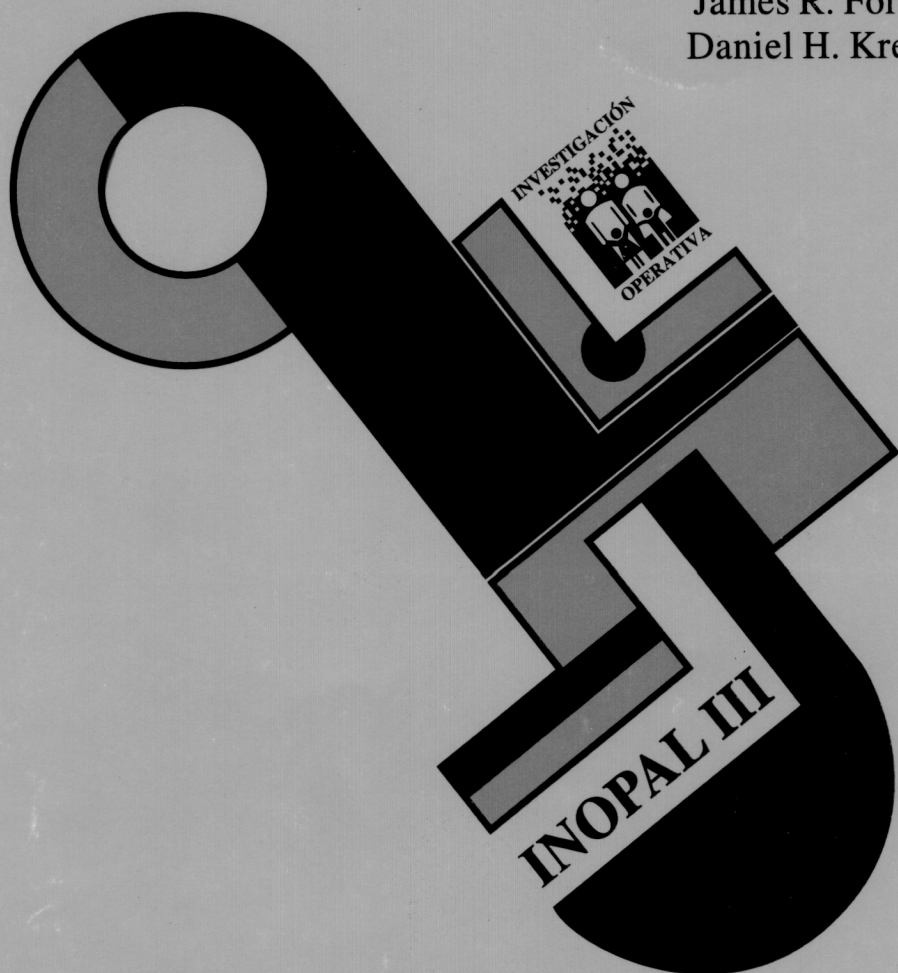


DOCUMENTOS DE TRABAJO, núm. 9, 1998

F 27.34 / P831 v 9

La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de atención familiar y salud reproductiva

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



Nº 000001019

006263

27.34

P831

V. 9



La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva

Teresa de Vargas¹

John H. Bratt²

Varuni Dayaratna³

James R. Foreit⁴

Daniel H. Kress⁵

1. Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF).
2. Family Health International.
3. The Futures Group International.
4. Population Council.
5. Abt, Associates.

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

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

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

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

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

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

El sector de servicios familiares es una prioridad para los gobiernos de muchos países en desarrollo. La planificación familiar y la salud reproductiva son áreas clave para el desarrollo humano y económico. Este documento analiza el impacto de los cambios de precios en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, considerando la elasticidad de la demanda y el comportamiento del consumidor.

La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva

El cambio de precios de la demanda es ΔP . El cambio de cantidad demandada es ΔQ . El coeficiente de elasticidad de la demanda es E_D .

$$E_D = \frac{\Delta Q / Q}{\Delta P / P}$$

Donde Q = cantidad demandada
 P = precio

Generalmente, E_D se mueven en direcciones opuestas, por lo que el coeficiente E_D es casi siempre negativo. Para facilitar la comparación, los signos negativos se ignoran como números positivos. Un valor de E_D de 1 significa que un porcentaje de incremento en el precio resulta en una reducción de 1% en la cantidad demandada. Por ejemplo, una E_D de 2 significa que un incremento de 1% en el precio resulta en una reducción de 2% de la demanda. Por lo tanto, la demanda puede ser elástica, inelástica o unitariamente elástica. Si el valor calculado es mayor que uno, se dice que la demanda es elástica. En esos casos, subir el precio de un bien lleva a una pérdida de ganancias total, porque el aumento de precios no compensa la reducción en la demanda. Por el contrario, si el valor calculado es menor que uno,

Introducción

El sostenimiento financiero es una prioridad entre los prestadores de servicios de planificación familiar y salud reproductiva (PF/SR) en los países en desarrollo. Actualmente algunas organizaciones no gubernamentales (ONG's) recuperan costos cobrando cuotas por servicios que antes se ofrecían gratuitamente o a precios subsidiados. Sin embargo, el cobro a usuarias es controversial. A los administradores de programas y a los donantes les preocupa que los precios reduzcan el acceso a los servicios, especialmente a las mujeres más pobres. En muchos programas, el número de clientes se utiliza como indicador de éxito, por lo tanto, un descenso en el uso de servicios, asociado a un incremento en precios puede ser inaceptable. Debido a estas inquietudes, las organizaciones que prestan servicios necesitan conocer el posible impacto de modificaciones en precios sobre el uso, y el balance entre optimizar su nivel de sostenimiento y ofrecer servicios a clientes de bajos ingresos. Un parámetro clave para tomar este tipo de decisiones es el sostenimiento de la demanda ante cambios en los precios, es decir, la elasticidad de precios de la demanda (EDP).

La ley de la oferta y la demanda indica que el aumento de precios lleva a una menor demanda. La elasticidad de precios de la demanda de un bien o servicio mide la magnitud del descenso o aumento de la cantidad demandada, asociada a un incremento en precios. Matemáticamente, la elasticidad de precios de la demanda se define como:

Elasticidad de precios de la demanda = $e(CD,P)$ = Cambio de porcentaje en CD / Cambio de porcentaje en P

Donde CD = cantidad demandada

P = precio

Generalmente, C y P se mueven en direcciones opuestas, por consiguiente $e(CD,P)$ es casi siempre negativa. Para facilitar la presentación, los siguientes cálculos se presentan como números positivos. Un valor de $e(CD,P)$ de 1 significa que un porcentaje de incremento en el precio resulta en una reducción de 1% en la cantidad demandada. Igualmente, una $e(CD,P)$ de 2 significa que un incremento de precio de 1% resulta en una reducción de 2% de la demanda, etcétera.

La demanda puede ser elástica, inelástica o unitariamente elástica. Si el valor calculado es mayor que uno, se dice que la demanda es elástica. En esos casos, subir el precio de un bien lleva a una baja en la ganancia total, porque el aumento de precios no compensa la reducción en la demanda. Por el contrario, si el valor computado es menor de uno,

se dice que la demanda es inelástica y el aumento de precio se traduce en mayores ganancias. Finalmente, si el valor computado es exactamente uno, la demanda es unitariamente elástica, y el aumento de precios no produce cambios en las ganancias. La elasticidad de precios de la demanda, por lo general, no es constante en todos los puntos de la curva de la demanda. La demanda puede ser inelástica cuando los precios son bajos y elástica cuando los precios son altos. Por ejemplo, si el precio de un ciclo de pastillas es de US\$0.20, un aumento de 50% a 30 centavos probablemente no resultará en una baja de un porcentaje similar en las ventas. Sin embargo, a un precio inicial de US\$ 2.0, un aumento de 50% representa un aumento absoluto en las ganancias necesarias para comprar el producto, y la caída en la demanda sería mayor que el precio más bajo.

Una metodología confiable y fácil de aplicar para determinar la elasticidad de la demanda, ayudaría a los administradores de programas a lograr un balance entre el sostenimiento y el acceso a los servicios. Desafortunadamente se han desarrollado pocas metodologías que hayan comprobado su validez predictiva en el campo de los programas de planificación familiar y salud reproductiva (PF/SR).¹ El presente estudio intenta identificar y validar tal metodología.

En este documento se prueba la validez predictiva de las Encuestas de Voluntad de Pago (EVDP, también conocida como Valoración Contingente) para predecir la elasticidad de precios de la demanda. El estudio compara los cambios esperados en las elasticidades basándose en respuestas a las preguntas de las EVDP con los cambios reales observados durante un experimento en el que se aumentaron los precios de los servicios de una ONG en Ecuador.

Las EVDP miden la disposición del consumidor de pagar precios hipotéticos por un bien o servicio. Esta información se usa para calcular la elasticidad de precios de la demanda. A pesar de ser nueva su aplicación en programas de PF/SR, la metodología se ha utilizado ampliamente para evaluar los daños ambientales, al asignar un valor monetario a los recursos naturales no comerciales y preguntando a las personas cuánto estarían dispuestas a pagar por la preservación de bosques, lagos, calidad del aire, etcétera.

La encuesta consiste en preguntar al consumidor si estaría dispuesto a pagar varios precios por un bien. Esta herramienta puede aplicarse rápida y económicamente.

Marco del programa

El estudio fue realizado entre agosto de 1996 y junio de 1997, por las clínicas del Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), una ONG ecuatoriana. CEMOPLAF fue creada en 1974 para dar servicio a parejas de bajos ingresos. Sus clientes son principalmente mujeres urbanas de la clase trabajadora, 20% de las cuales, aproximadamente, viven en o debajo de la línea de pobreza. La agencia opera más de 20 clínicas de PF/SR, y lleva a cabo programas de distribución comunitaria (DC) y de mercadeo social. Los anticonceptivos que ofrecen las clínicas de CEMOPLAF incluyen el DIU (el método más comúnmente aceptado), los métodos hormonales, de barrera y esterilización. También brindan otros servicios de salud reproductiva, como atención obstétrica y ginecológica, atención pre y post-natal y servicios de pediatría. Muchos de estos servicios están subsidiados, por lo que su costo es bajo.

CEMOPLAF busca actualmente mejorar la recuperación de costos mientras continua sirviendo a su población objetivo. En 1996, la organización recuperó más de 70% de los costos mediante ingresos generados localmente. Sin embargo, debido a su cuantioso subsidio, la venta de servicios clínicos sólo correspondía a 6% del total del ingreso de la agencia. Por ejemplo, al cobrar US\$ 6.65 por una inserción de DIU y un poco más de US\$20 por una consulta de ginecología y una revisión de DIU, CEMOPLAF recuperaba sólo 62% del costo de las consultas. Además, los precios de CEMOPLAF por un año de servicios de DIU (inserción más un promedio de 1.4 visitas de revisión) o un tratamiento ginecológico (incluyendo diagnóstico y curación) representaban sólo 1.2% del ingreso anual hasta para los clientes más pobres.² Estos datos sugirieron que CEMOPLAF podría elevar sus precios sin limitar el acceso de los clientes pobres. Sin embargo, en vez de subir arbitrariamente los precios subsidiados de los servicios clínicos, los administradores de programas querían conocer el impacto de dichos aumentos sobre la utilización de los servicios. Consecuentemente, el estudio de investigación operativa se diseñó con los siguientes objetivos:

- Conocer el impacto de los precios más altos sobre la utilización y las ganancias de la clínica.
- Evaluar el impacto del aumento de precios sobre el acceso de los clientes de bajos ingresos.
- Determinar si las respuestas de los clientes a las preguntas de la encuesta de voluntad de pago aplicada antes de aumentar los precios, predicen de manera confiable la elasticidad de precios de la demanda de servicios de PF/SR.

Metodología

El estudio consistió en la aplicación de las encuestas de voluntad de pago y un experimento. Se utilizó una EVDP para predecir la demanda de servicios de CEMOPLAF con diferentes niveles de precios hipotéticos, y para determinar los aumentos de precios se usó el experimento subsiguiente que medía el cambio real en la demanda, atribuible al aumento de precios. Éste se comparó después con el cambio esperado de acuerdo con la EVDP. Durante la fase experimental de once meses, se aplicaron dos encuestas de EVDP de seguimiento para determinar los efectos de los aumentos de precios en las características de los clientes y se recopilaron datos sobre utilización y ganancias de la clínica.

Encuestas de voluntad de pago

La primera ronda de encuestas de voluntad de pago se efectuó dos meses antes de la aplicación del aumento experimental de precios, en noviembre de 1996. La segunda y tercera encuestas fueron realizadas tres y siete meses después del aumento de precios, respectivamente.

En cada ronda de encuestas, los clientes de 15 clínicas contestaron preguntas sobre su disposición a aceptar incrementos hipotéticos de precios por los servicios de CEMOPLAF. Fueron entrevistados todos los clientes que entraban a las clínicas participantes durante un periodo de un mes, o los primeros 400 clientes de ese mes, lo que se alcanzara primero. Las preguntas de voluntad de pago tomaban la forma de "regateo". Se le mencionaba al entrevistado una primera "oferta" (S./4,500), quien la aceptaba o rechazaba; la cantidad era entonces elevada (S./9,000) o reducida (S./2,500) dependiendo de la respuesta.³

Para evitar las principales fuentes de error asociadas con estos instrumentos,⁴ el cuestionario fue diseñado con las siguientes características: 1) se basó en entrevistas personales; 2) utilizó preguntas cerradas que ilustraban la disposición de los entrevistados a pagar una cantidad específica o aceptar un aumento de precio; 3) se les explicó a los clientes que el aumento era real (no solamente provocado por la inflación) y que al pagar más por el servicio, se reduciría la cantidad de dinero disponible para gastar en otras cosas; 4) se recordó a los entrevistados que había sustitutos para el servicio en cuestión, y 5) se preguntó a los entrevistados sobre factores que podrían influir en sus preferencias.⁵ Una parte sustancial de la encuesta consistía en preguntas sobre las características socioeconómicas y demográficas.

El experimento

El experimento utilizó un diseño de bloques randomizados e incluyó 15 clínicas de CEMOPLAF que ofrecen servicios a clientes con perfiles socioeconómicos similares.⁶ Primero se clasificó a las clínicas de acuerdo con un índice de precios de DIU y de consultas ginecológicas de 1996. Después se dividieron en cinco bloques de tres clínicas cada uno, de manera que el primero agrupaba tres clínicas con los precios más altos (clínicas en el rango 1-3); el segundo incluía tres clínicas con la siguiente categoría de precios (clínicas en el rango 3-6), etc. Dentro de cada bloque, las clínicas fueron asignadas al azar al grupo de control o a una de las dos condiciones experimentales. El tercer paso fue establecer los aumentos de precio programados. En el grupo control, los precios se aumentaron 20%, sólo para mantener el ritmo de la inflación. En los dos grupos de tratamiento, los precios se aumentaron 40 y 60%, respectivamente.

Resultados

Grado de apego al diseño de investigación

Aunque el diseño de investigación original exigía aumentos de precios idénticos (20, 40 o 60%) para todas las clínicas pertenecientes a cualquiera de los grupos, no todas las clínicas aplicaron el aumento completo. Esto dio como resultado que cada grupo tuviera un rango diferente de aumentos de precios por clínica. El rango en el grupo de control era de 10-20%; en el grupo experimental 1, 30-40%, y en el grupo experimental 2, 50-60%. Las variaciones se originaron debido a que Ecuador tiene una alta tasa de inflación, acompañada de escasez de billetes de denominaciones pequeñas. Para facilitar los pagos en efectivo, las clínicas redondeaban los precios, la mayoría de las veces hacia abajo. Debido a que los precios iniciales de los servicios estudiados eran bajos en términos absolutos —con frecuencia menos de US\$2.0— las pequeñas cantidades del redondeo dieron como resultado importantes desviaciones del porcentaje de las metas de aumento de precios. Sin embargo, como los rangos de precios no se traslaparon, la desviación del diseño original no afectó nuestra capacidad de interpretar los resultados del estudio.

Un problema mayor fue que los entrevistadores explicaron incorrectamente las preguntas sobre disposición de pago por inserción de DIU a los entrevistados durante la primera ronda de entrevistas. Aunque el problema se corrigió en las siguientes rondas, nos fue imposible ha-

cer cálculos precisos sobre la elasticidad de precios de la demanda en inserciones de DIU, uno de los servicios más solicitados en CEMOPLAF.

Elasticidad de precios de la demanda observada: el impacto de los aumentos de precios experimentales

La tabla 1 muestra los precios promedio y el número promedio de visitas, con sus desviaciones estándar, para cada servicio por grupo de clínicas, respecto a los trimestres previos y posteriores al alza de precios de noviembre de 1996.

Todos los grupos sufrieron una reducción en la utilización de los servicios después del aumento de precios. Cuatro factores contribuyeron a la disminución de las visitas: 1) las tendencias de largo plazo de la utilización de los servicios de CEMOPLAF (esta disminución se observa desde 1995); 2) la estacionalidad (diciembre es tradicionalmente un mes con poca actividad en las clínicas de CEMOPLAF); 3) los disturbios civiles durante el periodo experimental (marchas, huelgas y barricadas para forzar la renuncia del entonces presidente de Ecuador), y 4) los aumentos de precios. El diseño experimental nos permite controlar el efecto de los tres primeros factores contextuales y aislar la influencia de los aumentos de precios en los cambios en el volumen de servicios.

La elasticidad de precios de la demanda *observada* para los tres servicios es -0.32 para ginecobstetricia, -0.42 para revisiones de DIU, y -0.019 para servicios prenatales. Estos cálculos, que se relacionan con los incrementos de precios vigentes en el momento del experimento, muestran que la demanda de servicios de CEMOPLAF era inelástica. El análisis de covarianza muestra que los cambios en el volumen de servicios para los dos grupos experimentales no fueron significativamente diferentes de los cambios observados en el grupo de control.

Comparación de la elasticidad de precios de la demanda observada y la esperada

Utilizamos un modelo de *regresión logística* aplicada a los datos de la primera ronda de EVDP para calcular la elasticidad esperada de los aumentos de precios comparables a la situación experimental. Por lo tanto, los valores esperados son completamente comparables con la elasticidad observada.

Los cálculos de las encuestas permiten anticipar que la demanda por los tres servicios de CEMOPLAF es inelástica. Esto es congruente

Tabla 1
Precios y visitas antes y después del aumento de precios experimental

	<i>Nombre clínica</i>	<i>Precio promedio</i>			<i>Núm. promedio de visitas</i>		
		<i>oct. 96</i>	<i>nov. 96</i>	<i>% cambio</i>	<i>ago.-oct. 1996</i>	<i>nov.96-ene.97</i>	<i>% cambio</i>
Ginecobstetricia	Grupo de control	2.53 (0.92)	2.97 (1.13)	17.6	311 (133)	247 (106)	-20.5
	Grupo experimental 1	2.50 (0.64)	3.39 (0.63)	35.6	183 (80)	135 (75)	-26.1
	Grupo experimental 2	2.28 (0.41)	3.50 (0.80)	53.7	94 (73)	64 (54)	-32.0
Revisión DIU	Grupo de control	1.77 (0.29)	2.08 (0.34)	17.6	185 (85)	174 (79)	- 6.3
	Grupo experimental 1	1.64 (0.32)	2.30 (0.50)	40.7	191 (111)	164 (84)	-14.1
	Grupo experimental 2	2.04 (1.966)	3.12 (0.84)	54.4	160 (79)	119 (54)	-10.3
Prenatal	Grupo de control	2.59 (0.82)	3.00 (1.03)	17.0	71 (29)	65 (22)	- 7.7
	Grupo experimental 1	2.17 (0.25)	2.97 (0.33)	37.2	109 (41)	97 (34)	-10.3
	Grupo experimental 2	1.83 (0.47)	2.83 (0.83)	54.5	74 (44)	61 (23)	-17.0

Nota: desviaciones estándar entre paréntesis. Tasa de cambio USD\$1.0 = S./3,600.

Tabla 2
Elasticidad de precios observada y esperada

	Observada	Esperada	Diferencia
Ginecobstetricia	0.32	0.24	0.08
Revisiones	0.42	0.20	0.22
Prenatal	0.19	0.64	-0.45

con los resultados esperados. Las diferencias entre las elasticidades observadas y las esperadas —errores de predicción— son pequeñas y no muestran patrones consistentes de sub o sobrestimación. En el caso de las consultas de ginecobstetricia y revisiones de DIU, las elasticidades esperadas son menores que las observadas (subestimación), mientras que para la atención pre-natal es a la inversa.

La pregunta es, entonces, si existe o no gran diferencia entre el volumen de servicios esperados y resultados observados. Para responderla, utilizamos los dos cálculos de elasticidad —esperada y observada— para estimar los cambios en el número de servicios y de las ganancias resultantes de un aumento específico. Comparamos después los resultados para determinar el impacto de los errores de predicción. Los resultados presentados en la tabla 3 para los tres servicios considerados, se obtuvieron comparando las diferencias en servicios y ganancias del grupo de control (aumento de precio de 20%) y las del grupo experimental 1 (40% de aumento en el precio). La comparación (no ilustrada) de las diferencias esperadas y observadas para los grupos de control y experimental 2 (60% de aumento) son similares a las reportadas en la tabla 3.

Con excepción de las visitas prenatales, la metodología EVDP subestima la pérdida de clientes y sobrestima las ganancias. Debe señalarse, sin embargo, que los cambios *esperados* en servicios y ganancias difieren muy poco de los cambios *observados*.

Aplicaciones de los datos de VDP a los programas

En esta sección se muestra cómo usar los datos de EVDP para formular políticas de asignación de precios que permitan a los administradores de programas equilibrar ambas metas: sostenimiento financiero y servicios a clientes de bajos ingresos. La gráfica 1, que es una curva de precio-ganancia derivada del uso de una función logística, demuestra

Tabla 3
Comparación de cambios observados y esperados
en servicios y ganancias

Precio inicial de una consulta hipotética = S./10,000(US\$2.77).*

Número inicial de visitas = 500 clientes al mes (para cada servicio).**

Ganancia inicial = S./5 millones (US\$1,388).***

	<i>Disminución en número de visitas</i>		<i>Aumento en ganancias</i>	
	<i>Esperada</i>	<i>Observada</i>	<i>Esperado</i>	<i>Observado</i>
Cambio de precio 20%				
Ginecobstetricia	-24 (-4.8%)	-32 (-6.4%)	+\$200 (+14.4%)	+\$173 (+12.4%)
Revisión de DIU	-20 (-4.0%)	-42 (-8.4)	+213 (+15.4%)	+\$140 (+10.0%)
Prenatal	-64 (-12.8%)	-19 (-3.8)	+\$67 (+5.0%)	+\$217 (+15.6%)

Tasa de cambio USD\$1.0=S./3,600.

- * Estimación de la elasticidad de precios pronosticada utilizada para los cálculos = 0.24; estimación de la elasticidad de precios observada = 0.32.
- ** Estimación de la elasticidad de precios pronosticada utilizada para los cálculos = -0.2; estimación de la elasticidad de precios observada = 0.42.
- *** Estimación de la elasticidad de precios pronosticada utilizada para los cálculos = 0.64; estimación de la elasticidad de precios observada = 0.19.

cómo el número de clientes de CEMOPLAF, dispuestos a pagar por una consulta ginecobstétrica (una medida de utilización de la clínica) y las ganancias cambian con el precio.

Estos resultados muestran que la demanda de servicios ginecobstétricos entre los clientes de CEMOPLAF es inelástica en los rangos de precios entre US\$0.50 y US\$5.0. Dentro de este rango, el aumento de precios aportará mayores ganancias porque el incremento en el precio compensa con mucho cualquier descenso correspondiente en el volumen de servicios. La tendencia creciente de la curva en la gráfica 1 ilustra lo anterior. Arriba de los US\$5.0 la demanda se vuelve elástica. En esta coyuntura, un aumento de precios reduciría las ganancias. Para CEMOPLAF, el precio máximo para obtener ganancias es de US\$5.0; una clínica típica que da servicio a 2,030 clientes al mes generaría US\$7,000 mensuales por pagos de usuarios. La relación entre el cambio en las ganancias y el cambio en el volumen de servicios ginecobstétricos, como resultado de diferentes niveles de precios se muestra en la tabla 4 que utiliza datos de EVDP.

Gráfica 1
Relación precio-ganancia en servicios
ginecológicos en CEMOPLAF

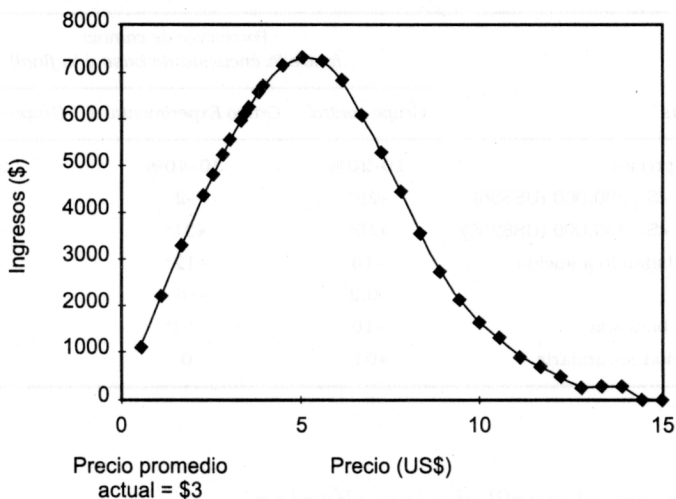


Tabla 4
Relación entre sostenimiento financiero y utilización:
servicios ginecobstétricos

Precio actual	Precio nuevo		% de cambio en precio	% de cambio en servicios	% de cambio en ganancias
	Sucres	Dólares			
\$2.77 (S./10,000)	16,000	4.44	60	-15.0	+ 36
	14,000	3.89	40	- 7.6	+29.4
	12,000	3.33	20	- 4.8	+14.4

Manteniéndose dentro de la porción inelástica de la curva de demanda, un administrador de clínica tiene varias opciones de asignación de precios, tres de las cuales se muestran en la tabla 4. Por ejemplo, podría subir los precios en un 60% y aumentar las ganancias en 36%. Sin embargo, tendría que aceptar una baja de 15% en el número de servicios que ofrece. Alternativamente, la misma clínica podría subir los precios 40% y aumentar las ganancias en 29%, mientras que la utilización bajaría 8%; o subirlos sólo 20%, aumentando las ganancias 15% y perdiendo sólo 4% de los clientes.

Tabla 5
Cambios en perfil de los clientes: antes vs. después
del aumento de precios

<i>Características</i>	<i>Porcentaje de cambio</i> <i>(entre la encuesta de base y la final)</i>		
	<i>Grupo control</i>	<i>Grupo Experimental 1</i>	<i>Grupo experimental 2</i>
Aumentos de precios	10-20%	30-40%	50-60%
% c/ingresos <S./200.000 (US\$55)	-26*	-2	-11
% c/ingresos <S./900.000 (US\$250)	+15*	+31*	+7
% clientes trabajando a sueldo	-16	-12*	+6
% con auto	-0.2	-6	-12
% con cuenta bancaria	-10	-13*	-25*
% con educación secundaria	+0.5	0	-12.8

* p < .05.

Cambios en el perfil de los clientes

Para el sector público y las ONG's, subir los precios de los servicios de PF/SR significa que la consecuente pérdida de clientes estará concentrada en los sectores más pobres. Para una ONG como CEMOPLAF, cuyo principal objetivo es proporcionar servicios accesibles a parejas de escasos recursos de manera financieramente sostenible, esto representa un verdadero dilema. En un esfuerzo por abordar este tema, realizamos pruebas *t* y χ^2 a los datos de la encuesta para determinar si los aumentos de precios experimentales efectivamente alejaban a los clientes de escasos recursos. Examinamos los cambios de un rango de características socioeconómicas entre dos periodos: agosto/septiembre de 1996, antes del aumento experimental de precios, y mayo/junio de 1997. La tabla 5 presenta estos cambios para clientes de CEMOPLAF entre los grupos de control y experimentales.

Los resultados muestran que el precio tiene un efecto negativo en el acceso de los clientes pobres; esperaríamos un cambio relativamente mayor en favor de los clientes más ricos entre las clínicas que experimentaron superiores aumentos de precios. Sin embargo, éste no fue el caso. El grupo de control con el aumento de precios más bajo, por ejemplo, registró el más alto porcentaje en disminución del número de clientes de escasos recursos (aquellos con ingresos de menos de S./200,000), mientras que los dos grupos con grandes aumentos de precios reales no muestran un cambio estadísticamente significativo en este indicador.

Además, aunque el número de usuarias que tienen empleo aumentó en el grupo experimental 2, disminuyó en el grupo experimental 1, lo que implica que el aumento de precios no tuvo un efecto consistente en alejar a los desempleados, es decir, los menos favorecidos económicamente. Finalmente, la posesión de bienes (tener un auto, una cuenta bancaria) bajó en los tres grupos, a pesar del aumento de precios. Como la posesión de bienes perdurables es un indicador de riqueza, no parece que el alza de precios en las clínicas de CEMOPLAF haya cambiado el tipo de clientes por otros de ingresos más elevados. No hay un impacto claro de los aumentos de precios en el perfil de clientes de CEMOPLAF.

Discusión

Este estudio se propuso alcanzar dos objetivos: 1) probar la validez predictiva de las encuestas de valoración contingente, y 2) ayudar a CEMOPLAF a entender cómo alcanzar sus metas de sostenimiento sin sacrificar el servicio a clientes de bajos ingresos. Utilizamos un experimento y encuestas de voluntad de pago para alcanzarlos.

Las comparaciones de los resultados de las encuestas EVDP y el experimento muestran que las estimaciones de elasticidad esperadas son comparables con las observadas. Aunque existen errores, no influyen de manera importante en los pronósticos de ganancias y en los cambios en el volumen de servicios que resulta de los cambios de precios propuestos. Los resultados de este estudio implican que el método EVDP tiene validez predictiva buena y sugiere que es necesaria una mayor exploración y uso de esta metodología.

Las encuestas de EVDP ofrecen a los administradores de programas una poderosa herramienta para tomar decisiones, proporcionan información sobre el rango de precios dentro del cual la demanda de servicios es inelástica, la relación entre demanda y ganancias obtenidas a partir de las alternativas de precios dentro de ese rango, y la relación entre ganancias y volumen de servicios. Si en el futuro se realizan investigaciones que refuercen las conclusiones del estudio de Ecuador, la metodología de EVDP proporcionará a los administradores un instrumento para tomar mejores decisiones sobre precios y orientar sus políticas al cumplimiento de las metas institucionales. La metodología EVDP puede utilizarse como herramienta de rutina para la toma de decisiones, si se acompaña de programas de capacitación y de un manual de instrucciones completo.

Los resultados de este estudio muestran que la demanda de servicios ginecobstétricos, prenatales y de DIU de CEMOPLAF era inelástica

a los precios del momento en la mayoría de las clínicas. Mientras que los precios promedio por los tres servicios eran entre US\$2.39 y US\$3.19, se demostró que la demanda era inelástica hasta en US\$5.0 por servicios ginecológicos, y hasta en US\$3.89 por consultas prenatales y de revisión de DIU. En consecuencia, se determinó que era posible aumentar precios y ganancias totales sin una pérdida importante de clientes. Además, los resultados indicaron que no existe una conexión clara entre precios más altos (aumento de 60% máximo) y pérdida de clientes de bajos ingresos.

El presente estudio es el primero en su tipo en el campo de PF/SR. Se necesitan más para validar mejor la metodología EVDP y aumentar la confianza en su uso. Reproducirlo en otros países, donde los clientes y los programas tienen diferentes características, así como en cuadros no clínicos, como la distribución comunitaria y programas de mercadeo social, proporcionaría información adicional sobre pronósticos válidos y la aplicabilidad de la metodología en la estimación de la elasticidad de la demanda.

Notas

¹ Barbara Janowitz y John Bratt. "Qué sabemos realmente acerca del impacto de los cambios de precios en el uso de anticonceptivos", *International Family Planning Perspectives*, 22:1, marzo de 1996.

² John Bratt, et al. "Una evaluación de la capacidad de pago del cliente por servicios de salud reproductiva proporcionados por una agencia ecuatoriana de planificación familiar", Informe final. Febrero, 1995, p. 9.

³ Para obtener información detallada consultar el informe final...

⁴ Después del derrame petrolero del Exxon Valdez y la pérdida potencial masiva de valores de existencia, el Departamento de Comercio de los Estados Unidos —a través de la Administración Oceánica y Atmosférica (ANOA)— reunió a un panel de expertos para determinar si las estimaciones de las pérdidas de valores de existencia obtenidos mediante el método de valoración contingente eran los suficientemente confiables para usarse en la determinación de los daños al medio ambiente. Mientras que la conclusión del panel fue un "sí" unánime, se estableció una "serie de normas a las cuales deberían apegarse las futuras aplicaciones del método de valoración contingente para que los estudios produzcan estimaciones confiables..." (Paul R. Pornoy, "El debate sobre la valoración contingente: por qué deben preocuparse los economistas", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 8, número 4, otoño 1994, p. 9; Kathryn A Philips, et al. "Voluntad de pago para centros de control de envenenamiento", *Journal of Health Economics*, vol. 16, 1997, p. 347).

⁵ Una de las normas a las que no se apega este estudio por motivos de tiempo y brevedad, pero que habría enriquecido el proceso de valoración

contingente, es la inclusión de preguntas de seguimiento para asegurar que los entrevistados hicieron correctamente la elección que se les pidió que hicieran y descubrir la razón de su respuesta.

⁶ Un análisis conglomerado (*cluster analysis*) realizado en 1994 para identificar 15 clínicas que dan servicios a una clientela con características socioeconómicas similares. Dicho análisis se basó en cuatro variables: el porcentaje de clientes trabajando a sueldo fuera de la casa, el porcentaje que tenía un refrigerador, el porcentaje que había consumido carne dos de los últimos tres días al menos y la media del ingreso familiar (Bratt *et al.*, 1995).

Otros títulos de la serie

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

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

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

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

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

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

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

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

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

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

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

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

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

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Federico R. León

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

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas

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

INOPAL III
Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación
Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe

USAID Contrato CCP-95-C-00-00007-00