

PN-ABL-410  
77008

# MANUAL DE MEDICOS COMUNITARIOS

---

## El Programa Enterprise



1616 N. Fort Myer Drive, 11th Floor  
Arlington, VA 22209 USA  
Télex: 272896 JSIWUR  
Teléfono: (703) 528-7474  
Fax: (703) 528-7480

John Snow, Inc.  
en colaboración con  
Birch & Davis Associates, Inc.  
Coverdale Organization, Inc.  
John Short & Associates, Inc.

# MANUAL DE MEDICOS COMUNITARIOS

---

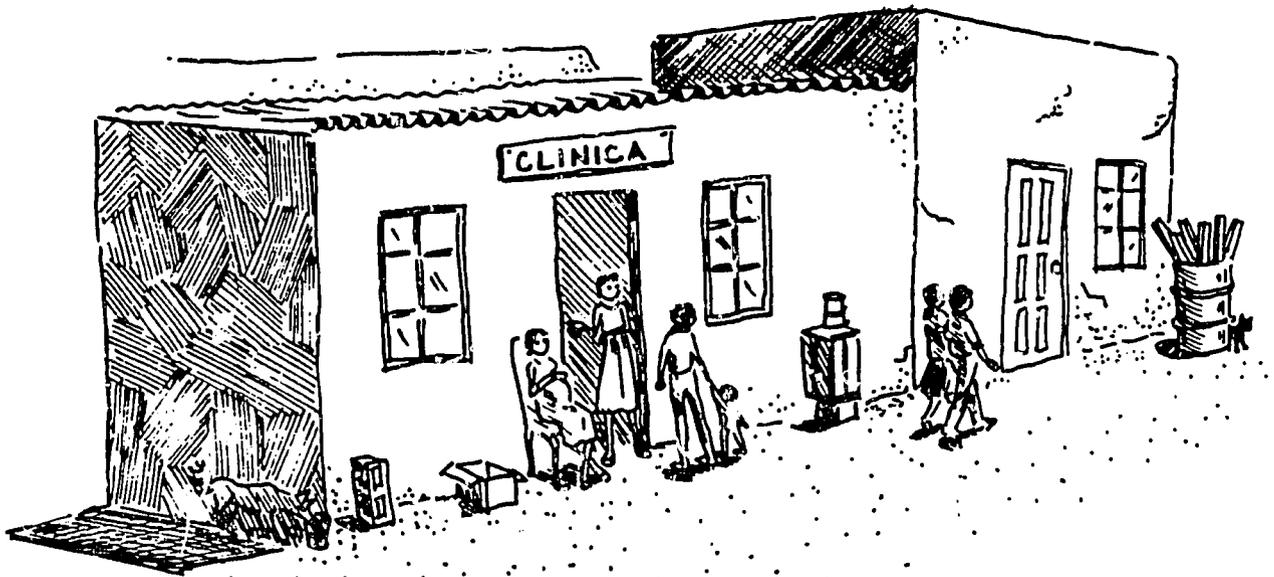
## El Programa Enterprise

---



1616 N. Fort Myer Drive, 11th Floor  
Arlington, VA 22209 USA  
Télex: 272896 JSIWUR  
Teléfono: (703) 528-7474  
Fax: (703) 528-7480

John Snow, Inc.  
en colaboración con  
Birch & Davis Associates, Inc.  
Coverdale Organization, Inc.  
John Short & Associates, Inc.



Preparado por:

María Busquets-Moura  
Programa Enterprise  
John Snow, Inc.

e

Ilse Salas Istphal  
Consultora

---

Las autoras de este libro desean expresar su agradecimiento a las siguientes personas cuyos valores de discernimiento y apoyo fueron decisivos en la preparación de este documento: Sr. Gerard Bowers, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/México); Dr. Raymundo Collada, Consultor Regional para El Programa Enterprise en México; Lic. Alfonso López Juárez, MEXFAM, Dr. Ramón Portes Carrasco, y Dr. Elías Dinzey, ADOPLAFAM. Los autores también desean extender su agradecimiento especial a Jeni Yamada por las ilustraciones, Jan Gibbons, por la traducción al inglés, Margarita Torres y Eufemia Campagna por la corrección y producción de este Manual.

---

Cualquier parte de este Manual puede ser copiado o reproducido sin la autorización de la casa editora. Para toda reproducción con fines comerciales deberá solicitarse autorización al Programa "Enterprise".

---

FINANCIADO POR LA AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (A.I.D.) MEDIANTE CONTRATO No. AID/DPE-3034-C-00-5072-00.

Las opiniones e interpretaciones aquí expuestas son del personal del Programa "Enterprise" y no necesariamente coinciden con las de la A.I.D.

---

Octubre 1991

a

# MANUAL DE MEDICOS COMUNITARIOS

## INTRODUCCION

A. Acerca de este manual . . . . .	1
B. Para quién fue diseñado este manual . . . . .	1
C. Antecedentes del modelo de Médicos Comunitarios . . . . .	2
D. Descripción del modelo básico . . . . .	3
E. Variaciones del modelo . . . . .	5

## PRIMERA PARTE

### I. OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS

A. Prestación de servicios de atención primaria a la salud y planificación familiar . . . . .	7
B. Establecimiento de programas auto-suficientes . . . . .	8

### II. CONDICIONES FAVORABLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO DE CONSULTORIOS COMUNITARIOS

A. Posición favorable del gobierno hacia la planificación familiar . . . . .	9
B. Posición favorable de instituciones religiosas hacia la planificación familiar . . . . .	9
C. Desempleo o subempleo de médicos generales . . . . .	10
D. Aceptación por parte de la comunidad . . . . .	10
E. Apoyo institucional de una ONG fuerte y sólida . . . . .	11
F. Existencia de pocos o ningún proveedor de servicios de salud en el área . . . . .	11
G. Clientes que pueden pagar . . . . .	12
H. Acceso a anticonceptivos gratis o subsidiados . . . . .	12
I. Servicios del gobierno que no compitan con la clínica . . . . .	13

-b'

## SEGUNDA PARTE

### I. COMO ESTABLECER UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS

A. Selección del sitio .....	14
B. Selección del médico y su integración a la comunidad .....	15
1. Requisitos básicos .....	16
2. Perfil de personalidad .....	17
3. Expectativas del médico .....	18
4. Mentalidad empresarial .....	18
5. Integración a la comunidad .....	19
C. Selección del "equipo" y resumen de responsabilidades .....	20
1. El supervisor del médico comunitario	
i. Selección .....	20
ii. Responsabilidades .....	21
2. La trabajadora comunitaria	
i. Selección .....	22
ii. Responsabilidades .....	23
3. La promotora voluntaria	
i. Selección .....	25
ii. Responsabilidades .....	26
D. Las responsabilidades y actividades de la ONG .....	26
1. Apoyo financiero directo .....	26
2. Capacitación y actualización .....	27
3. Promoción y difusión de los servicios .....	27
4. Materiales educativos y de difusión .....	28
5. Asistencia técnica .....	28
6. Equipo y suministros .....	29
7. Monitoreo y evaluación .....	30
a. Monitoreo programático .....	30
b. Evaluación programática .....	32
c. Monitoreo y evaluación de la calidad del servicio médico .....	33

-C'

E. Convenio de colaboración entre la ONG y el médico .....	35
F. Instalación del consultorio e iniciación de servicios .....	37

## TERCERA PARTE

### I. CAPACITACION DEL MEDICO COMUNITARIO

A. Capacitación en el área médica .....	39
B. Capacitación en el área administrativa/financiera .....	41
C. Capacitación en el área de información, educación y comunicación .....	44

### II. CAPACITACION DE LA TRABAJADORA COMUNITARIA

A. Capacitación en el área de la salud .....	45
B. Capacitación en el área administrativa .....	46
C. Capacitación en el área de la integración comunitaria, información, educación y comunicación ...	46

### III. CAPACITACION DE LA PROMOTORA VOLUNTARIA

A. Capacitación en el área de salud básica .....	48
B. Capacitación en el área de integración comunitaria y la colección de datos sobre su clientela ....	49

## CUARTA PARTE

### I. COSTOS FINANCIEROS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS .....

51	
A. Costos iniciales .....	51
B. Costos de operación .....	52
C. Costos asociados con la alta rotación de médicos .....	52

### II. LA EXPERIENCIA DE EL PROGRAMA ENTERPRISE .....

## ANEXOS

## MANUAL DE MEDICOS COMUNITARIOS

### INTRODUCCION

#### A. Acerca de este Manual

Como una alternativa ante la inevitable y gradual reducción de la asistencia financiera en muchas de las regiones pobres del mundo, y ante el acelerado crecimiento de la población, surgió un modelo innovador de servicios de salud y planificación familiar: el Médico Comunitario. El Programa Enterprise, de John Snow Inc., ha apoyado tres programas de Médicos Comunitarios desde 1987.

Este modelo fue iniciado por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) en 1986 con apoyo de la Federación Internacional de la Paternidad Planeada (IPPF). El Programa Enterprise, apoyó financieramente a MEXFAM desde el 1987 hasta el 1990 cuando por medio de dos proyectos, ayudó a 30 nuevos Médicos Comunitarios. "Enterprise" trasplantó el modelo a la República Dominicana donde trabajó con la Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM). Uno de los atractivos del modelo es que sería autosuficiente dentro de dos años.

El modelo de Médicos Comunitarios (llamado "consultorios comunitarios" por MEXFAM) también ha sido adaptado por FEMAP en México y grupos en Honduras y Colombia, con resultados variados. Mucho ha sido el interés mostrado por duplicar este modelo, tanto en América Latina como en Asia y el Medio Oriente. Por esto, el Programa Enterprise decidió preparar este documento que recoge las experiencias y plantea recomendaciones para dichos grupos que se interesen en iniciar un modelo parecido.

Para la elaboración de este Manual, se realizaron entrevistas con los funcionarios involucrados de cada una de las asociaciones, se llevaron a cabo observaciones directas y entrevistas en el campo; se revisaron documentos y estudios internos; y se tomaron en cuenta las observaciones de individuos que de una forma u otra han trabajado directa o indirectamente con este modelo.

#### B. Para quién fue diseñado este Manual:

Esperamos que este Manual sirva como guía para organizaciones no gubernamentales (ONGs), ministerios de salud, agencias administradoras y donadores internacionales que estén considerando usar el modelo de Médicos Comunitarios aquí presentado, o una variación del mismo. A pesar de referirnos a la institución administradora como ONG, esta institución puede tomar varias formas siempre y cuando tenga los fondos, la experiencia, el apoyo

técnico y el personal necesario para apoyar el programa. La primera parte del Manual sirve como guía para decidir si el modelo sería aplicable a un determinado país, área geográfica o ambiente. La segunda parte revisa los pasos a dar para implementar dicho programa basado en la experiencia de El Programa Enterprise. La tercera parte cubre los aspectos de capacitación del médico y su equipo y la última parte revisa los costos asociados con el establecimiento de un consultorio.

### C. Antecedentes del modelo de Médicos Comunitarios

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los movimientos migratorios de las áreas rurales hacia las urbanas han ocasionado la formación de establecimientos humanos rápidos y numerosos. Estos grupos se establecen en condiciones de marginalidad completa, sin ningún tipo de servicios públicos (agua potable, energía eléctrica, drenaje, y pavimentación). Ello ocasiona condiciones ambientales insalubres, sobre todo altos niveles de contaminación del agua y del aire, resultando a su vez en cifras significativas de morbilidad y mortalidad. Esas precarias condiciones de vida se ven además afectadas negativamente por la carencia de servicios de salud, incluyendo, en la mayoría de las veces, la atención primaria.

En muchos de estos países en vías de desarrollo los gobiernos están realizando esfuerzos para proporcionar servicios a estos grupos de población. Sin embargo, el ritmo de los asentamientos es notoriamente superior al de la capacidad gubernamental de satisfacer sus demandas básicas.

Por otra parte, la mayoría de estos grupos muestran patrones reproductivos típicos de las áreas rurales de donde provienen, con múltiples embarazos y poco espaciamiento entre ellos. De manera que, con cada nuevo embarazo, se reducen las posibilidades de sobrevivencia de los hijos ya nacidos y decrece la salud de la madre.



Una de las alternativas que se han puesto en marcha para contribuir al mejoramiento de la salud de las poblaciones marginadas en los países en vías de desarrollo es la introducción del modelo de prestación de servicios Médicos a través de pequeñas clínicas ubicadas dentro de las mismas comunidades. Dicho modelo ha recibido el nombre de "Médicos Comunitarios".

El programa de MEXFAM comenzó en 1986 y hasta el momento en que se elaboró este manual contaba con cerca de 180 Médicos Comunitarios. Los primeros consultorios comunitarios de ADOPLAFAM se establecieron en marzo de 1989 en Santo Domingo, República Dominicana. Hasta el mes de junio de 1991, esta institución contaba con 30 Médicos Comunitarios.

Durante estos años de "ensayo y error", ambas ONGs han aprendido lecciones y han ido modificando su idea original. Así, en este Manual podrá encontrarse una valiosa aportación de la experiencia de ambas instituciones en el proceso de evolución de este modelo de atención a la salud.

#### **D. Descripción del modelo básico**

La meta del modelo es que llegue a funcionar de manera muy similar a la forma en que opera cualquier pequeño consultorio privado, esto es, cobrando honorarios por los servicios prestados, con la diferencia básica de que en los consultorios comunitarios se enfatiza la provisión de servicios de atención primaria a la salud, planificación familiar y salud materno-infantil.

El médico seleccionado para integrarse al modelo es capacitado por la ONG y apoyado con mobiliario y equipo que se le otorga en calidad de préstamo, con opción a futura compra. Además del equipo, la ONG le ayuda con la promoción de los servicios y asistencia técnica continua. La relación se establece a través de un acuerdo por dos años de duración tiempo durante el cual el médico debe generar ingresos para lograr un nivel de autosuficiencia financiera tal que le permita cubrir todos los gastos operativos del consultorio, pagar su préstamo y satisfacer sus necesidades de ingresos.

Es recomendable que una asociación interesada en establecer consultorios comunitarios desarrolle su propio modelo de operación. Seguramente las condiciones específicas de su región harán necesaria la adopción de características particulares. No obstante, resulta de mucha utilidad conocer los componentes del modelo básico y sus variaciones que ya tienen algún tiempo funcionando, y que han sido mejorados en la práctica.

Así, los principales componentes del modelo son:

##### **Una comunidad marginada**

El modelo está diseñado para brindar atención primaria a la salud y planificación familiar a muy bajo costo en comunidades marginadas urbanas, suburbanas o rurales donde no hay servicios de atención primaria a la salud, públicos o privados a bajo costo.

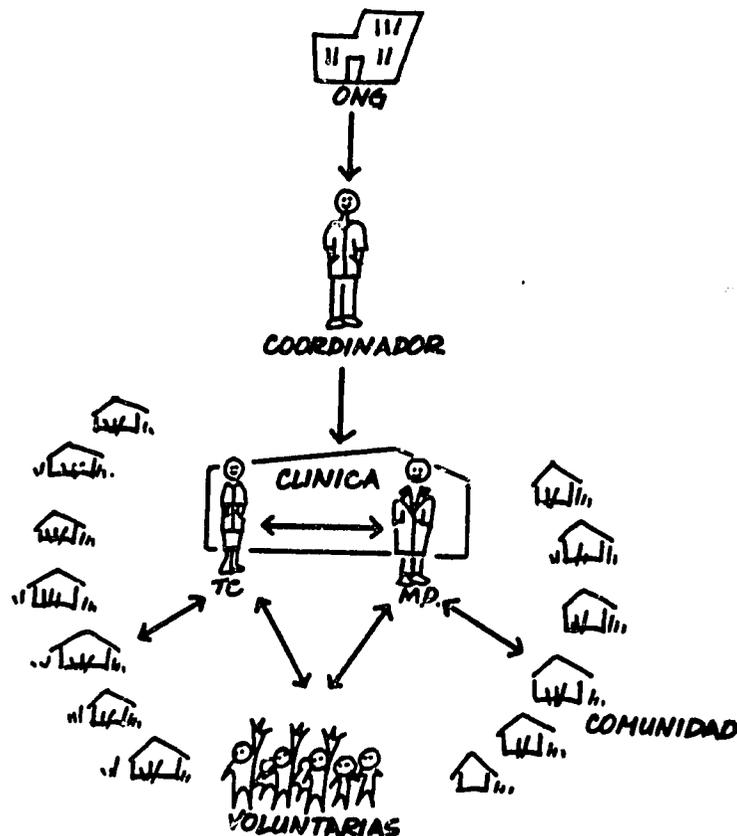
##### **Las oficinas centrales de la ONG**

A través de sus distintas entidades organizacionales, las oficinas centrales de la ONG prestan apoyo técnico, logístico y financiero a los consultorios comunitarios. En dichas oficinas se realiza trabajo de administración, contabilidad, de sistemas de información,

logística y otros, que facilitan la marcha del consultorio.

### Un consultorio comunitario

El consultorio comunitario, que sirve como base de operaciones para el Médico Comunitario y la Trabajadora Comunitaria, por lo común consiste en una o dos habitaciones y un baño. En muy raras ocasiones, algunos llegan a tener integrada una pequeña clínica, con 2-5 camas para internamiento y una pequeña sala de operaciones quirúrgicas.



### Un médico comunitario

A través de un acuerdo por dos años de duración, un médico general se compromete a prestar servicios permanentes de atención primaria (con énfasis en actividades de planificación familiar y salud materno-infantil) en una comunidad marginada. La ONG le apoya financieramente, con material y equipo, capacitación, asistencia técnica y supervisión; y con la condición de que en un lapso breve (no mayor a dos años) el consultorio alcance la autosuficiencia financiera.

### Un coordinador de Médicos Comunitarios

Un profesional del área médica o social, con sede laboral en las oficinas de la ONG, se encarga de supervisar y prestar asistencia y asesoramiento al programa de Médicos Comunitarios.



### Una trabajadora comunitaria (TC) o coordinadora de promoción (CP)

Esta persona (que por lo general ha sido una mujer) tiene preparación técnica en "auxiliar de enfermería", "trabajo social", "educación para la salud" o simplemente estudios de nivel básico. Ella se encarga de montar una red de promotoras voluntarias, para realizar la gran mayoría de las actividades de información, educación y comunicación (IEyC) y de promover activamente los servicios del consultorio en la comunidad. En promedio, cada TC tiene a su cargo dos zonas donde hay consultorio comunitario.

### Una red de promotoras voluntarias

La TC/CP selecciona trabajadores de la comunidad que están dispuestos a efectuar actividades de información sobre planificación familiar, distribuir métodos anticonceptivos y promover los servicios de los Médicos Comunitarios entre sus vecinos y familiares.



### E. Variaciones del modelo

En términos estrictos, ningún consultorio comunitario funciona exactamente igual a otro, pero en general son muy similares en la mayoría de sus características y funcionamiento.

Cada una de las ONGs aquí citadas cuenta con un "caso interesante", un grupo de Médicos Comunitarios que por diversas circunstancias han experimentado variaciones en su desarrollo, los cuales se describen a continuación:

#### *MEXFAM: Médicos en convenio con instituciones públicas*

*Este tipo de modelo se desarrolla cuando una institución pública que ya tiene instalaciones dentro de comunidades marginadas*

*firma un convenio con la ONG para que esta establezca consultorios comunitarios en dichas instalaciones. Este ha sido el caso de los Consultorios en Convenio con el Instituto Nacional de Pediatría de México, y los Médicos Comunitarios con la Universidad Autónoma de Guerrero (un estado de México). En este último caso, MEXFAM tiene 10 consultorios que son atendidos por Médicos pasantes que están realizando su servicio social, de manera que son rotados cada año, y el consultorio continua dando servicios a la comunidad.*

**ADOPLAFAM: Médicos en acuerdo**

*Un médico que ya tiene un consultorio privado en una zona marginada, que ya es autosuficiente y que tiene su clientela establecida, firma un acuerdo de cooperación con ADOPLAFAM, a través del cual esta asociación le complementa el equipo e instrumental médico y los suministros anticonceptivos necesarios para la prestación de los servicios de planificación familiar y salud materno-infantil, así como capacitación y asistencia técnica. El médico, por su parte, se compromete a cobrar honorarios bajos (fijados por ADOPLAFAM) a todos los clientes que le sean referidos por las promotoras voluntarias de esa comunidad.*

*Además de ensayar el modelo desarrollado en México, ADOPLAFAM lo adaptó a las características particulares de Santo Domingo y a los antecedentes y a la realidad financiera de la organización. Dos nuevos "niveles de subsidio" fueron ensayados: uno disminuyó los subsidios ofrecidos por la ONG en base trimestral o mensual; el segundo no ofreció al médico subsidio para renta, salario o gastos de instalación -- el médico usó dinero de sus ahorros y algunas veces pidió prestado dinero de amigos o parientes para pagar estos gastos. Los médicos que abrieron clínicas bajo este último nivel de subsidio fueron frecuentemente los que tuvieron más éxito.*

## PRIMERA PARTE

### I. OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS

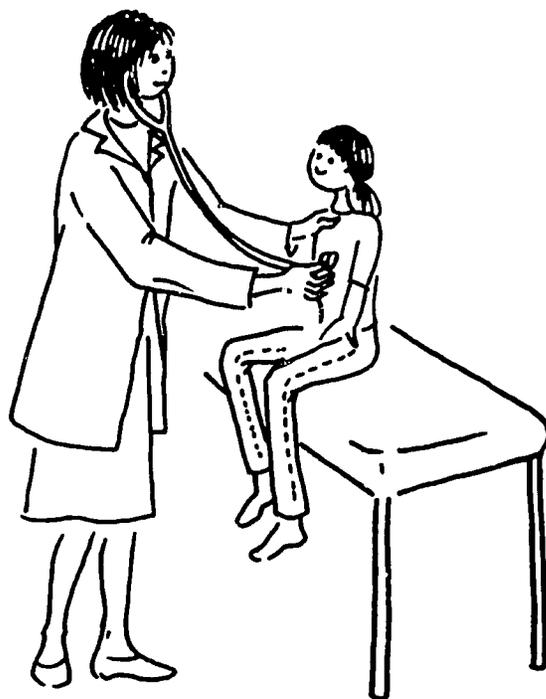
Un programa de Médicos Comunitarios puede resultar una buena estrategia cuando una ONG pretende simultáneamente los siguientes objetivos:

- a) La prestación de servicios de atención primaria a la salud y planificación familiar;
- b) El establecimiento de programas auto-suficientes.

#### A. Prestación de servicios de atención primaria a la salud y planificación familiar

Una de las dos razones que justifican el establecimiento de un programa de Médicos Comunitarios es la de mejorar el estado general de salud de una comunidad de bajos recursos. Ya que las consecuencias más graves de la marginalidad socioeconómica sobre la salud de la familia las padecen con mayor frecuencia e intensidad las madres y los niños, la reducción del número y el espaciamiento de los embarazos, así como la atención del menor, se convierten en los elementos claves de una estrategia de salud comunitaria.

Los programas de Médicos Comunitarios han demostrado ser efectivos para prestar servicios de salud materno-infantil y planificación familiar en dichas áreas marginadas. El modelo ha funcionado como centro de atención primaria, ligado a una red de promotoras dirigida por una trabajadora comunitaria. El concepto de "red" es importante porque produce un alto número de usuarios con la seguridad de una alta calidad de servicio; la promotora comunitaria, quien rinde un alto número de usuarios, forma parte del consultorio y distribuye anticonceptivos bajo la supervisión del Médico Comunitario y su trabajadora social; el Médico Comunitario, quien no produce un alto



número de usuarios (un promedio de 10% del total de pacientes son consultas de planificación familiar) responde a las necesidades básicas de atención a la salud de la comunidad, particularmente las relacionadas a aspectos de planificación familiar y salud materno-infantil.

Así, un programa de Médicos Comunitarios cumple el objetivo de proporcionar servicios médicos de calidad, información, y educación en planificación familiar y salud materno-infantil a los sectores no cubiertos por los sistemas públicos o la medicina privada.

## **B. Establecimiento de programas auto-suficientes**

Es un hecho que en los países en vías de desarrollo, los problemas económicos han ido reduciendo la capacidad de las asociaciones públicas y privadas de subsidiar programas de ayuda social. Por tal razón, de manera creciente se ha tenido que recurrir a estrategias de ayuda que inicien programas con miras a la autosuficiencia en el financiamiento. Como consecuencia, la premisa básica del modelo es que llegue a ser autosuficiente desde el punto de vista financiero en un plazo corto.

Del logro de la autosuficiencia financiera de los Médicos Comunitarios de las dos asociaciones cuyas experiencias documentan este Manual pueden resumirse las siguientes consideraciones:

- 1) No puede hablarse de autosuficiencia total, sino parcial. Debido a las condiciones económicas de la comunidad y del mismo médico, es muy difícil que genere ingresos suficientes como para no recibir absolutamente ningún apoyo de la ONG, por lo menos durante 3-5 años. Por lo tanto, hablaremos de "niveles" de autosuficiencia, y nos referiremos a "nivel de autosuficiencia base" al momento en que el médico ya no recibe apoyo financiero directo (renta, salarios, etc.) por parte de la ONG, y "nivel de autosuficiencia "óptimo" al momento en que el médico ya no necesita de ningún apoyo. Ambos casos suponen una continua demanda para la compra de anticonceptivos a costos subsidiados.

*En el caso de MEXFAM, un estudio reciente ha demostrado que, en general, existe la capacidad de los médicos de llegar al nivel de autosuficiencia base dentro del período de dos años establecido por el modelo. En la mayoría de los casos, a partir del tercer año de operación el Médico Comunitario ya genera ingresos que le permiten no depender de la aportación directa de la ONG. Inclusive, esta asociación ya tiene médicos que han alcanzado el nivel óptimo de autosuficiencia.*

*En el caso de ADOPLAFAM, el nivel de autosuficiencia base de*

*la mayoría de los Médicos Comunitarios se está alcanzando durante el segundo año de operación. Unos pocos han llegado a dicho nivel antes de los primeros seis meses de establecido su consultorio.*

- 2) La rapidez y facilidad con que un médico alcanza el nivel de autosuficiencia base dependerá, además de las destrezas del médico y su integración a la comunidad, de la capacidad económica de los habitantes de esa zona y su habilidad de pagar los servicios médicos.

En muchas ocasiones, al hablar de "población de bajos recursos" se está involucrando a distintos segmentos o niveles socio-económicos en un mismo término. La ONG interesada en establecer un programa de Médicos Comunitarios debe distinguir comunidades dentro de estos grupos de población que sean capaces de pagar por los servicios del médico. De lo contrario, no podrá alcanzarse el objetivo de la auto-suficiencia.

## **II. CONDICIONES FAVORABLES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO DE MEDICOS COMUNITARIOS**

Una vez se hayan definido los objetivos al pretender establecer un programa de Médicos Comunitarios, es recomendable que se conozcan los factores que han resultado favorables para las asociaciones que ya han desarrollado sus modelos. A continuación se mencionan las principales condiciones que han propiciado dicho establecimiento según la experiencia de los Médicos Comunitarios financiados por El Programa Enterprise.

### **A. Posición favorable del gobierno hacia la planificación familiar**

La posición favorable del gobierno hacia los programas de planificación familiar ha facilitado el establecimiento del modelo de Médicos Comunitarios. Una postura indiferente del gobierno hacia este tipo de programas puede no favorecer, pero tampoco pone en peligro su marcha. No obstante, vale la pena evaluar su factibilidad en aquellos países en que el gobierno muestra oposición, pues este hecho puede convertirse en un freno.

### **B. Posición favorable de las instituciones religiosas hacia la planificación familiar**

Otras instituciones pueden ejercer influencia positiva o negativa sobre el desarrollo del modelo (principalmente debido al énfasis en las actividades de PF). De ellas, las de mayor peso en la mayoría de los países en vías de desarrollo son las instituciones religiosas.

Tradicionalmente, algunas religiones se oponen por principio al uso de anticonceptivos. No obstante, se ha visto que a veces la causa de la oposición es su preocupación por la salud de las personas debido a la falta de información adecuada. En estos casos ha resultado favorable que el Médico Comunitario estable contacto personal con el encargado de la iglesia o templo de la localidad y le proporcione datos que disminuyan sus temores sobre el uso de anticonceptivos.

De cualquier manera, la posición de la iglesia o grupo religioso de la localidad es un factor que puede ser crucial, y vale la pena no partir de un supuesto fijo (positivo o negativo) sino más bien considerar este punto en cada caso particular (esto es, para cada región prospecto), pues también se han registrado respuestas sorprendentemente positivas de ciertas iglesias. Por ejemplo, un Médico Comunitario de ADOPLAFAM tiene su consultorio dentro de las instalaciones de una iglesia adventista, y otro médico de la misma ONG tiene como principal colaborador a un miembro de la iglesia mormona.

### **C. Desempleo o subempleo de médicos generales**

El desempleo de médicos es un factor favorable para el éxito de un modelo de Médicos Comunitarios cuando va unido al convencimiento y predisposición positiva por parte del médico hacia el programa.

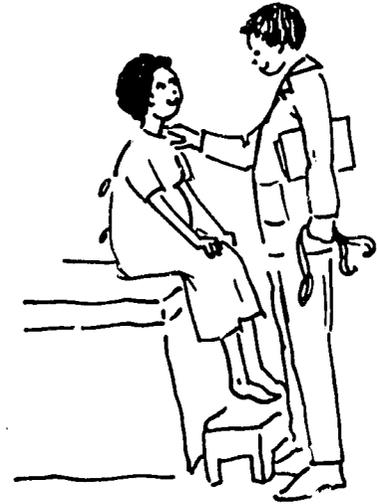
Si en un país existe desempleo de médicos generales, habrá mayor oferta de fuerza de trabajo y por consecuencia será más fácil encontrar personas que deseen integrarse al programa. Cuando un médico acepta integrarse al programa solo porque no tienen empleo, pero no está motivado ni convencido de prestar servicios a la comunidad, se convierte en un buen candidato para la deserción.

Por otro lado, cuando médicos que trabajan en los servicios públicos de salud han aceptado integrarse de tiempo parcial al programa comunitario, la experiencia ha sido negativa -- se necesita un médico de tiempo completo.

### **D. Aceptación por parte de la comunidad**

Antes de establecer cualquier programa de Médicos Comunitarios, debe cerciorarse de la disposición de la comunidad hacia un programa de ese tipo. Ya que una de las finalidades implícitas en el modelo es que el médico se llegue a independizar de la fuente financiera, es condición esencial para que esto suceda que la comunidad integre ese servicio médico como algo propio, para que después de que se retire el apoyo financiero, los habitantes de la zona permanezcan como fuente de apoyo. Y, sobre todo, como fuente de generación de ingresos para el médico.

Esta aceptación por parte de la comunidad es un fenómeno un tanto complejo, que puede verse afectado por diversas causas, siendo las más importantes los valores de ese grupo en particular. Así, cuando en algunas comunidades, sobre todo de tipo rural, los habitantes prefieren médicos mujeres, en otras, prefieren hombres. Unas comunidades han rechazado a algunos médicos por ser demasiado jóvenes, y otras los han aceptado muy bien. En conclusión, no hay una regla que indique que tipo de médico prefieren los habitantes de las áreas marginadas, por lo que habrá que investigar esto en cada caso particular. Se puede hacer un sondeo con unas cuantas personas elegidas de la comunidad para preguntarles las características más importantes en un médico.



Un elemento clave de la aceptación lo constituyen los líderes comunitarios; todas aquellas personas que ejercen influencia sobre la población abierta: el maestro de la escuela, los líderes religiosos, el jefe de la junta de vecinos, el representante de las autoridades de esa zona, etc. Por lo tanto, el médico que dedique gran parte de sus energías iniciales a ganarse la aceptación de estos líderes llevará mucho terreno avanzado.

#### **E. Apoyo institucional de una ONG fuerte y sólida**

La ONG debe proporcionar apoyo intenso y permanente a los médicos en varias áreas, ya que las actividades del médico consumen gran parte de su tiempo y energía. Así, se incrementarán notoriamente las posibilidades de éxito de un Médico Comunitario. Además del apoyo financiero, equipos y suministros, la ONG necesita proporcionarle al médico: capacitación y actualización, promoción y difusión de los servicios en la comunidad, asistencia técnica, y materiales educativos y de difusión. Un programa de Médicos Comunitarios exige constante monitoreo, evaluación y asistencia. Mientras más grande el programa más coordinación y personal exigirá. Una ONG que no tenga los recursos a su alcance, tanto financieros como de personal, no podrá implementar y llevar a cabo un programa exitoso.

#### **F. Existencia de pocos o ningún proveedor de servicios de salud en el área**

El hecho de que no exista otro proveedor de servicios médicos de nivel primario en la zona donde se establece el consultorio comunitario es un factor que favorece su éxito futuro. De hecho, lo más recomendable es asegurarse de que esa región no esté cubierta antes de que el médico se ubique en su local, de lo contrario, se corre el riesgo de no lograr el nivel deseado de ingresos debido a la competencia.

Aún así, cada situación específica debe considerarse por separado, pues también se han tenido experiencias en las que ya existía otro proveedor de servicios en el área y de cualquier manera el consultorio tuvo éxito. En este caso, los siguientes factores contribuyeron a la ventaja competitiva de la ONG:

- Tarifas altas de servicios para la capacidad económica de la población por parte del competidor;
- Servicio ineficiente o "servicio fantasma" de proveedores del sector público (cuando existe el centro de salud pero sin personal que lo atienda).
- Actitud negativa o personalidad incompatible del otro proveedor hacia la comunidad;
- Huelgas del personal médico de los centros gubernamentales de salud pública;
- Horarios de servicio reducidos o inconvenientes por parte de la competencia.

#### **G. Cientes que pueden pagar**

Todos los Médicos Comunitarios que han logrado llegar a un punto de equilibrio en sus clínicas y están generando ganancias, están localizados en áreas donde los residentes tienen algún poder de compra y habilidad para pagar los honorarios por los servicios profesionales de salud. A pesar que todos los médicos atienden o prestan servicios gratis a algunas personas de la comunidad, el pago por los servicios es imperativo para tener éxito.

#### **H. Acceso a anticonceptivos gratis o subsidiados**

Como se mencionó anteriormente, los médicos que han alcanzado un "nivel de autosuficiencia base" o un "nivel de autosuficiencia óptimo" dependen de la compra de anticonceptivos a un precio de subsidio. La mayoría de las instituciones "patrocinadoras" como las ONGs, reciben anticonceptivos gratis o subsidiados y los venden a precio de costo a su red de Médicos Comunitarios.

Es posible que los Médicos Comunitarios consideren la compra de anticonceptivos al "precio del mercado", pero una de las atracciones de la clínica comunitaria son los precios accesibles a su población blanco. Un aumento en los precios al público podría desanimar a la comunidad a utilizar la clínica, resultando en una baja de clientes. Por otro lado, si el médico aumenta sus precios, disminuirán las ganancias y el incentivo

para que él continúe con el programa.

### **I. Servicios del gobierno que no compitan con la clínica**

La mayoría de los consultorios comunitarios fueron situadas en áreas donde no había proveedores de salud. Cuando había servicios de salud ofrecidos por el gobierno, por lo general no se percibían como competencia por el Médico Comunitario. Los servicios del gobierno en los países mencionados en este Manual son con frecuencia de muy baja calidad e irregulares debido a huelgas, horas de trabajo inaccesibles y un alto ausentismo por parte de los trabajadores de salud.

Los clientes de los Médicos Comunitarios usualmente prefieren pagar una tarifa básica por servicios en lugar de hacer largas filas y recibir servicios impersonales que algunas veces no son satisfactorios.



## SEGUNDA PARTE

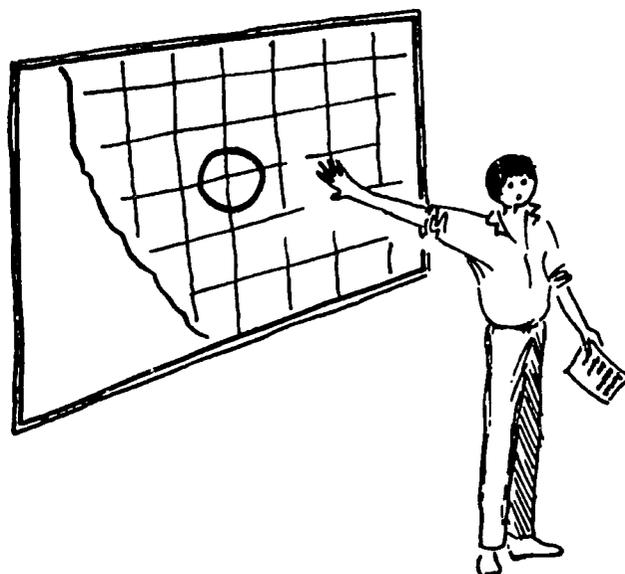
### I. COMO ESTABLECER UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS

Después de haber analizado todos los factores que pueden llegar a favorecer o predisponer positivamente el éxito de un programa de Médicos Comunitarios, en esta sección se describirán los pasos que han seguido MEXFAM y ADOPLAFAM para poner en marcha sus modelos.

#### A. Selección del sitio de establecimiento del consultorio

La selección del sitio donde ha de ubicarse un consultorio comunitario puede haberse originado de diversas formas:

- Del resultado de un estudio de mercado;
- De la propuesta por parte de un médico que desee establecer un consultorio comunitario;
- De la solicitud por parte de la propia comunidad;
- De la propuesta de un área por parte del personal técnico o de campo de la ONG;
- De la solicitud de autoridades de salud.



Es evidente que las tres primeras de estas causas representan la situación ideal, pero no constituyen la mayoría de los casos.

Después de que alguien haya propuesto un sitio, se hace un reconocimiento físico para verificar que no exista otro proveedor de ese mismo tipo de servicios en el área, y para cerciorarse que la cantidad de habitantes y casas-habitación sea suficiente para garantizar el futuro ingreso del Médico Comunitario.

Cuando se ha hecho el reconocimiento físico de la zona prospecto, las dos ONGs tienen distintas formas de proseguir con el desarrollo de sus modelos respectivos:

*ADOPLAFAM procede directamente a la selección del médico y del personal de apoyo de la comunidad. Como es un solo Coordinador para todo el programa de médicos, y el tamaño del área metropolitana de Santo Domingo permite mayor familiaridad con las zonas marginadas, el reconocimiento físico y algunos datos demográficos han bastado para ubicar adecuadamente los consultorios.*

*Después del reconocimiento físico, MEXFAM realiza un "estudio de viabilidad o factibilidad" (para una descripción detallada, ver el Anexo I al final del Manual). Este estudio se lleva a cabo para conocer con mayor detalle aspectos de la cultura de esa comunidad, establecer una línea base de datos para una posterior evaluación y conseguir con mayor facilidad un local. Si el estudio indica viabilidad, se selecciona el sitio.*

Un estudio de mercado es sumamente importante para asegurarse de que el tamaño de la población es suficiente como para que haya demanda de servicios que faciliten la autosuficiencia. El estudio debe ser llevado a cabo por una entidad independiente y por personal capacitado.

También es recomendable que se lleven a cabo entrevistas con la población para conocer su disposición hacia los servicios médicos y hacer una evaluación preliminar del estado de salud de los habitantes (indicadores más específicos, como padecimientos más abundantes, estado de nutrición, y preparación académica).

Debemos enfatizar que una percepción de demanda siempre debe ser verificada por medio de un estudio independiente. Un mercado no comprobado ha llevado a más de un consultorio al fracaso.

## **B. Selección del médico comunitario y su integración a la comunidad**

El encontrar candidatos para médico se puede hacer a través de varias vías:

- Convocatoria pública a través de medios masivos de comunicación (periódicos, radio, TV);

- Recomendación de otro Médico Comunitario o de otra persona que conoce el programa;
- Solicitud espontánea del propio médico para integrarse al programa.

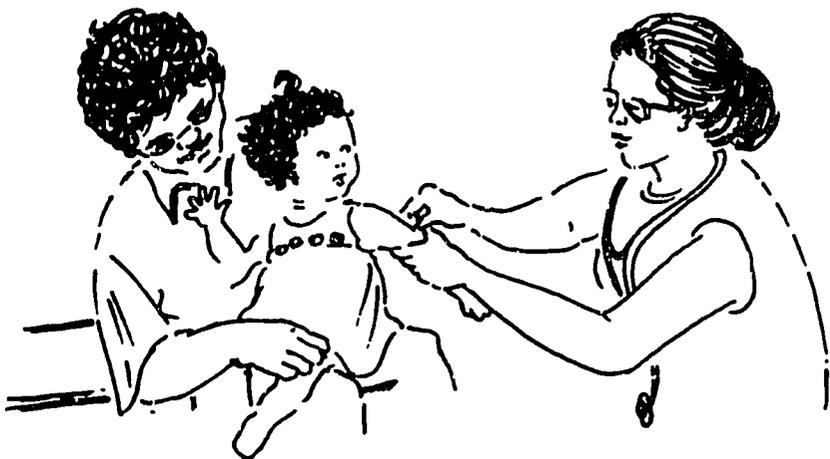
Los candidatos a Médicos Comunitarios son sometidos a un procedimiento de entrevistas con el Coordinador del programa y otras personas de la ONG involucradas directamente, como el Director Operativo de la institución. A través de esta entrevista, se busca identificar en el candidato las características que lleven al médico al éxito.

Esta sección es crítica pues el problema mas grave que ha surgido con el programa de Médicos Comunitarios, hasta el momento, es la alta rotación del médico. A pesar de no saber la causa exacta, sí se cree que algunos de los factores que más influyen en la permanencia del médico son su propia preparación, personalidad y actitud y las "expectativas" que éste trae a su nueva posición. A continuación se presentan varias características y factores críticos a la buena selección de un médico, y se repasan las "expectativas" del Médico Comunitario:

### 1. Requisitos básicos

Además de los requisitos laborales propios de cada país y de cada institución, se recomiendan los siguientes requerimientos:

- Que sea médico titulado, ya sea médico general o con especialidad en salud comunitaria;
- Que esté dispuesto a vivir enteramente de los ingresos que genere de los servicios de su consultorio en una comunidad marginada;
- Que tenga interés en el trabajo comunitario y la medicina de primer nivel.



Durante la selección, se dará preferencia a los médicos que ya tengan experiencia en el trabajo de comunidad, en la planificación familiar y en los servicios de salud materno-infantil.

ADOPLAFAM ha tenido experiencias muy positivas cuando el médico viene por su propia cuenta a solicitar ingresar al programa. La motivación de esta persona ya es muy alta, y cuando este sea el caso, debe considerarse esto como un aspecto crucial dentro de la calificación para la selección.

## 2. Perfil de personalidad

Si tuviéramos que decirlo en pocas palabras, el médico comunitario ideal es, además de médico -- vendedor, psicólogo, antropólogo, maestro y empresario. Tiene que efectuar actividades propias de la medicina; vender ideas y proyectos; proporcionar orientación a problemas emocionales y psicológicos; comprender las tradiciones culturales y relaciones sociales de la comunidad; informar y educar; y, por último, emprender el proyecto de su consultorio como su negocio personal.

A continuación se presenta una lista de algunas de las características de personalidad que favorecen el éxito de un programa de este tipo:

### Perfil de un Médico Comunitario Exitoso

- ✓ Espíritu de servicio, ya que en ocasiones tiene que realizar actividades por las que no recibe retribución o por las que tiene que trabajar más tiempo de lo usual;
- ✓ Optimismo y actitud positiva, sobre todo fe en el éxito de su negocio;
- ✓ Iniciativa y creatividad para desarrollar nuevas formas de promoción y educación, y originalidad en la solución de problemas;
- ✓ Capacidad de adaptación pues por lo general ha de responder a un gran número de situaciones cambiantes;
- ✓ Capacidad de socializar, pues ha de entablar numerosos y variados contactos con distintos grupos y agrupaciones locales;
- ✓ Seguridad personal y capacidad de persuasión, ya que en muchas ocasiones tendrá que entusiasmar a otros con sus proyectos;
- ✓ Desarrollo, facilidad de palabra y seguridad al hablar en público, pues su papel como educador en la comunidad es muy importante;
- ✓ Apertura hacia otras ideas, costumbres o valores, pues con cierta frecuencia se ha de enfrentar a la resistencia de la comunidad hacia la planificación familiar;
- ✓ Capacidad de negociación, pues en ocasiones tendrá que intercambiar y ceder, no imponerse, para el logro de un objetivo;
- ✓ Receptividad y saber escuchar a los demás, demostrar interés por otras opiniones;
- ✓ Estar convencido de la planificación familiar en lo personal, ya que en su interacción con la comunidad proyecta sus creencias individuales.

### 3. Expectativas del médico

Además de satisfacer todas las expectativas de la ONG, es esencial que el médico pueda satisfacer las personales, sentirse contento con su trabajo y no sentir altos niveles de frustración. Al analizar las razones de deserción del programa, se encontraron varias barreras físicas y psicológicas. Las expectativas que se han encontrado son las siguientes:

- Sentir libertad en el desarrollo de su trabajo;
- Sentir autoridad o influencia sobre los grupos;
- Tener prestigio y reconocimiento de la comunidad;
- Sentir apoyo por parte de la ONG;
- Tener capacitación y actualización constantes;
- Tener la facilidad de progresar financieramente.

Algunos médicos se han apartado del programa al no verse realizadas sus expectativas.

### 4. Mentalidad empresarial

Además de dichas características de personalidad y actitudes, en la medida de lo posible la ONG debe averiguar si esta persona tiene "mentalidad empresarial". Esto es, si está dispuesto a considerar al consultorio como su propia microempresa, y sobre esta base desarrollar una estrategia y un plan de trabajo. También, la ONG puede tratar de identificar en el médico la actitud positiva hacia la capacitación no-médica y su capacidad de "vender ideas".

Hay ciertas características claves para el



éxito. Entre ellas:

- Una actitud positiva hacia la generación de ingresos y hacia la autosuficiencia;
- El potencial para adoptar un estilo operativo empresarial;
- Una disposición y una capacidad para competir con los proveedores privados que ya operan en la comunidad;
- Metas y esperanzas financieras realistas.

### 5. Integración a la comunidad

Unas semanas antes y luego de instalarse el consultorio, el médico de recién ingreso debe iniciar una intensa campaña de promoción de sus servicios e integrarse a su comunidad. Además de sus propios esfuerzos, para realizar esta tarea, el modelo contempla la contratación de la Trabajadora Comunitaria y la formación de las redes de Promotoras Voluntarias.

Las actividades que el médico puede realizar para integrarse a la comunidad y desarrollar las actividades de IEyC son ilimitadas. Las que con mayor frecuencia se han llevado a cabo con buenos resultados en los programas existentes son:

- Contacto con los líderes de la comunidad
- Difusión en las asambleas y reuniones;
- Asistencia a los eventos deportivos, cívicos y sociales del área;
- Visitas domiciliarias;
- Pláticas educativas en centros escolares de todos los niveles;
- Descuentos en los precios de las consultas a Promotoras Voluntarias a cambio de referencias de clientes al consultorio;



- Realización de actividades gratuitas de salud fuera del consultorio, como vacunación e identificación de padecimientos crónicos.

**C. Selección del "equipo" y resumen de sus responsabilidades**

**1. El supervisor directo del médico comunitario: el coordinador del programa**

**i. Selección**

Otro elemento clave en el engranaje del modelo de Médicos Comunitarios es la persona de la ONG que lo supervisa directamente, el Coordinador del Programa. La buena relación entre el médico y el Coordinador, y la actitud de este último hacia el programa han probado tener fuerte influencia sobre la buena marcha del mismo.

En la tercera parte del Manual se describirá con mas detalle cómo llevar a cabo la supervisión del médico, pero es imprescindible señalar algunas experiencias y comentarios sobre el Coordinador del Programa.

Los factores más importantes relacionados con el Coordinador del Programa son que le dedique suficiente tiempo y le de prioridad e importancia al programa, y que tenga una actitud positiva de disponibilidad y accesibilidad hacia los médicos.

Otro factor que ha favorecido el éxito de un consultorio comunitario es que el Coordinador del Programa ya tenga experiencia en el trabajo comunitario, en la administración de proyectos y/o en la supervisión de trabajo social.

En la práctica se han desempeñado mejor los Coordinadores que han tenido formación universitaria, orientada hacia el trabajo social o la administración. En algunos casos han sido enfermeras con experiencia en administración.

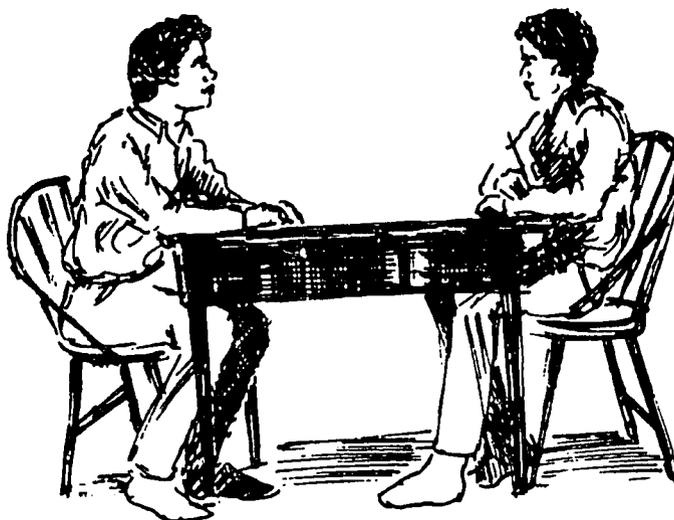
La supervisión de la calidad del servicio médico puede llevarse a cabo por el Coordinador del Programa si éste tiene conocimientos médicos o puede ser cubierta por un asesor médico que visite periódicamente el consultorio.

**ii. Responsabilidades**

Las actividades propias de la supervisión y asesoramiento técnico de los

**Médicos Comunitarios  
tienen que ver con:**

- **Organización;**
- **Planeación;**
- **Relaciones con la comunidad;**
- **Relaciones con las institución.**



**La supervisión debe ser  
efectuada de forma  
regular y con el propósito  
de:**

- **Identificar problemas y tomar pasos para resolverlos;**
- **Conocer al médico - sus áreas de interés, sus frustraciones, éxitos y fracasos;**
- **Identificar el nivel de integración del consultorio a la comunidad;**
- **Escoger temas de interés para ser incluidos en reuniones mensuales de actualización;**
- **Repartir materiales de difusión y educación;**
- **Mantener un nivel aceptable de anticonceptivos;**
- **Recolectar datos para evaluar el programa.**

**El asesoramiento técnico es indispensable y necesario para el éxito del consultorio. Este asesoramiento por lo general surge en las siguientes áreas pero no se limita a ellas:**

- **El área técnico-médica;**
- **Las relaciones inter-personales con la Trabajadora Comunitaria,**

Promotoras Voluntarias o la comunidad;

- Dudas contables-financieras;
- La recolección de datos - cómo coleccionarlos y cómo reportarlos;
- El área de difusión - cómo hacerse conocer en la comunidad.



Las dos ONGs que documentan este Manual están de acuerdo en las responsabilidades básicas del coordinador pero tienen posiciones distintas en cuanto al tiempo que el Coordinador le dedica al personal médico:

*En el modelo de MEXFAM, la supervisión del programa la lleva a cabo un "Coordinador Local", quien tiene a su cargo distintos programas además del de Médicos Comunitarios dentro de una zona geográfica determinada.*

*En el modelo de ADOPLAFAM hay una "Coordinadora de Médicos", persona que dedica el 100% de su tiempo laboral a los Médicos Comunitarios. El contacto que esta persona tiene con el médico es frecuente y estrecho, lo que le permite estar informada y dar seguimiento inmediato a los asuntos del programa.*

Los problemas que se han detectado en este caso es que la asignación del tiempo y de la prioridad del Coordinador a los Médicos Comunitarios dependerá en gran medida de su inclinación y preferencia personal, y de la disponibilidad que le permita el tiempo que dedica a otras estrategias programáticas.

## **2. La trabajadora comunitaria o coordinadora de promoción**

### **i. Selección**

Dentro del modelo de consultorios comunitarios, por lo general la carga más fuerte del trabajo comunitario es responsabilidad de una persona que trabaja coordinando las actividades que realizan los grupos de voluntarios y

promoviendo las actividades de los consultorios comunitarios: La Trabajadora Comunitaria (TC) o Coordinadora de Promoción (CP). También, esta persona (que la mayoría de las veces ha sido una mujer) es la "catalizadora" de las buenas relaciones entre el médico y la comunidad, y una educadora permanente de la población.

Algunas de las características más sobresalientes han sido:

- Personalidad dinámica;
- Líder comunitaria - una persona ya activa y conocida dentro de la comunidad;
- Una persona que pueda coordinar y motivar.

*En el caso de ADOPLAFAM, la TC generalmente es una auxiliar de enfermería o educadora en salud. Esta persona está contratada dentro de la institución, y realiza distintas actividades además del apoyo promocional que presta a los Médicos Comunitarios. Por lo general, en promedio, una Trabajadora Comunitaria tiene a su cargo el trabajo de promoción de dos Médicos Comunitarios, casi siempre de uno reciente y de uno con mayor antigüedad en el programa.*

*En el modelo de MEXFAM, la CP es algunas veces una trabajadora social pero frecuentemente viene de la misma comunidad, en ocasiones, son Promotoras Voluntarias de un alto nivel de desempeño y responsabilidad. La Coordinadora de Promoción no está contratada por la institución, sino que es retribuida financieramente a través de estímulos que varían dependiendo de algunos indicadores de su desempeño, como pláticas comunitarias, número de usuarios de planificación familiar logrados por su red de Promotoras Voluntarias, actividades de IEyC, etc. Esta persona también tiene a su cargo otros programas, y puede llegar a tener hasta tres Médicos Comunitarios a los cuales apoyar.*

## ii. Responsabilidades

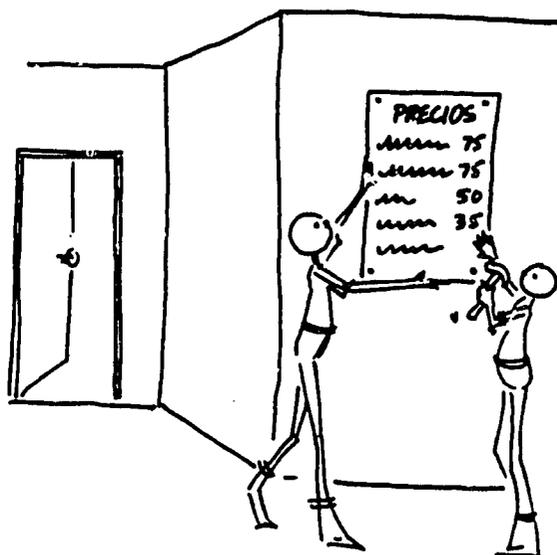
La TC es el contacto entre el médico y la comunidad y la encargada de la publicidad de la microempresa a través de innumerables actividades de IEyC. Asimismo, la TC será quien seleccione, coordine y supervise a la red de Promotoras Voluntarias que colaboran con el programa.

De acuerdo con la opinión de los Coordinadores de los programas y de los mismos médicos, su cooperación al principio es indispensable y después sigue siendo muy útil, aunque en menor grado. Esta persona desempeña el papel de identificar todas las formas posibles de acercarse a la comunidad y a sus líderes, identificar sus necesidades, y reforzar la imagen del médico entre la población.

Una lista de actividades o responsabilidades de una TC podría incluir:

### Administración y supervisión

- Asistir a la ONG o al médico en la selección de Promotoras Voluntarias;
- Supervisar, por medio de reuniones regulares, las actividades de las promotoras;
- Entregar formularios a las promotoras para la recolección de datos estadísticos necesarios para la entrega de informes mensuales;
- Elaborar informes para la ONG que incluyan las actividades realizadas por las promotoras y por ella misma así como recomendar cambios para mejorar la eficiencia del programa;
- Mantener un mapa actualizado del área de influencia del consultorio;
- Servir como vínculo entre el médico y sus promotoras y el lazo entre éstas y la comunidad.



Educación

- Participar en la capacitación de la promotora;
- Ofrecer educación continua (PF, relaciones inter-personales, promoción) a las promotoras que supervisa;

Actividades comunitarias

- Visitar a miembros y líderes de la comunidad en apoyo a las actividades del médico y de las promotoras;
- Organizar charlas educativas sobre temas de salud en las escuelas y grupos organizados en la comunidad;
- Difusión de carteles y folletos.

**3. Las Promotoras Voluntarias****i. Selección**

El último eslabón del modelo de Médicos Comunitarios que puede grandemente contribuir al éxito del programa es la Promotora Voluntaria. Esta es una persona de la misma comunidad que promueve los servicios del consultorio comunitario, proporciona información sobre planificación familiar y está integrada a una red de distribución de anticonceptivos temporales entre sus vecinos y familiares. La relación positiva con el Médico Comunitario es indispensable ya que deben convertirse en fuente permanente de clientes referidos al consultorio.

Precisamente por ser personas de la misma comunidad, la aceptación que ellas tengan del médico va a repercutir sobre la clientela del consultorio. ADOPLAFAM desarrolló un sistema de referencias y descuentos de los clientes referidos por las promotoras a los Médicos Comunitarios:

Es un sistema de "boletos o papeletas de referencia" que distribuye a su red de Promotoras Voluntarias, los cuales se entregan a cada persona de la localidad que envían al médico comunitario. Cuando un paciente le entrega al médico este comprobante, el médico le hace un descuento (que fluctúa entre el 30 y

50%) en el precio de la consulta. Con este sistema, el beneficio es para ambas partes y se ha demostrado el incremento en el volumen de pacientes referidos por promotoras. Esto ha dado excelente resultado en algunos casos, donde al principio del establecimiento del consultorio las referencias de las promotoras constituían la mayoría de la consulta del médico.

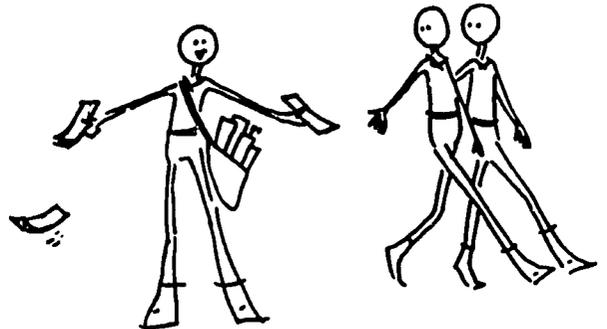
MEXFAM trabaja también con una red de promotores que promueve los servicios del médico pero en ocasiones esta relación es menos formal, y no se manejan referencias ni descuentos especiales salvo en casos individuales aislados.

A pesar de que la gran mayoría de las promotoras son mujeres, han llegado a la ONG de diferentes edades, niveles de preparación académica, y áreas geográficas. La mezcla de edades ha sido muy positivo puesto que la edad y la profesión (aúoléscente, estudiante, ama de casa,) tiende a ser un factor importante para la usuaria ya que esta se siente mas cómoda hablando de planificar la familia con alguien de su misma edad o profesión.

## ii. Responsabilidades

Dentro de sus actividades, la promotora:

- Promueve la llegada del consultorio a la comunidad, los servicios y el horario del mismo;
- Distribuye anticonceptivos temporales;
- Circula folletos y carteles sobre planificación familiar y salud reproductiva en general;
- Mantiene al médico al tanto de las necesidades de la comunidad;
- Mantiene archivos detallados sobre sus usuarias y se asegura que vean al médico con regularidad.



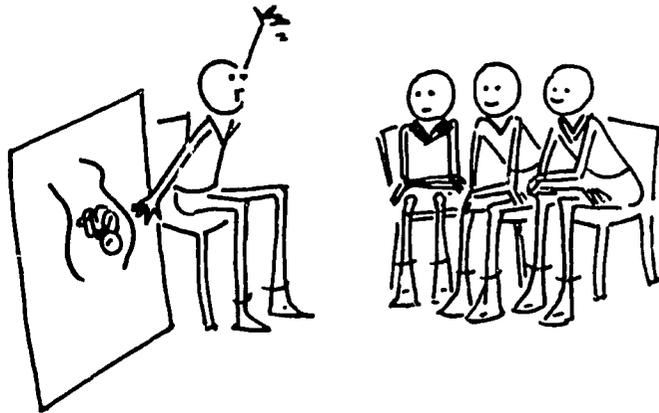
## D. Las responsabilidades y actividades de la ONG

### 1) Apoyo financiero directo

Un programa de Médicos Comunitarios exigirá de la ONG una cantidad considerable de liquidez financiera, cuya magnitud dependerá del esquema de ayuda financiera que dicha organización desarrolle. Para ambas asociaciones, ADOPLAFAM y MEXFAM, la suma originalmente establecida para el desembolso inicial de activo líquido se ha ido reduciendo conforme el modelo se ha mejorado. No obstante, aún necesitan contar con disponibilidad de fondos, como capital inicial, al poner en marcha un consultorio (la sección IV trata con más detalle el costo financiero de llevar a cabo este programa).

### 2) Capacitación y actualización

El Médico Comunitario requerirá de capacitación y actualización permanente de la ONG, tanto a través de entrenamiento formal como de capacitación durante el servicio y en el área financiera/empresarial tanto como en la médica (en la sección III se describe con detalle la capacitación del



médico). Por esta razón, una ONG con capacidad humana y/o financiera de satisfacer esta necesidad tendrá mayores posibilidades de establecer un programa exitoso.

Lo mismo puede decirse de la capacidad de la ONG de proporcionar actualización, en cantidad y calidad. Los médicos entrevistados manifestaron enfáticamente su necesidad de contar con más materiales impresos sobre temas de actualización médica, ya que su horario de trabajo les impide buscar en bibliotecas o centros de información los últimos adelantos relacionados con su práctica.

### 3) Promoción y difusión de los servicios en la comunidad

En el modelo de Médicos Comunitarios esta actividad ha resultado ser uno de los factores de mayor importancia. La ONG puede favorecer grandemente al médico si lo apoya a través de actividades de promoción. Esta ayuda suele consistir en las actividades realizadas por el personal de apoyo pagado por la ONG.

También resulta sumamente benéfico que la ONG deje claro ante la comunidad que el médico cuenta con apoyo institucional, ya sea acompañándolo en asambleas con

**Líderes comunitarios, facilitándole un letrero con el logotipo oficial, y asistiéndolo a desarrollar su propio material de difusión o proporcionándoles el de la ONG.**

**Las actividades de promoción y mercadeo pueden incluir:**

- Una estrategia de mercadeo dirigida a miembros y grupos de la comunidad;
- El diseño de folletos sobre planificación familiar y la salud en general dirigidos a los miembros de comunidades marginadas;
- Charlas dirigidas a grupos cívicos, escuelas y amas de casa;
- Servicios gratuitos, como por ejemplo el tomar la presión, con el propósito de conocer e integrarse a la comunidad;
- La señalización del consultorio - en muchos barrios las calles no tienen nombre y un letrero o una flecha en rojo o amarillo resalta y promueve el consultorio;
- La distribución de carteles y folletos en el consultorio y la colocación de un cuadro con los servicios ofrecidos por el médico y los precios;
- La producción de un logotipo que distinga a las clínicas de otras. Por lo general, la ONG le facilita este logotipo al consultorio como parte de su convenio de colaboración.



#### **4) Materiales educativos y su difusión**

Para poder llevar a cabo adecuadamente las actividades de información, educación y comunicación (IEyC), el médico necesitará materiales impresos y audiovisuales. Aunque se debe insistir en que el médico desarrolle el mismo sus materiales de promoción básicos, no siempre dispondrá de tiempo o talento para hacerlo. Así, la ONG deberá partir de la base de que el médico necesitará materiales ya impresos y elaborados, y facilitárselos, pues si no cuenta con todo tipo posible de ayudas visuales (carteles, folletos, volantes, y rotafolios), la posibilidad de que efectúe promoción comunitaria disminuye.

El diseño de folletos y carteles debe incluir pruebas de campo que confirmen que el

mensaje se entienda, que los colores sean atractivos, y que los dibujos se interpreten correctamente.

También se pueden adquirir estos materiales de otras ONGs quienes ya han producido rotafolios y carteles.

### 5) Asistencia técnica

Con cierta frecuencia - y sobre todo al principio - el Médico Comunitario se va a enfrentar a situaciones para las que no encuentra una solución inmediata, razón por la cual requerirá del asesoramiento técnico de la ONG.

Para ello, se hace necesaria la actividad intensiva de un "coordinador", que supervise y asesore a los médicos del programa. A este respecto, ha resultado más favorable la contratación de una persona exclusivamente dedicada a proporcionar asesoramiento a este programa. Cuando no es así, esto es, cuando en la ONG el que asesora a los médicos tiene que dedicarse también a otros programas, la calidad y la cantidad de la asistencia técnica disminuyen. En el campo de trabajo, se puede notar la diferencia entre los médicos que reciben más asesoramiento y apoyo técnico, pues están más motivados y tienen un desempeño más eficiente.

Muchas veces el asesor apoya a los Médicos Comunitarios con asistencia técnica a través de especialistas en las otras áreas de actividad de la ONG: un encargado del área médica puede asesorar al médico en las situaciones relacionadas con la atención a la salud; uno del área administrativa con los aspectos financieros y organizativos; una persona de promoción comunitaria lo asesora en las situaciones en que tenga dificultades de comunicación con la población o necesidades de difusión, y así sucesivamente.

### 6) Equipo y suministros

Para facilitarle al Médico Comunitario la prestación de los servicios de atención primaria y planificación familiar, se necesita un sistema eficiente de abastecimiento de equipo básico (mobiliario e instrumental) y de suministros (anticonceptivos y otros medicamentos).



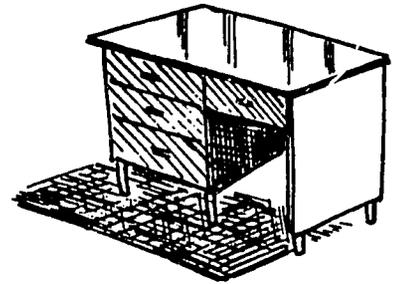
La capacidad de la ONG de realizar compras en volúmenes cuantiosos repercute en la disminución de los costos de operación del modelo, así como en un mejor sistema de abastecimiento por contar siempre con existencias suficientes para el programa. Por lo tanto, para la ONG que ya cuenta con liquidez suficiente y bodegas grandes y en buenas condiciones, las compras en

volumen son una acción que favorecerá el éxito de su programa de Médicos Comunitarios.

Una vez repartido el equipo y mobiliario, la ONG debe mantener una lista de los activos fijos, por clínica, y verificar su ubicación periódicamente. Si lo permite el presupuesto, estos activos deben ser asegurados contra robo, fuego y vandalismo y también registrados por el contador con la debida desvalorización calculada.

El médico tendrá mayor potencial de desarrollo si recibe con puntualidad los suministros necesarios para su trabajo. Por esta razón, la ONG que cuente con una mayor capacidad de compra y manejo de inventarios, así como de distribución eficiente, podrá satisfacer con mayor prontitud las necesidades de su programa de Médicos Comunitarios.

También es importante establecer un sistema de control de inventario que incluya el desarrollo de formularios de requisición y procedimientos para su uso y control. Anticonceptivos y medicamentos constituyen un bien de la ONG, por lo tanto, deben siempre reflejarse en cuentas a cobrar o en inventario. El buen control es aún más importante cuando, como en el caso de ADOPLAFAM, se usan los consultorios como depósitos regionales para repartirle anticonceptivos a las Promotoras Voluntarias.



## 7) Monitoreo y evaluación

Este tipo de modelo produce una enorme fuente de datos que permite el monitoreo y la evaluación constante del programa y el progreso de los Médicos Comunitarios lo cual permite la corrección de desviaciones o la modificación de estrategia a tiempo. Mientras que el análisis computarizado facilita el estudio comparativo, en particular el financiero, la colección de datos y el análisis manual también ha dado resultado.

John Snow, Inc. está desarrollando un Manual de "Control de Calidad" que va más allá del "monitoreo médico" básico. Es un sistema integrado que servirá para evaluar y mejorar la calidad del servicio médico. Se hará una prueba de campo de este manual, el cual estará disponible para 1992.

A continuación se presenta una guía general de supervisión y un plan general de evaluación que pueden resultar de utilidad para una ONG interesada en establecer un programa de Médicos Comunitarios.

**a. Monitoreo programático**

La información que servirá para la posterior evaluación se debe recoger periódicamente a través del monitoreo o la supervisión continua, principalmente a través de:

**i. Observaciones directas en el consultorio**

Estas observaciones son realizadas principalmente a través del Coordinador del programa, aunque otra persona de la ONG puede también realizarlas. Se debe desarrollar una guía escrita que incluya por lo menos los siguientes aspectos:

- a. Físicos: Condiciones generales del lugar (limpieza, distribución de los materiales impresos); inventario (existencia de suministros y condiciones de almacenamiento).
- b. Operativos: ordenamiento y contenido de los expedientes clínicos de los pacientes. Revisión de algunos expedientes para verificar calidad técnica de la atención médica.
- c. Administrativos: registro de la información financiera y de servicios.
- d. Observación de los pacientes: número de clientes ; tiempo de espera entre una consulta y otra, y actitud general hacia el médico.

**ii. Pláticas con personas de la comunidad**

De vez en cuando, el Coordinador o la TC realizarán visitas con personas de la comunidad, clientes y no clientes, para preguntar su opinión sobre los servicios del Médico Comunitario.

**iii. Información estadística de los servicios**

El análisis de las estadísticas mensuales debe servir como un indicador del rendimiento del consultorio, pero no como el más importante. Los datos cuantitativos deben acompañarse siempre de información cualitativa sobre la ejecución de los Médicos Comunitarios.

Es recomendable "leer entre líneas" lo que las estadísticas pueden indicar, como la composición de las consultas por tipo o la mezcla anticonceptiva de cada médico. Por ejemplo, un consultorio que durante varios meses consecutivos muestre un bajo logro de usuarios de PF debe llamar la atención

del Coordinador, así como una composición baja en DIUs dentro de la mezcla anticonceptiva de ese consultorio. En estos casos, antes de calificar el desempeño, se debe realizar una visita al médico para encontrar las razones y recomendar acciones a seguir.

Es muy importante que además de elaborar reportes numéricos sobre las estadísticas de servicios se elaboren también gráficas de tendencias, para analizar la evolución de los servicios a lo largo del tiempo. Los programas de computación disponibles en la actualidad facilitan considerablemente esta tarea.

**iv. Información de la situación financiera de los consultorios.**

Cada Médico Comunitario debe entregar reportes mensuales de la situación financiera de su consultorio. Igual que con las estadísticas de servicios, un médico que reporte cantidades que "se disparan" hacia arriba o hacia abajo de su tendencia normal ameritan una visita del Coordinador para averiguar las causas.

Es pertinente señalar que en la mayoría de las ONGs que se dedican a la salud, el monitoreo de la situación financiera lo realiza otra área administrativa que no es la que coordina operativamente al programa. Sin pretender alterar los procedimientos organizacionales, sí es útil recomendar que en el caso de los Médicos Comunitarios el Coordinador del programa reciba copia de los reportes financieros para efectuar conjuntamente el análisis de las estadísticas de servicios.

**v. Información de otro personal involucrado con el programa**

Finalmente, la supervisión del programa debe incluir la opinión (solicitada en forma directa o indirecta) de la TC y de las Promotoras Voluntarias relacionadas con el consultorio.

Un adecuado monitoreo es una buena herramienta de control y una fuente valiosa de elementos para la evaluación y toma de decisiones.

**b. Evaluación programática**

Para un programa de este tipo se recomiendan dos tipos de evaluación: Formativa y Sumativa.

Con toda seguridad, la ONG necesitará saber si el desarrollo de su programa de

Médicos Comunitarios satisface los objetivos y las metas que se plantearon al principio. No es recomendable esperar demasiado tiempo para iniciar actividades de evaluación, sino mas bien convertir la evaluación en parte del proceso de desarrollo del programa (evaluación formativa).

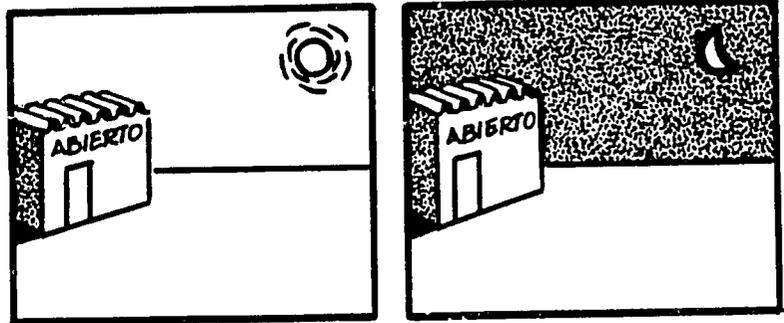
**c. Monitoreo y evaluación de la calidad del servicio médico**

Al igual que sucede con cualquier otro producto o servicio que se adquiere, el nivel de calidad de los servicios médicos (percibida por el cliente) influirá de manera considerable la decisión de volver a adquirirlo en el futuro y de recomendarlo a otras personas. Los clientes de un consultorio comunitario perciben la calidad del servicio principalmente a través de:

**i. Disponibilidad del médico.**

En las dos ONGs que documentan esta experiencia se ha observado que una variable compartida por sus Médicos Comunitarios mas exitosos es la disponibilidad del servicio médico las

24 horas del día. Esta disponibilidad representa mayores ingresos y mayor confianza por parte de la comunidad. Para lograrla, el médico vive en la instalación médica o en la propia comunidad, y tiene otro médico que lo suple mientras el tiene que ausentarse.



**ii. Relación médico-paciente.**

El cliente percibirá mayor calidad cuando el médico tenga para con él un trato amable y cordial, y cuando le proporcione información o explicaciones además de las prescripciones médicas.

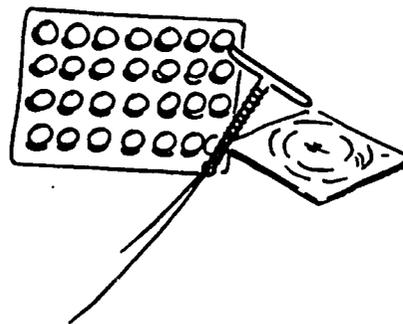
**iii. Nivel técnico médico.**

Cuando las personas perciben los errores de tipo médico, esto afecta grandemente su confianza en el practicante. La ONG debe vigilar estrictamente

la calidad de los procedimientos en beneficio de la salud y la seguridad de los clientes y, como otra consecuencia, en beneficio del éxito del programa.

**iv. Disponibilidad de anticonceptivos y medicamentos.**

Algo que desmotiva a un cliente es que el médico no tenga a la mano el medicamento que le está recomendando, sobre todo si se trata de un anticonceptivo. Por supuesto, el médico no tiene por que tener todo tipo de suministros farmacéuticos, pero en la medida en que pueda satisfacer esta necesidad, sus clientes quedarán mucho más satisfechos. Se recomienda que el médico tenga a la mano por lo menos medicamentos básicos relacionados con la salud materno-infantil y la planificación familiar.



**v. Condiciones físicas del lugar y el equipo.**

Otro elemento importante es que el consultorio se encuentre en las mejores condiciones físicas posibles. Algunas veces, la dificultad para encontrar un local donde establecer el consultorio obliga al médico a alquilar habitaciones que no tienen suficiente iluminación o ventilación. Esto puede contrarrestarse con pintura blanca en las paredes y mucha limpieza. Otras veces no hay agua en la región y el médico tendrá que esforzarse aún más para mantener el lugar limpio y propicio para la entrega de servicios.

Para lograr lo anterior, deben fijarse parámetros de evaluación desde el principio. Estos parámetros son los objetivos específicos y las metas del programa -básicamente, que se pretende, cómo y en cuánto tiempo. Los datos y la información que se obtiene del monitoreo constante deben compararse con estos parámetros con regularidad: "Estamos logrando lo que pretendíamos, dentro del tiempo que fijamos y de la forma en que lo planeamos?"

Aunque no existe una receta para determinar cada cuánto debe evaluarse un programa de salud, debido a las características específicas de este modelo podemos afirmar que será necesaria una evaluación dentro del primer semestre, otra después de un año y otra al concluir los primeros dos años. Esto permitirá rectificar rumbos y estrategias con oportunidad.

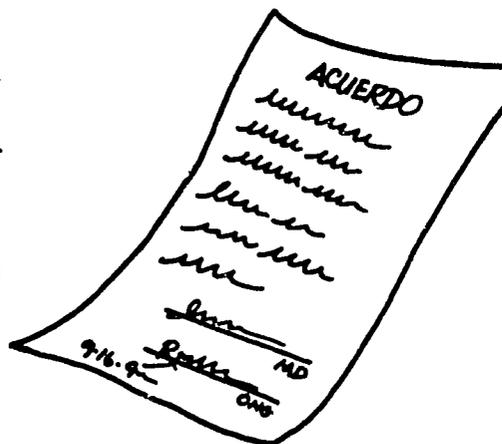
Por otra parte, también se requerirá analizar la situación de manera retrospectiva cuando el primer plazo haya transcurrido. Esta se llama

evaluación sumativa, y es indispensable que desde el principio se determine que va a necesitarse al final.

Una recomendación muy importante es que al principio del establecimiento del programa se obtenga información que sirva de "línea base de datos"; en otras palabras, se necesita una fotografía de "ANTES" para compararla con la de "DESPUES", que se obtendrá al terminar la evaluación. Algunas ONGs han tenido problemas cuando después de 2 o 3 años de operación deciden hacer una evaluación de sus programas de Médicos Comunitarios, y no tienen datos contra los cuales comparar los resultados.

### E. Convenio de colaboración

Una vez pasado el proceso de selección, el Médico Comunitario firma un convenio de colaboración con la ONG, en el que se establecen las bases de la relación laboral entre ambos. A pesar del médico ser independiente y sólo formar parte de una operación de franquicia, el convenio debe ser un acuerdo que le permita a la ONG recuperar su equipo y mobiliario si el médico no cumple con su compromiso o el consultorio no marcha adelante. A pesar de variaciones individuales, se pueden estipular las siguientes premisas:



- La ONG proporciona al médico el mobiliario, equipo e instrumental médico en calidad de préstamo durante un período de 2 años. Al cabo de éste, el médico tendrá la opción de comprarlo basado en un plan de pagos. Es muy importante que el médico sepa exactamente cuanto tendrá que pagarle a la ONG y que mientras más rápido pague el equipo más rápido será suya la clínica. Han surgido varios casos en que el médico ha comenzado a pagar antes del término de los dos años.

Por lo general, el equipo es depreciado durante los primeros 2 años de uso lo cual significa que el médico le paga a la ONG aproximadamente un 50% del valor original de compra. En teoría, se necesitaría el pago de dos consultorios para abrir uno nuevo. Sin embargo, nuestra experiencia indica que si la inflación durante esos 2 años es muy alta podría desvalorizarse aun más el equipo y que si el poder adquisitivo de la moneda extranjera con la cual se compra el equipo ha disminuído, también se reduciría lo que puede comprar con este pago. En muchos casos el pago del equipo, después de dos años, sólo cubre los costos de un pequeño porcentaje de un equipo nuevo. La ONG tendrá que analizar cuidadosamente su estrategia. Si desea crear un fondo rotativo con el cual se puedan abrir nuevas clínicas con el pago del equipo de otras,

tendrá que ajustar el monto por, al mínimo, la inflación, o tendrá que tomar una actitud empresarial y cobrar un interés mínimo al "préstamo" que se le ofrece al médico.

- La ONG puede decidir ayudar al médico durante el primer año con el pago de la renta. En muchos casos la ONG comienza subsidiando el local por los primeros tres meses, reduciendo el subsidio gradualmente durante los próximos trimestres. En otros casos se le paga 50% de la renta usando el mismo esquema.
- La ONG puede llegar a pagarle al médico algunas consultas de PF (de primera vez) durante los primeros meses. Al principio, ADOPLAFAM le aseguraba al médico un determinado número de "salarios mínimos" por mes como salario pero descubrió rápidamente que esto disminuía el incentivo al médico a salir y buscar clientela ya que contaba con un salario "garantizado". Por otro lado, MEXFAM ofrece ayuda financiera a algunos médicos, pagándoles una cantidad estimada sobre la base de un número promedio de consultas mensuales, a juicio y criterio del coordinador del programa. Para que el médico no se forme la idea de que la ONG le paga un sueldo, se le adjudica el beneficio económico sobre la base de sus actividades de promoción. Por ejemplo, el recibe por cada plática comunitaria el equivalente de 5 consultas de PF. El coordinador le va retirando gradualmente este tipo de estímulo conforme se van incrementando los servicios médicos.
- La ONG puede decidir hacerse cargo de la preparación física del consultorio y de su adecuada señalización. Muchas veces hay fondos en el presupuesto para pintar el consultorio y cumplir con reglamentos del Departamento de Salud.
- La ONG se compromete a entregar suministros anticonceptivos al médico a precio de costo y le facilita, gratuitamente, materiales educativos incluyendo afiches y folletos.
- La ONG se compromete a capacitar al médico, proveerle asistencia técnica y supervisarlos; y a coordinar el trabajo de la trabajadora comunitaria y las promotoras voluntarias.

A cambio de lo anterior, el médico se compromete a:

- Promover los servicios de atención primaria a la salud en esa comunidad.
- Difundir con especial interés los servicios de planificación familiar y salud materna infantil.
- Respetar los reglamentos y estatutos legales y administrativos de la ONG.

- Integrarse a la comunidad por medio de reuniones, charlas y visitas a los miembros de la comunidad incluyendo grupos cívicos, escuelas, y asociaciones.
- Mantener horarios accesibles a la comunidad.
- Regirse al plan de pagos de su equipo y mobiliario.

### **Terminación de un contrato con un médico comunitario**

Cuando un contrato con un Médico Comunitario llega a su fin, por lo general la ONG evalúa, a través del Coordinador del programa, si el médico ya alcanzó el nivel de autosuficiencia base que requiere para operar por su propia cuenta. Si bien la ONG se compromete a apoyar al médico por dos años, esto no significa que al cabo de los mismos siempre se le corte drásticamente la ayuda. El Coordinador determina si han sido obstáculos ajenos al desempeño del médico los que han impedido que alcance la autosuficiencia, en cuyo caso, se le extiende el plazo por unos meses más. Inclusive, MEXFAM piensa que aún no llegando a la autosuficiencia, el médico y su consultorio, siguen siendo, en muchos casos, una forma eficiente de atender a una comunidad marginada.

Cuando el convenio de dos años se vence (o como mencionamos, en algunos casos antes del vencimiento) es el momento en que la ONG ofrece al médico el mobiliario y equipo en venta, siguiendo el plan de pagos programando en el contrato ajustado a cualquier cambio del plazo fijado.

Después de terminar su contrato y alcanzar la autosuficiencia base, los médicos quedan integrados al programa: se les visita con cierta frecuencia, se les apoyo distribuyéndoles anticonceptivos (en venta al costo), se les entrega material educativo, y se les sigue invitando a los eventos de capacitación.

Si el médico no llega a cumplir el plazo de 2 años, él se compromete a entregar inmediatamente todo el equipo, mobiliario y materiales a la ONG.

### **F. Instalación del consultorio e inicio de los servicios**

Una vez terminada la capacitación y firmado el convenio, el médico y la ONG preparan su estrategia para la apertura de una clínica en un área recomendada por el estudio de factibilidad. Se firma un acuerdo de alquiler con el dueño del edificio (si no se ha conseguido como donación), la ONG compra e instala el equipo (el Anexo II al final contiene la lista del equipo, mobiliario e instrumental básico de ambas ONGs), y se comienza a

anunciar la apertura de la clínica. La divulgación de la clínica se puede hacer por medio de papeletas distribuidas por la comunidad y por medio de una ceremonia de inauguración. También se puede formar un comité de apoyo el cual tendría a cargo anunciar la llegada del médico a la comunidad.

En esta etapa, el Coordinador del programa confirma con el médico las metas programáticas, los horarios de servicio y los precios. La ONG y el médico tienen metas que cumplir basado en la proyección de flujo de caja, y así se asigna al médico su cuota a cubrir. Mientras que al principio es importante que haya flexibilidad con respecto al cumplimiento de las metas cuantitativas, es importante que el médico trabaje con un parámetro numérico como referencia. El criterio del Coordinador es la fórmula para que no se den extremos de laxitud o de intransigencia.

Con relación a los horarios de servicio, estos serán determinados por el propio médico basado en las necesidades de las personas de la comunidad, especialmente de las mujeres y madres de familia - que forman la mayor parte de la clientela del médico. Este punto es importante porque el horario de servicio debe ser las horas en que la comunidad está dispuesta a asistir. Por supuesto, el servicio permanente (con su correspondiente letrero de "SERVICIO MEDICO LAS 24 HORAS") ha resultado más efectivo.

En cuanto a los precios,

*MEXFAM asigna una cuota fija para el cobro de las consultas de PF (US\$ 1.00), y es flexible para que el médico establezca el precio de las demás consultas. Al elaborar este Manual, el promedio de los precios de las consultas de este programa era de US\$ 1.00 - 5.00.*

*ADOPLAFAM deja en libertad a los médicos para que ellos establezcan su política de cobros dentro de un parámetro razonable, con excepción de los clientes referidos por la red de promotoras voluntarias, a los que se cobra una cuota fija reducida (de aproximadamente US\$ 1.00). Durante la realización de este manual, el precio promedio de los servicios de los médicos de este programa cobraban alrededor de US\$ 1.50 - 2.00.*

## T E R C E R A   P A R T E

### I.    **LA CAPACITACION DEL MEDICO COMUNITARIO**

Se ha visto que un factor indispensable para el buen funcionamiento de un programa de Médicos Comunitarios es su capacitación, formal y en servicio, así como su permanente actualización.

Existen tres grandes grupos de temas en los que el médico comunitario requerirá capacitación:

- A.    los relacionados con la salud (práctica médica, sexualidad y PF, salud reproductiva, salud materno-infantil);
- B.    los relacionados con la administración de pequeñas empresas (contabilidad básica, cálculos de punto de equilibrio, técnicas de propaganda y ventas, flujo de caja, relaciones interpersonales);
- C.    los relacionados con información, educación y comunicación.

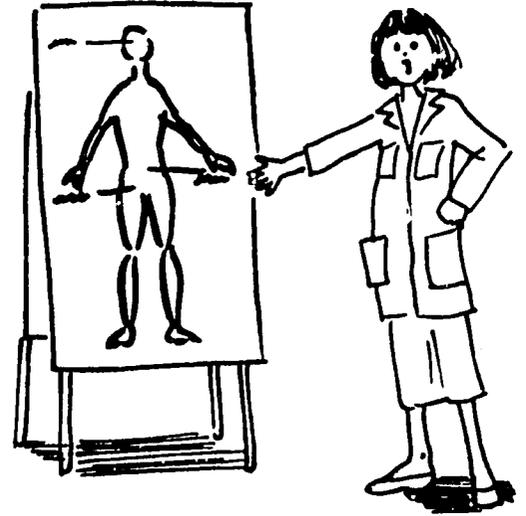
Además de estos, la ONG determinará cuándo proporcionarle entrenamiento en otras áreas que juzgue indispensables dentro de su programa relacionadas con el registro de información y el funcionamiento de la institución.

Con respecto a la forma de llevar a cabo el proceso de capacitación, ambas ONGs han utilizado los cursos de tipo formal. ADOPLAFAM comenzó con una versión de 70 horas en total, que incluía la mitad en teoría y la otra mitad en prácticas de inserción de DIU. Recientemente ha modificado su proceso, manteniendo el tiempo de la parte teórica en 35 horas y reduciendo la duración de sesiones prácticas a 20 horas para un total de 55 horas. Por su parte, MEXFAM trabaja con un esquema de capacitación formal de 56 horas en total, 41 horas de teoría y 15 de práctica.

#### A.    Capacitación en el área médica

Ambas ONG han concentrado sus esfuerzos en los temas básicos relacionados con la salud. Una agenda típica para capacitación de Médicos Comunitarios comprende lo siguiente:

- **Medicina comunitaria e indicadores de salud**
- **Paternidad responsable y planificación familiar**
- **Riesgo reproductivo**
- **Anticoncepción**
- **Salud reproductiva**
- **Enfermedades de transmisión sexual**
- **Prevención de cáncer cervico-uterino**
- **Salud materno-infantil**
- **Sexualidad**
- **Práctica de inserción de DIUs**
- **Consejería**
- **Referencias**
- **Seguimiento**



A continuación se resumen algunas de las observaciones y recomendaciones generales que se recopilieron con respecto a la capacitación de los Médicos Comunitarios durante la documentación de este Manual:

- La forma en que se invita a los médicos a tomar un curso es esencial. De preferencia, se recomienda que se les comunique con mucha anticipación el desarrollo del evento, y que se les proporcionen detalles sobre su contenido. Mientras que la asistencia a la capacitación inicial es fácil, el horario de trabajo no facilita la asistencia a los cursos de seguimiento.
- Es mejor programar varias sesiones cortas (de 4-6 horas) y separadas (semanal, mensual o bimestralmente) que un curso completo de muchas horas seguidas.
- Se recomienda incluir dentro del curso temas que a los médicos les

interese, estén o no relacionados directamente con el desarrollo del programa, pues esto los motiva mucho a participar.

- Ya que los presupuestos para capacitación generalmente son reducidos, se recomienda idear formas efectivas de invitar a especialistas prestigiosos del área médica a colaborar en los programas sin cobrar honorarios.
- Cuando no se consigue que dichos especialistas participen, lo que ha resultado muy efectivo es desarrollar seminarios y talleres, donde los mismos médicos preparan los temas por grupos pequeños y los presentan a los demás. La clave de esto es proporcionar todo el material al principio del taller (incluyendo materiales audiovisuales ya elaborados), darles cierto tiempo para la preparación de las presentaciones y posteriormente conducir los seminarios.
- Por último, se ha considerado conveniente que se incluyan dentro de los contenidos de capacitación algunos aspectos básicos de demografía y temas de población. De esta manera, algunos de los mitos que prevalecen con respecto a la planificación familiar quedarían erradicados si se proporciona información sobre la situación demográfica y estado general de salud de la población desde una perspectiva más amplia e integral.

## **B. Capacitación en el área administrativa/financiera**

La capacitación básica administrativa/financiera para los Médicos Comunitarios es esencial para el éxito de la clínica. El saber la salud financiera de su clínica y como esta puede mejorarse es clave para el médico. ADOPLAFAM proporcionó un curso muy breve de administración de microempresas, donde se manifestó el enorme interés y la gran necesidad de los médicos de tener este tipo de entrenamiento. La falta de esta capacitación ha impedido, en varias ocasiones, el éxito de una clínica.

Ya que hasta este momento ninguna de las dos asociaciones que sirvieron de modelo para la elaboración de este Manual efectúan de manera sistemática este tipo de capacitación, aquí se plantearán recomendaciones que surgen de la experiencia del manejo y supervisión de programas comunitarios.

Las áreas que recomendamos que sean cubiertas con los Médicos Comunitarios son:

### 1) Administración de pequeñas empresas

- Importancia de la administración para el manejo de un consultorio.
- El proceso de planeación (incluyendo conceptos de planeación estratégica).
- Toma de decisiones sobre el manejo de la empresa.
- Organización de tareas.
- Elementos de control - el seguimiento administrativo.

### 2) Contabilidad básica

La contabilidad es un tema que muchas veces asusta a la mayor parte de los médicos pero es indispensable para el buen manejo de un consultorio. Lo que un Médico Comunitario necesita saber de contabilidad es sólo lo esencial, y se debe tener cuidado de no abrumarlo con demasiados conceptos. Se sugiere que se haga todo esfuerzo para lograr la motivación del médico hacia esta área, enfatizando la utilidad de este entrenamiento.

Algunos de los temas que se pueden presentar dentro de un programa de capacitación en contabilidad básica son:

- Importancia y utilidad de la contabilidad en el manejo de un consultorio médico.
- El manejo del activo líquido.
- El efectivo - caja chica y cobro de honorarios.
- Registro de ingresos.
- Registro de egresos.
- Registro de cuentas por cobrar.
- Registro de cuentas por pagar.
- Balance mensual y preparación de un estado financiero del consultorio.



### 3) Elaboración y manejo del presupuesto operativo

La mayor parte de los Médicos Comunitarios manejan pequeñas operaciones y no verán la necesidad inmediata de desarrollar un presupuesto pero algunos de los médicos han expandido sus clínicas y sí muestran interés en desarrollar sus destrezas empresariales.

**4) Cálculo del volumen de servicios a prestar**

La preparación de un flujo de caja por 12 meses debe tomar en cuenta las variables que determinan el número de pacientes por mes, como por ejemplo: días de fiesta, días religiosos y los cambios de temporada. Por medio de un flujo de caja el médico podrá medir su progreso y comparar sus ingresos y gastos a su meta final la cual es llegar al punto de equilibrio.

**5) Cálculo del punto de equilibrio**

Es importante saber cuántos pacientes se necesitan para cubrir los costos de operación y cuánto se debe cobrar por consulta. Estos cálculos estimulan al médico a ser más activo si ve que está lejos de la meta programada y a animarse cuando ya esté cerca pues significa la autosuficiencia de su consultorio.

**6) Determinación de costos y precios del servicio**

Casi todo médico necesitará de ayuda técnica para calcular sus costos y determinar el precio de sus servicios. Ya que por lo general las ONGs permiten al médico establecer sus propios precios, el médico tendrá que determinar el "precio de mercado" en su barrio y ajustarse al mismo.

**7) Consideraciones sobre la inflación**

En particular, como ésta afecta sus precios, volumen de pacientes y la compra de equipo o material.

**8) Préstamos**

En ninguno de los dos países de cuyas experiencias se documenta este manual existen políticas de la banca comercial que beneficien con préstamos a los Médicos Comunitarios, por ser ellos mismos población de bajos recursos. No obstante, ADOPLAFAM ha conseguido que sus Médicos Comunitarios reciban pequeñas sumas en calidad de préstamo de un organismo privado que se dedica al desarrollo comunitario. En estos casos, la ONG funciona como fiador del médico.

Otras áreas incluyen:

**9) Determinación de los requisitos del capital de trabajo - cuánta reserva se necesita?**

- 10) **Determinación de ganancias y cómo aumentarlas.**
- 11) **Posibilidades de crecimiento financiero.**
- 12) **Registro de inventario.**
- 13) **Registro de bienes.**
- 14) **Fuentes de suministros, anticonceptivos a precios subsidiados y drogas genéricas.**
- 15) **Administración de suministros.**

Se sugiere que el curso se desarrolle en forma de taller, utilizando para cada punto ejercicios prácticos con ejemplos y casos relacionados con la práctica médica, de preferencia con casos de otros consultorios comunitarios. No es recomendable que se hagan exposiciones sobre conceptos, ni que se incluya vocabulario muy técnico.

El Programa Enterprise ha desarrollado un manual: "Administración Básica de Empresas - Un Manual para Pequeñas Empresas de Planificación Familiar" para asistir a dueños y administradores de casas de maternidad, clínicas, y otros pequeños establecimientos de servicios médicos que proporcionan servicios de planificación familiar. Básicamente, el manual cubre áreas de contabilidad básica, planificación de empresas y toma de decisiones financieras que todo administrador necesita conocer para poder dirigir una empresa con éxito.

### **C. Capacitación en el área de información, educación y comunicación**

Además de capacitar al médico sobre la forma de organizar y controlar las actividades de su pequeña empresa y sobre cómo manejarla financieramente, es esencial que se le introduzca a la práctica del mercadeo, pues el trabajo del Médico Comunitario es una acción continua de compra y venta de servicios.

Se sugieren los siguientes temas a ser discutidos:

- **Importancia del papel que desempeña el mercadeo para el óptimo desarrollo del consultorio.**
- **Definición del "mercado" en el ambiente del médico.**
- **El proceso del mercadeo:**

- Análisis del mercado (demanda real y potencial).
  - Segmentación y tipificación de la demanda.
  - Análisis de la competencia.
  - Desarrollo de estrategias de promoción y publicidad para incrementar la demanda de servicios de salud.
  - El desarrollo de material de promoción incluyendo colores y presentación.
  - La evaluación y producción de dicho material.
- Evaluación y re-orientación de la estrategia de mercadeo.

## **II. LA CAPACITACION DE LA TRABAJADORA COMUNITARIA**

La trabajadora en muchos casos será la catalizadora de las actividades en el consultorio. Su capacitación tanto como su personalidad de líder serán factores indispensables en el éxito del consultorio.

Existen tres áreas de temas en los que la Trabajadora Comunitaria requerirá capacitación:

- A. los relacionados con la salud (planificación familiar y salud materno-infantil, paternidad responsable, y salud reproductiva);
- B. los relacionados con la administración del consultorio y la supervisión de las promotoras voluntarias;
- C. los relacionados con la integración comunitaria, información, educación y comunicación.

Con respecto a la forma de llevar a cabo el proceso de capacitación, ADOPLAFAM ofrece un curso mas bien teórico de 70 horas en total, que incluye demostraciones en el aula.

### **A. Capacitación en el área de la salud**

La capacitación debe permitir que la Trabajadora Comunitaria sea capaz de lo siguiente:

- Identificar cada uno de los métodos anticonceptivos, las contraindicaciones y efectos colaterales;

- Desarrollar habilidad en el manejo de los métodos no clínicos;
- Describir los aspectos más importantes de la problemática materno-infantil;
- Diferenciar las vacunas para aplicar a las embarazadas y a los niños;
- Describir los signos y síntomas de deshidratación en el niño;
- Desarrollar habilidades en la preparación de suero casero para rehidratación oral;
- Desarrollar el arte de la consejería y la administración de efectos secundarios;
- Crear un sistema de remisión y de seguimiento.



#### **B. Capacitación en el área administrativa**

Muchas veces, la trabajadora comunitaria es la asistente administrativa del médico como también la que escoge a las promotoras voluntarias, las adiestra, y las supervisa, y por lo tanto debe ser capacitada en las siguientes áreas:

- Administración de programas
- Cómo llenar los formularios de estadísticas del programa comunitario
- Cómo escoger y supervisar a las promotoras
- Cómo llevar un registro de inventario
- Cómo disminuir costos
- Administración de suministros

#### **C. Capacitación en el área de integración comunitaria, información, educación y comunicación**

Se sugieren los siguientes temas a ser discutidos:

- La importancia de la integración comunitaria
- El manejo de charlas educativas
- Los aspectos más importantes al realizar una entrevista
- Cómo motivar a la comunidad y a las voluntarias
- La importancia del mercadeo para la promoción del consultorio.
- El desarrollo de material de promoción

Una agenda típica que cubra estas dos áreas podría incluir los siguientes temas:

- Importancia de la medicina familiar
- Problemática materno-infantil
- Anatomía y fisiología de la reproducción humana
- Sexualidad humana
- Paternidad responsable - estudios de casos
- Métodos anticonceptivos - definición y clasificación
- Gestágenos orales - mecanismo de acción, efectividad, contraindicaciones, efectos colaterales, y demostraciones
- Métodos anticonceptivos de barrera química - espuma vaginal, tableta vaginal, mecanismo de acción, forma de uso, demostraciones
- El condón - su uso
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina
- Dispositivos intrauterinos (DIU) - asa de lippes, T de cobre, contraindicaciones, efectos colaterales, efectividad
- Lactancia materna y su importancia
- Enfermedades infecto-contagiosas
- Diarreas - prevención y tratamiento - signos de deshidratación, rehidratación oral, preparación de suero casero
- Embarazo - importancia del control, inmunizaciones, higiene durante el embarazo
- Control de la salud del niño - inmunizaciones
- Aspectos demográficos en el país
- La integración comunitaria y su importancia
- Responsabilidades del trabajador en salud comunitaria
- La charla educativa - preparación, ejecución y evaluación

- Técnica de la entrevista
- Manejo administrativo de los programas
- Formularios - cómo llenarlos correctamente
- Cómo supervisar y motivar
- Orientación y discusión sobre el trabajo en el terreno

Sugerimos también que se les aplique un examen antes y después del curso y que se le permita a los participantes evaluar el curso.

### III. LA CAPACITACION DE LA PROMOTORA VOLUNTARIA

La promotora voluntaria promoverá los servicios del consultorio médico en su comunidad y distribuirá métodos anticonceptivos temporales. Su capacitación debe proporcionarles conocimientos de salud comunitaria y guías para que sistematicen la educación e información sobre atención primaria en salud. El curso, por lo general, dura 40 horas durante cinco días.

Existen dos áreas de temas en los que la trabajadora comunitaria requerirá capacitación:

- A. los relacionados con conocimientos básicos de la salud (prevención de enfermedades, signos y síntomas de las principales enfermedades, supervivencia infantil, saneamiento del ambiente y planificación familiar);
- B. los relacionados con la motivación de su comunidad y la colección de datos sobre su clientela.

#### A. Capacitación en el área de la salud básica

Al finalizar su capacitación, las voluntarias deben ser capaces de lo siguiente:

- Describir el mecanismo de acción de los métodos anticonceptivos de mayor uso en el país;
- Identificar las contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos;
- Identificar los signos y síntomas de enfermedades comunes;
- Realizar referimientos a consultorios comunitarios para atención de salud y uso de métodos anticonceptivos;

- Enseñar a las madres cómo preparar sueros para rehidratación oral.

**B. Capacitación en el área de integración comunitaria y la colección de datos sobre su clientela**

Se sugieren los siguientes temas a ser discutidos:

- Cómo organizar su comunidad;
- Cómo desarrollar actividades informativas en



la comunidad sobre prevención de enfermedades, paternidad responsable, lactancia materna, saneamiento ambiental y planificación familiar;

- Describir las fases de una entrevista;
- Llenar tarjetas de identificación de los usuarios, los libros y formularios de control;
- Proveer información detallada de cada método anticonceptivo que vende.

Una agenda típica que cubra estas dos áreas podría incluir los siguientes temas:

- Por qué nos enfermamos?
- Higiene en general
- Infecciones respiratorias
- Enfermedades diarreicas
- Programa ampliado de inmunización
- Control pre y pos-natal
- Bajo peso al nacer
- Lactancia materna

- Principales causas de muertes maternas e infantiles
- Paternidad responsable
- Planificación familiar
- Anatomía y fisiología de la reproducción humana
- Enfermedades de transmisión sexual y SIDA
- Métodos anticonceptivos - definición y clasificación
- Gestágenos orales - uso, indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales, y demostraciones.
- Métodos anticonceptivos de barrera - condón, espuma vaginal, tableta vaginal, otros
- Esterilización femenina y masculina
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- El líder y su comunidad
- La comunidad y la voluntaria
- La visita domiciliaria
- El censo - el croquis - el sistema de referimiento
- Técnicas de la entrevista, la charla y el debate
- Teoría y práctica sobre el manejo administrativo del programa

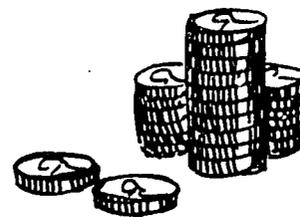


## CUARTA PARTE

### I. COSTOS FINANCIEROS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS

Los costos del establecimiento de un programa de Médicos Comunitarios se puede dividir en las siguientes categorías:

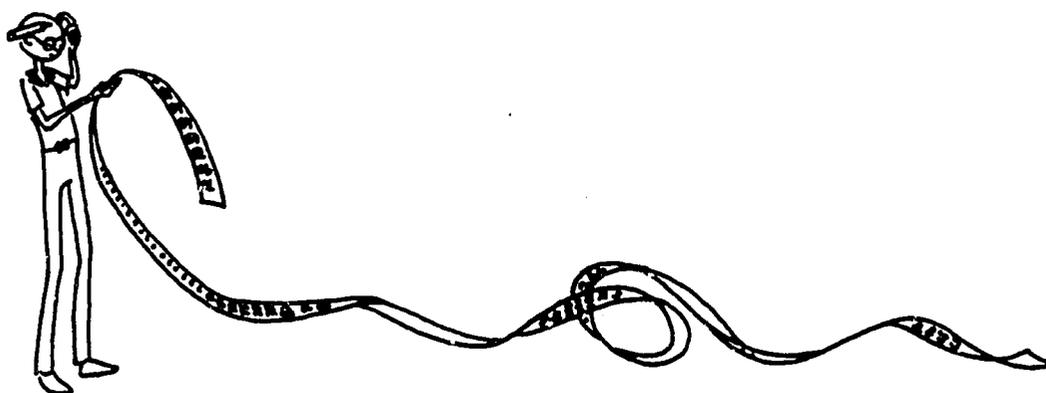
- A. Costos iniciales
- B. Costos de operación
- C. Costos asociados con la alta rotación de médicos



#### A. Costos iniciales

Estos pueden incluir:

- Un estudio de mercado;
- El tiempo del personal de la institución para llevar a cabo las siguientes actividades: identificar el local para el consultorio, entrevistar candidatos potenciales, negociar el alquiler y preparar formularios;



- La compra de equipo, muebles y suministros médicos;
- Pagos adelantados para cubrir el alquiler;
- Preparación del local para el inicio de servicios (pintura, cambios necesarios para cumplir con reglas del Departamento de Salud, diseño de folletos y logotipo).

#### B. Costos de operación

Estos incluyen:

- Salarios para el personal de la institución (Director Ejecutivo, Coordinador de Programas, Contador);
- Pago en efectivo o alimento para la Trabajadora Comunitaria o Coordinadora de Promoción;
- Transportación, lo cual incluye mantenimiento y gasolina, y en ocasiones la compra de un vehículo;
- Alquiler y mantenimiento de clínicas y bodegas;
- Artículos de oficina;
- Costos indirectos;
- Diseño y producción de material de IEyC.

#### C. Costos asociados con la alta rotación de médicos

Es mucho más difícil identificar el costo asociado con un alto índice de rotación. La experiencia de "Enterprise" muestra que una alta rotación en el programa de Médicos Comunitarios es muy costoso para la institución administradora y causa problemas con la moral de los médicos. También puede resultar en un sentimiento de frustración de parte de los clientes regulares del médico y una baja en el número de clientes de planificación familiar.

Cuando un médico decide salir del programa, aumentan los costos operacionales: un nuevo proceso de selección, tiempo adicional de parte del personal de la institución,

entrenamiento en el campo médico y empresarial, una nueva relación con la TC/PC y las voluntarias y un nuevo proceso de integración a la comunidad.

Un cuidadoso proceso de selección del médico, el cual se repasa en la sección B de la segunda parte, contribuirá a la disminución del índice de rotación.

## **II. LA EXPERIENCIA DE EL PROGRAMA ENTERPRISE**

Esta parte hará referencia a la estimación que MEXFAM y ADOPLAFAM tienen de los costos de instalación de un consultorio comunitario, así como algunos datos y comentarios sobre los costos de operación y la recuperación de la inversión.

En el caso de MEXFAM, los números representan el costo de una clínica comunitaria durante los dos años que generalmente toman para alcanzar un punto de autosuficiencia. En el caso de ADOPLAFAM, los costos no son representativos ya que se usa un "promedio" el cual incluye médicos que ya no están con el programa, así como también médicos que alcanzaron el punto de equilibrio en un año o menos. El Programa no ha existido tiempo suficiente como para poder ofrecer costos más reales.

Respecto a la compra de equipo y suministros, la ONG que posea la capacidad financiera y logística, siempre que la situación económica del país permita, podrá abatir significativamente los costos a través de las siguientes vías:

- Compra de suministros al por mayor
- Arreglos especiales con los fabricantes
- Descuentos especiales (por pago en efectivo o pago pronto)

En los próximos cuadros detallamos los costos directos e indirectos que tienen MEXFAM y ADOPLAFAM al instalar un consultorio médico.

**MEXFAM**  
**Costo de un consultorio comunitario**  
**(Período de dos años)**

**Gastos de instalación :**

<b>Area</b>	<b>Dólares americanos</b> <b>(\$1.00 = 2.500.00)</b>
a. Salario del coordinador de MEXFAM	152.00
b. Salario de la CVP	134.00
c. Acondicionamiento del local	552.00
d. Equipo e instrumental médico	2.614.00
e. Papelería	443.00
f. Anticipo de renta	120.00
g. Artículos de limpieza	40.00
<b>Subtotal</b>	<b>4.055.00</b>
 <b><u>Gastos incurridos después de la apertura del consultorio.</u></b>	
a. Consultas pagadas por MEXFAM al médico	3.055.00
b. Gastos con la trabajadora comunitaria (pagos en efectivo o en alimento)	2.808.00
c. Porcentaje del salario del coordinador del programa	911.00
d. Porcentaje del salario de la trabajadora social	1.206.00
e. Transportación	240.00
f. Papelería	80.00
g. Renta y mantenimiento	960.00
<b>Subtotal</b>	<b>10.046.00</b>
<b>Total</b>	<b>14.101.00</b>
<b>15% de gastos indirectos</b>	<b>2.115.00</b>
<b>COSTO TOTAL POR CONSULTORIO</b>	<b>16.216.00</b>
<b>Recuperación del 50% de mobiliario y equipo</b>	<b>1.307.00</b>
<b>TOTAL FINAL</b>	<b>14.909.00</b>

**ADOPLAFAM**  
**Costo de un consultorio comunitario**  
**Modelos I y II\***

**Gastos de instalación**

Area	Dólares americanos (\$1.00 = 11.20)
a. Salario del personal de ADOPLAFAM	250.00
b. Equipo/instrumental médico	1.240.00
c. Material educativo y de oficina	63.00
d. Anticipo de renta**	282.00
<b>Subtotal</b>	<hr/> 1.835.00

**Gastos de operación**

a. Honorarios Médicos	676.00
b. Sueldo de la trabajadora comunitaria	461.00
c. Transportación	12.00
d. Renta y mantenimiento	419.00
<b>Subtotal</b>	<hr/> 1.568.00

<b>Total</b>	<hr/> 3.403.00
15% de gastos indirectos	510.00
<b>COSTO TOTAL POR CONSULTORIO</b>	3.913.00
Recuperación del 50% del mobiliario y equipo	<hr/> 620.00
<b>TOTAL FINAL</b>	<hr/> 3.293.00

- \* El modelo I constaba en apoyar al médico financieramente con un monto fijo (incluía salario mínimo, renta, y limpieza) durante uno o dos años; el modelo II constaba en apoyar esos mismos gastos pero en forma decreciente. Ambos modelos resultaron ser muy costosos para una ONG recién formada y con pocos recursos financieros lo cual dio lugar a la formación del modelo actual, el modelo III, el cual proporciona mobiliario y equipo pero no garantiza salario mínimo o alquiler.
  
- \*\* De un total de 11 consultorios abiertos, 7 tuvieron que pagar los siguientes anticipos de alquiler: \$125, \$174, \$133, \$437, \$383, \$535, y \$187. El monto usado es solo un promedio el cual será distribuido según el precio de mercado en cada barrio.

**ADOPLAFAM**  
**Costo de un consultorio comunitario**  
**Modelo III y "consultorio en acuerdo"\***

**Gastos de instalación**

Area	Dólares americanos (\$1.00 = 11.20)
a. Salario del personal de ADOPLAFAM	250.00
b. Equipo/instrumental médico	453.00
c. Material educativo y de oficina	92.00
	<hr/>
Subtotal	795.00

**Gastos de operación**

a. Sueldo de la trabajadora Comunitaria	273.00
b. Transportación	12.00
c. Papelería	50.00
	<hr/>
Subtotal	335.00

Total	1.130.00
-------	----------

15% de gastos indirectos	169.00
--------------------------	--------

<b>COSTO TOTAL POR CONSULTORIO</b>	<b>1.299.00</b>
	<hr/>

Recuperación del 50% de mobiliario y equipo	226.00
	<hr/>

<b>TOTAL FINAL</b>	<b>1.073.00</b>
--------------------	-----------------

**El modelo III consta en proporcionar el mobiliario y equipo médico pero no garantiza salario mínimo o el alquiler. Adoplafam también estableció lazos con consultorios privados ya existentes en barrios marginados proporcionándoles solo el equipo médico relacionado con la planificación familiar y servicios materno-infantiles.**

## **ANEXO I**

### **METODO DE MEXFAM PARA REALIZAR UN BREVE ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA UN PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS**

MEXFAM ha desarrollado una forma rápida y barata de llevar a cabo un estudio para determinar la viabilidad de éxito de un futuro médico comunitario.

El estudio consta de tres etapas: 1) observación y definición del área de trabajo; 2) entrevistas con líderes de la comunidad; y 3) entrevistas con familias de la comunidad.

#### **1) Observación y definición del área de trabajo.**

Después de que se ha propuesto un sitio para el establecimiento de un consultorio, el Coordinador realiza un reconocimiento físico para asegurarse de que las características del lugar satisfagan los requerimientos del programa de Médicos Comunitarios. Esto es, que se trate de una población de bajos ingresos y sin suficientes servicios de salud.

MEXFAM ha identificado una gama de unos 20,000 a 50,000 habitantes como óptimo para que exista la demanda suficiente de servicios de atención primaria y planificación familiar. Esta cifra se puede corroborar a través de dos vías:

- 1) Consultando datos demográficos de la zona y trazando los límites del área en un mapa; o
- 2) Cuando los datos no están disponibles, se hace una estimación considerando una medida promedio; cada "manzana" o grupo de viviendas tiene en promedio 40 casas, y cada vivienda por lo general tiene 5 miembros. Por lo tanto, cada manzana tiene por lo menos 200 habitantes. Se recorre físicamente el lugar delimitando el número de manzanas que de como resultado aproximado 20,000-50,000 habitantes, y se elabora un croquis a mano.

Esta delimitación del área de trabajo deberá culminar en un mapa o croquis donde se marcan los sitios claves para el trabajo de promoción comunitaria: el centro cívico, el campo deportivo, las escuelas, la iglesia, el parque, el mercado, los sitios de reunión de los hombres (por ejemplo, billares) y otros que resulten de importancia tener señalados durante el estudio de factibilidad y la posterior operación del consultorio.

Posteriormente, se realiza una selección al azar de 110 viviendas, elegidas para entrevistar a sus habitantes.

## **2) Entrevistas con líderes de la comunidad**

Una vez delimitada la zona de trabajo, se visita a los líderes de esa comunidad: autoridades locales, maestros, jefes de juntas de vecinos, sacerdotes de la iglesia, líderes sindicales u otras asociaciones cuya influencia sobre la población sea determinante para el éxito del programa.

La finalidad de estas entrevistas es:

- Identificar las preocupaciones, prioridades y necesidades de la población;
- Proporcionar información de fuente directa sobre el propósito del programa para evitar rumores o malentendidos ;
- Entablar relación con las personas que constituyen un apoyo potencial para el médico comunitario.

Es recomendable para la persona que realiza las entrevistas la elaboración por escrito, de una guía que incluya por lo menos lo siguiente:

- Explicación clara de qué es y cómo funciona esa ONG y qué objetivos concretos tiene en el desarrollo del programa en esa área.
- La opinión de estas personas sobre la mejor forma de establecer el programa, la mejor ubicación del consultorio y la forma más eficiente de acercarse a las personas de la comunidad.

## **3) Entrevistas con familias de la comunidad**

La meta de la ONG es cubrir a por lo menos 100 familias durante esta etapa. Las entrevistas están orientadas al desarrollo del perfil socio-económico y del estado de salud de la población. Sin embargo, ésta es una oportunidad invaluable para evaluar la opinión de las personas sobre el establecimiento de un servicio médico comunitario.

Antes de iniciar las entrevistas, se deben "validar" o probar con un mínimo de 5 familias las guías que van a utilizarse posteriormente, para verificar aspectos de lenguaje y estructura de las preguntas.

Se recomienda que se haga la entrevista a la pareja, o al menos a la madre de familia.

Las entrevistas con la población en general son una parte importante del estudio de factibilidad. Durante la plática, el entrevistador deberá propiciar un ambiente de confianza y seguridad, utilizando el lenguaje adecuado y explicando muy bien a la persona para qué se le está entrevistando.

De esta forma, MEXFAM obtiene información detallada sobre los habitantes de la zona, se establece contacto con los líderes comunitarios y se comienza a dar a conocer el futuro funcionamiento del consultorio.

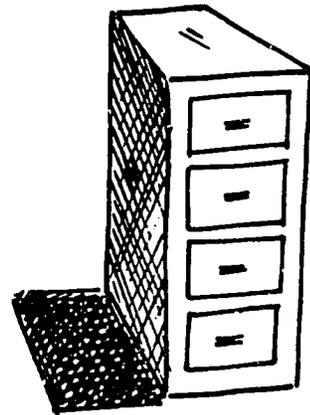
61

## ANEXO II

### LISTA DEL MOBILIARIO Y EQUIPO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN CONSULTORIO COMUNITARIO

#### 1. Mobiliario y equipo

- Mesa de exploración con pierneras
- Lámpara de cuello de ganso
- Vitrina para medicamentos
- Vitrina para instrumental médico
- Banco giratorio
- Báscula pediátrica
- Báscula para adultos
- Esterilizador
- Dos mesas (secretariales) y dos sillas
- Cesta para basura
- Escalerilla cromada
- Bancos para sala de espera
- Mesa Pasteur
- Mesa de Mayo
- Archivero
- Pizarrón con letras
- Sillas para pacientes



#### 2) Instrumental médico

- Efigmomanómetro
- Estetoscopio
- 2 espejos vaginales grandes
- 2 espejos vaginales medianos
- 2 histerómetros
- Equipo completo para inserción de DIU
- Cinta métrica
- Charola de mayo grande
- Riñón de acero inoxidable
- Pinza para biopsia
- Esterilizador
- 2 charolas para esterilizar
- 1 caja de Doyen

627

### **3) Material clínico gastable**

- **Guantes desechables**
- **Abatelenguas**
- **Laminillas para citología exfoliativa**
- **Jeringas desechables**

## **ANEXO III**

### **ENTRENAMIENTO ADMINISTRATIVO/FINANCIERO AGENDA**

#### **I. Administración**

- a. Definición de una empresa
- b. Comportamiento empresarial
- c. Características de un empresario exitoso
- d. Planificación, dirección, control

#### **II. Contabilidad**

- a. Importancia del registro de ingresos y gastos
- b. Preparación de la relación de ingresos y gastos
- c. Elaboración del inventario
  - i. Equipo
  - ii. Materiales

#### **III. Costos**

- a. Definición de costos fijos y variables
- b. Cálculo de los costos
- c. Estimación del punto de equilibrio

#### **IV. Financiamiento**

- a. Fuentes de financiamiento
  - i. Bancos comerciales
  - ii. Programas de desarrollo
  - iii. Fuentes informales: prestamistas
- b. Términos y condiciones de un préstamo
- c. Cálculo de tasas de interés
- d. Causas y consecuencias del manejo inadecuado de un préstamo

## **V. Mercadeo**

- a. **Definición de clientela**
  - i. **Cliente actual**
  - ii. **Cliente potencial**
- b. **Definición de las necesidades de la clientela**
- c. **Cobertura geográfica**
- d. **Competencia**
- e. **Importancia de la promoción y publicidad**
- f. **Diseño de una estrategia de promoción**
  - i. **Definición de objetivos**
  - ii. **Establecimiento de metas cuantificables en tiempo y cantidad**
  - iii. **Presupuesto**

