor de las garantías de crédito debe ser proporcional al valor del préstamo. Si no se pueden ofrecer garantías, el tamaño de los préstamos quizá sea demasiado alto para las condiciones locales
- El franquiciante debe estar conciente que el marco legal que rige las franquicias de organizaciones sin fines de lucro puede ser limitado o inexistente. De hecho, incluso si existen leyes relevantes, hacerlas valer puede ser extremadamente difícil. Debido al intercambio financiero en las franquicias (particularmente los créditos), una organización sin fines de lucro quizá no esté legalmente autorizada para actuar como una agencia de préstamos, por lo cual debe en este caso subcontratar este componente a terceros. El franquiciante debe estar conciente que debe atender las moratorias de los préstamos, situaciones que pueden alterar la percepción pública de una agencia sin fines de lucro, particularmente una que tradicionalmente manejó programas dirigidos a los segmentos más pobres de la población
- Los materiales gratuitos de IEC simples y de fácil comprensión y acceso para clientes existentes y potenciales son una parte importante de los esfuerzos para aumentar la conciencia sobre la disponibilidad de servicios y los temas de SSR
- Las estrategias de IEC y de mercadeo deben definirse claramente y por separado, aunque pueden haber traslapes en el ámbito de las actividades
- Las franquicias parciales son más flexibles y más capaces para adaptarse a las condiciones culturales y de mercado locales. En pueblos pequeños, una franquicia parcial puede ser viable aunque el mercado para una franquicia completa de SSR puede ser demasiado reducido
- En caso de ser necesario, debe analizarse y ajustarse la estructura de costos de las normas de franquicia para las clínicas con un solo médico para asegurar que todas las clínicas franquiciadas sean financieramente sostenibles
- El uso del nombre de una ONG o donante internacional lleva a que los clientes esperen servicios subsidiados o gratuitos, lo que resulta incompatible con el modelo de una franquicia social sostenible
- Los precios de los servicios deben ser suficientemente flexibles para reflejar las condiciones económicas locales. La publicidad y el mercadeo debe ser descentralizado y debe adaptarse a las características de cada localidad.



Franquicias sociales: Nuevas tendencias de Marie Stopes International

Después de revisar y evaluar los modelos probados en Honduras y Nicaragua, MSI logró perfeccionar aun más sus modelos de franquicia.

En términos generales, una red de clínicas con franquicia parcial debe tener las siguientes características:

- Debe estar ubicada donde logre llegar a una base específica de clientes. Por ejemplo, debe abrir en zonas de bajos ingresos para llegar a clientes pobres;
- La composición en términos de género de los proveedores de servicios debe reflejar las preferencias de los clientes;
- Debe asegurar que los proveedores de servicios estén motivados para proporcionar IEC y consejería a varones y mujeres, sin importar el género del proveedor;
- Debe asegurar que la señalización de la clínica sea neutral en términos de servicios en lugar de estar enfocada en SSR y PF, que en algunos países están asociadas con la salud de las mujeres
- Debe haber disponibilidad de créditos pequeños para mejoras en la clínica y para equipo
- El sistema de vigilancia debe ser sencillo y utilizar la compra de métodos de planificación familiar por parte de los médicos como su indicador principal;
- Los proveedores deben tener medios para atender más clientes antes de unirse a la franquicia y, por tanto, deben tener la capacidad de añadir clientes y generar más ingreso.

Una red de clínicas con franquicia completa debe tener las siguientes características:

- Debe tener normas simplificadas de operación de la franquicia para reducir la estructura de costos (principalmente, bajos requerimientos de personal y equipo)
- Sus clínicas deben establecerse en las instalaciones propias del franquiciado para asegurar que éstos tengan un activo tangible y un negocio en marcha al terminar el proyecto
- Los franquiciados deben tener una capacidad empresarial probada
- Los préstamos garantizados deben otorgarse para inversiones de capital y para subsidios operativos deben concederse donaciones.

En ambos casos, los franquiciados más exitosos fueron los que eran conocidos en la comunidad y que tenían una clientela existente, pero cuyos negocios no eran tan exitosos como podrían ser. Una clientela existente puede ser clave cuando el nombre de la marca de la franquicia no es muy conocido por la población objetivo. Es imperativo que la relación comercial y legal (incluyendo la propiedad de la marca y las condiciones de su uso) se defina y sea comprendida claramente por el franquiciado y el franquiciante. MSI aprendió que era clave asegurar que las garantías legales y financieras ofrecidas por los franquiciados estuvieran documentadas apropiadamente para recuperar cualquier parte de los gastos iniciales de inversión, al igual que obtener el compromiso pleno de los franquiciados en las etapas iniciales.

Conforme se perfeccionen los modelos de franquicia, las redes de franquicias pueden ser integradas formalmente a las estrategias nacionales de salud. Su incorporación dentro de mecanismos de financiamiento como el seguro de salud nacional y los ES (enfoques sectoriales, SWAps, por sus siglas en inglés) proporcionan a los ministerios de salud mecanismos estructurados y eficientes en términos de costos para colaborar con un gran número de proveedores del sector privado.

Conforme se perfeccionan los modelos de franquicia, las redes de franquicias pueden ser integradas formalmente en las estrategias nacionales de salud.



Las poblaciones objetivo deben ser grupos que están dispuestos a pagar por los servicios. Esto incluye a los pobres, muchos de los cuales están dispuestos a pagar pequeños montos para tener servicios de calidad y comodidad. En muchos casos, los varones (y los adolescentes y varones adultos jóvenes en particular) son una parte importante, aunque frecuentemente ignorada, de las poblaciones objetivo que puede ser alcanzada con relativa facilidad mediante el uso de un modelo de franquicias parciales. Las poblaciones objetivo deben estar concentradas en áreas geográficas en las que el franquiciante tenga la capacidad de ejercer vigilancia y supervisión.

MSI ha expandido el modelo de franquicias sociales más allá de Honduras y Nicaragua. En Bangladesh, nuestro socio, Marie Stopes Clinic Society, está integrando las lecciones aprendidas de las pruebas piloto de Centroamérica a su programa de asociación con médicos generales, con lo que se fortalece una red existente de 60 médicos generales (que de hecho son franquiciados parciales). Además, están evaluando la factibilidad de expandir la red con el objetivo de proveer un sistema de acreditación con aprobación gubernamental a través del uso de los estándares de MSI a los que deben adherirse los proveedores de servicios. Nuestro socio en Kenia, Marie Stopes Kenya, apoya una red de 120 franquiciados para proveer métodos anticonceptivos permanentes y de largo plazo con el objetivo de apoyar a los proveedores para que expandan su gama actual de servicios de modo que puedan ofrecer más servicios de SSR. Tanto en Etiopía como en Ghana, MSI está evaluando el modelo de franquicia como forma de incrementar el acceso y la cobertura de los servicios de SSR sostenibles y de buena calidad fortaleciendo la capacidad de proveedores de servicios establecidos para que puedan ofrecer una mejor gama de servicios de SSR.

referencias

Social Franchising – Does it work? Elisabeth Smith Consulting. 1996.

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (Universidad Autónoma de Nicaragua). 2005.

UNDP. 2005. *Human Development Reports* <http://hdr.undp.org/statistics/data/countries.cfm>

referenciado 03/12/05

Marie Stopes International
153-157 Cleveland Street
London W1T 6QW
United Kingdom

Telephone
+44 (0)20 7574 7400

Facsimile
+44 (0)20 7574 7417

Email
info@mariestopes.org.uk

Website
www.mariestopes.org.uk

Registered Charity No.
265543

Company No.
1102208