



Programa Marco Formación Médica Especializada PFME

Marzo 2022

© AECID 2022

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Av. Reyes Católicos, 4
28040 Madrid, España
Teléfono: +34 91 583 81 00

NIPO en línea—109-22-042-5.

Catálogo general de publicaciones oficiales: <https://cpage.mpr.gob.es>

www.aecid.es

Dirección y Coordinación— Este documento ha sido elaborado por la consultora PROEVAL, S.L. (Experto principal: Juan Carlos Rumbero Sánchez, y de control de calidad: Javier Carmona Rodríguez), en colaboración con el Departamento de Cooperación Sectorial (DCS) de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera de la AECID, bajo la dirección y coordinación del DCS y el Área de Salud de la AECID (Miriam Carmen Ciscar Blat, Jefa del Departamento de Cooperación Sectorial, y María Cruz Ciria Matilla, Jefa del Área de Salud).

El documento ha sido validado por todas las unidades de la AECID, tanto de sede como de terreno.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del copyright.

Diseño original y maquetación—Cristina Vergara www.cristinavergara.com



Índice

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 9 |
| OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN | 21 |
| METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO PFME | 23 |
| 1. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PFME | 28 |
| 1.1. Pertinencia de la formación médica especializada en los sistemas globales y nacionales de salud | 30 |
| 1.2. Marco de referencia estratégico: Apropiación, alineamiento y armonización: | 35 |
| 1.3. Breve descripción sobre el origen y el desarrollo de los proyectos de FME en marcha | 38 |
| 2. ANÁLISIS DE CONTEXTO DEL PFME | 46 |
| 2.1. Contexto: factores políticos, culturales, socioeconómicos... | 47 |
| 2.2. Descripción de la problemática a abordar | 50 |
| 3. FORMULACIÓN DEL PROGRAMA MARCO DE PFME | 54 |
| 3.1. Misión y Visión | 55 |
| 3.2. Valores, Principios orientadores | 55 |
| 3.3. Objetivos, y propuesta de cartera de actividades. Modalidades científicas de intervención | 57 |
| 3.4. Cadena de Resultados | 75 |
| 3.5. Alcance temporal/ Calendario de Ejecución | 76 |
| 3.6. Transversalización de los aspectos de género y culturales | 77 |



| | |
|--|------------|
| 4. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN, GESTIÓN Y EJECUCIÓN DEL PFME | 78 |
| 4.1. Descripción de los actores, incluyendo colectivo meta | 79 |
| 4.2. Gobernanza del Programa | 87 |
| 4.3 Sistema de Seguimiento y Evaluación | 93 |
| 4.4. Herramientas Técnicas | 99 |
| 4.5. Mecanismos, instrumentos de financiación/ Planificación presupuestaria | 100 |
| 5. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y VISIBILIDAD DEL PFME | 104 |
| 6. ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD DEL PFME | 106 |
| ANEXO 1: RELACIÓN DE ENTREVISTAS MANTENIDAS Y DOCUMENTACIÓN REVISADA | 110 |
| ANEXO 2: CALENDARIO DE ACTIVIDADES DEL PFME POR FASES | 115 |
| ANEXO 3: MODELO DE INFORMACIÓN DE LA BASE DE PROFESIONALES SANITARIOS AECID | 121 |
| ANEXO 4: DESCRIPTORES DE INDICADORES DE MONITORIZACIÓN CIENTÍFICA DEL PFME | 125 |



Glosario

- **PFME:** Programa de Formación Médica especializada
- **AECID:** Agencia española de Cooperación Internacional y Desarrollo
- **AEC:** Asociación Española de Cirujanos
- **ATLS:** Advanced trauma life support
- **APIA:** Programa de apoyo a políticas públicas inclusiva para África Subsahariana
- **CEDEAO:** Comunidad económica de los estados de África Occidental
- **CDP:** Comité de Dirección del Programa
- **CSU:** Cobertura Sanitaria Universal
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **DCMHS:** Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera
- **FCSAI:** Fundación Estatal Salud, Infancia y Bienestar Social
- **DALYs:** Años de vida perdidos ajustados por incapacidad (dissability adjusted life years)
- **DCS:** Departamento de Cooperación sectorial
- **FMoH:** Federal Ministry of Health of Ethiopia
- **MAP:** Marcos de Asociación de País
- **MISAU:** Ministerio da Saúde de Moçambique
- **MOU:** Memorandum of understanding
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo sostenible
- **OTC:** Oficina Técnica de Cooperación
- **OMS:** Organización Mundial de Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de Salud
- **PEI:** Países de elevados ingresos.
- **PBMI:** Países de bajos y medios ingresos
- **PFC:** Programa de Formación Continuada
- **SNS:** Sistema nacional de Salud
- **SEMES:** Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias
- **TEIs:** Team Europe Initiatives
- **TICs:** Tecnologías de información y comunicación
- **UCEs:** Unidades de Cooperación Exterior



Prólogo

Hay algo que ya sabíamos anteriormente y que la pandemia de la COVID 19 ha puesto, con fuerza, sobre la mesa: sin salud no hay desarrollo posible. La salud es un derecho, una condición indispensable para el desarrollo humano y uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. La pandemia nos ha recordado la importancia de contar con sistemas de salud fuertes, incluyentes y accesibles.

Mientras en los países de renta alta los servicios de salud han sido capaces de movilizar el conocimiento científico avanzado y las nuevas tecnologías en respuesta a la crisis sanitaria, los países menos adelantados han experimentado graves problemas de abastecimiento de vacunas y otros insumos, como el oxígeno para los enfermos, así como enormes dificultades para beneficiarse del conocimiento y de la tecnología apropiada, incluso la más básica como cadenas logísticas de frío, para la distribución de vacunas y la administración de tratamientos contra la enfermedad. Esta dualidad en el acceso a los servicios sanitarios ha provocado que la mortalidad por coronavirus en países de renta baja o media-baja sea hasta cuatro veces mayor que en los países de renta alta. La evidencia es incontestable: el impacto de la pandemia tanto sobre la salud como sobre la economía o el bienestar de las personas ha sido menor en aquellos países con sistemas de salud más accesibles e incluyentes.

Para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal, meta 3.8 y piedra angular para alcanzar las restantes metas del ODS 3, es necesario fortalecer los sistemas y servicios públicos de salud de manera integrada. Esto se hace fortaleciendo todos los niveles de atención: salud pública, atención primaria, y atención especializada hospitalaria, entendiendo que todos ellos son complementarios entre sí.

La mitad de la población mundial no tiene acceso a cobertura sanitaria, ni acceso al conocimiento y tecnología precisos para dar respuesta a sus necesidades médicas. El acceso a los servicios especializados hospitalarios es imprescindible para abordar un enorme número de problemas de salud a lo largo de la vida, y es una de las principales dificultades que enfrentan las personas más vulnerables. En efecto, según datos de la OMS, ya antes de la pandemia 100 millones de personas se veían arrastradas cada año hacia la pobreza debido a que el coste de la atención médica especializada es muy superior al que pueden permitirse.

La dramática escasez de médicos especialistas cualificados en muchos países en desarrollo es considerada como el factor más crítico para garantizar el acceso y la calidad de los servicios especializados hospitalarios. La formación de médicos especialistas, y el desarrollo de los servicios médicos especializados y quirúrgicos esenciales, son pilares básicos sobre los que se sustentan todos los sistemas de salud.



La AECID ha hecho del fortalecimiento de los sistemas públicos nacionales de salud de sus países socios una de sus principales prioridades, apoyando desde hace décadas el diseño e implementación de sus planes y estrategias nacionales. Nuestra filosofía es siempre la escucha y el intercambio de experiencias: apoyamos a los sistemas de salud de nuestros países socios basándonos en sus demandas, y ponemos a su disposición el valor añadido de nuestro propio Sistema Nacional de Salud, basado en la cobertura sanitaria universal y en la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención sanitaria. Un sistema público eficiente e inclusivo a la vez que empezó a construirse apenas un lustro después de que España dejara de ser país receptor de ayuda oficial al desarrollo, en 1986, y cuyos mejores exponentes son unos profesionales bien formados.

Con estas premisas, y en respuesta a demandas de países como Mozambique, Etiopía, Níger, Mali, Mauritania o Bolivia para mejorar la capacitación de profesionales médicos especialistas, la AECID ha ido desarrollando programas de apoyo a la Formación Médica Especializada, adaptados a las características y necesidades de cada país, aunque con múltiples elementos comunes. Bebiendo de esta rica experiencia y en preparación ante nuevas demandas de otros socios, presentamos el presente Programa Marco de Formación Médica Especializada (PMFME) que tiene como objetivo contribuir a la armonización, coherencia, eficacia y consistencia de las iniciativas llevadas a cabo en cada uno de los países, facilitando un marco común que aplica las lecciones aprendidas generadas en su implementación.

El PMFME pone en valor el modelo y las capacidades del Sistema Nacional de Salud español y de nuestro sistema de formación de médicos especialistas, y se basa en la colaboración técnica y el intercambio de conocimiento y experiencia entre especialistas españoles y de los países socios de la Cooperación Española. Dotado de un sistema de gobernanza robusto y basado en la alianza entre actores, el PMFME cuenta con la colaboración de profesionales que trabajan en nuestro Sistema Nacional de Salud y en los Hospitales Universitarios, así como de las sociedades científicas, que ofrecen sus recursos docentes e intercambian experiencias con sus homólogos.

Lanzamos pues este programa marco con el convencimiento de que damos un paso importante para reforzar una de las señas de identidad de la Cooperación Española, puesta en valor por la peor pandemia en un siglo: nuestro compromiso con la salud global y con sistemas sanitarios fuertes, resilientes e inclusivos que nos permitan alcanzar la cobertura sanitaria universal como motor de inclusión y desarrollo humano en nuestros países socios. Con un nuevo impulso a sus actividades de apoyo a la formación médica especializada, la AECID renueva su alianza con el Sistema Nacional de Salud y sus profesionales como modelo para lograr hacer realidad el derecho a la salud en todo el mundo.

ANTÓN LEIS GARCÍA
Director de AECID

Agradecimientos

A todas las personas que han participado en la elaboración de este documento, por su implicación en las entrevistas realizadas, aportando su experiencia y conocimientos, sin las cuales no hubiera sido posible el presente trabajo. Desde las diferentes direcciones y departamentos de AECID, se ha objetivado un equipo común, destacando las aportaciones de los Departamentos Geográficos en Sede y Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC) en Terreno, así como Departamento de Cooperación Sectorial (DCS).

También agradecemos el apoyo prestado por parte de la Dirección de Cooperación Horizontal, Multilateral y Financiera y en concreto a la Jefatura del DCS y del Área de Salud, por la adecuada orientación, así como su constante implicación y disponibilidad, que ha permitido materializar los objetivos planteados en el presente trabajo.

Gracias a Nuria San Segundo Vargas, Administradora de las Redes de Conocimiento del DCS, por su trabajo imprescindible en todo el proceso, y a Ligia Flores Escobar, anterior responsable de Educación del DCS.

Mención especial a los diferentes profesionales médicos que han participado, e instituciones nacionales y de los países socios implicadas, que además de haber hecho posible la implementación del Programa en los diferentes países, han participado también como informantes en las entrevistas realizadas.



Resumen ejecutivo

El Programa de apoyo y acompañamiento a la formación médica especializada (FME) para el desarrollo de los servicios médicos especializados hospitalarios, es un programa de cooperación de la AECID que tiene como objetivo contribuir a que los países en desarrollo avancen hacia la cobertura sanitaria universal (CSU), aumentando el acceso a los cuidados médicos especializados esenciales para toda la población, disminuyendo de esta manera la brecha existente para este acceso, y compartiendo el conocimiento y experiencia del sistema de salud español y sus profesionales. La presente consultaría es impulsada por el Departamento de Cooperación Sectorial (DCS) de la AECID, con el objetivo de homogeneizar los diferentes programas de FME por países y establecer un programa marco común, unificado y con una estructura de gestión única que sea eficiente.

El fortalecimiento integrado de los niveles de asistencia primaria y especializada de referencia es esencial para que un sistema sanitario funcione, por lo que ambos niveles deben convivir y cooperar para garantizar la continuidad de los cuidados de salud. Un sistema de salud está compuesto por un sistema de vasos comunicantes entre los distintos niveles asistenciales, donde los pacientes fluyen de un nivel a otro para recibir la mejor atención.

Ante el escaso desarrollo del nivel de asistencia especializada a nivel hospitalario y la escasez de personal cualificado, las autoridades sanitarias de los países socios, siendo conscientes de la complejidad técnica que supone la formación de un médico especialista, solicitan el apoyo de la cooperación española para el fortalecimiento de las condiciones docentes en sus propios países, poniendo en valor la calidad y eficiencia de su sistema sanitario y de formación de médicos especialistas.

Existe un **marco de referencia estratégico**, global y de la propia AECID, donde el presente Programa de Formación Médica especializada (PFME) se encuadra perfectamente. La cooperación española adopta los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de la agenda 2030, como sus propios objetivos estratégicos, que reivindican el derecho a la salud de las personas como un derecho humano fundamental. En particular el ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la Meta 3.8, alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), Meta 3.8 A: Mejorar la calidad de los Servicios Nacionales de Salud. Por otro lado, el Plan de Actuación de Salud aprobado en 2011 contempla como una de sus líneas estratégicas, el fortalecimiento de forma integral de los sistemas de salud.

El V Plan Director de la cooperación española 2018-2021, documento que marca la estrategia de España en cooperación internacional, considera como meta prioritaria la 3.8: contribuir a la cobertura sanitaria universal, y como una de sus principales líneas de acción mejorar la calidad de los Servicios Nacionales de Salud. Existen otros documentos sectoriales como el de Perspectivas y Recomendaciones del Sector Salud, o el de Orientaciones sobre cómo contribuir al Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal, que concluyen que las intervenciones de cooperación deberán tener como objetivo contribuir a mejorar la calidad de los servicios del sis-

tema de salud, tanto primarios como especializados. También se dispone de los Marcos de Asociación País (MAP), documentos estratégicos que se consensuan con los gobiernos de los países socios. El PFME se encuentra alineado con las estrategias y políticas de los países, y busca, como principal principio estratégico orientador, la apropiación del programa por parte de las autoridades locales.

Desde el año 2015 que comienza el programa en Mozambique, se han ido incorporando nuevos países por este orden: Etiopía, Níger, Bolivia, Mauritania y Mali recientemente, así como otros países que se encuentran en preparación. Las actividades que se han venido realizando, se pueden resumir en tres bloques. En primer lugar, se han realizado formaciones específicas en especialidades seleccionadas como prioritarias por las autoridades sanitarias, y también formaciones transversales en competencias comunes para cualquier médico y especialidad. A su vez, también actividades dirigidas a mejorar la estructura organizacional de la docencia, revisión y diseño de currículos de formación y formaciones en metodología docente para tutores y responsables docentes. Y por último, acciones que buscan mejorar la calidad de las condiciones asistenciales, que incorpora, entre otras, un pequeño componente de dotación de materiales y equipamiento.

Existen aspectos geográficos diferenciadores entre los diferentes países y regiones que hace que cada uno adquiera unas particularidades determinadas, y aunque desde un enfoque sectorial de salud, se puedan definir unas líneas estratégicas comunes para el fortalecimiento de la FME, se debe adaptar el programa a cada contexto geográfico particular.

Los principales problemas que se han encontrado y que contribuyen significativamente al escaso desarrollo de los servicios médicos especializados hospitalarios, y sobre los que el Programa puede actuar, son:

- Escasez marcada de profesionales cualificados en los servicios públicos de salud, para garantizar unos servicios médicos especializados de calidad, especialmente en África. Además, los pocos que existen se encuentran concentrados en las grandes ciudades, existiendo extensas áreas, precisamente las más vulnerables, desabastecidas de estos servicios.
- Insuficiencia de las capacidades formativas de los países socios para formar a sus propios médicos especialistas.
- La calidad de la asistencia médica especializada no alcanza a ser la adecuada. Por un lado, por la existencia de un déficit marcado de recursos materiales y equipamiento sanitario, incluyendo medicamentos y productos consumibles. También, por la carencia de modelos de gestión eficientes y ausencia de sistemas de información sanitaria eficaces que oriente adecuadamente en la toma de decisiones. Y por otro lado, por el marcado déficit de profesionales sanitarios cualificados previamente mencionado.

Formulación del Programa

Marco de FME

En base a todo ello, se decide formular un programa marco, que tenga un alcance temporal mínimo de 12-15 años, y cuya **Misión** sea fortalecer los servicios públicos de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal, mediante el refuerzo de las capacidades de formación de médicos especialistas en los países socios de AECID. Y como **Visión** pretende ser un programa modelo de cooperación de la AECID que ponga en valor las capacidades españolas, en concreto su modelo de sistema sanitario y el de formación de médicos especialistas como elementos de desarrollo, creando las condiciones necesarias, y llegando a ser referente en la agenda internacional de los cuidados y la formación médica especializada como elemento esencial de cobertura sanitaria universal.

Como **Principios estratégicos** del programa resaltan: 1) *Apropiación* del programa por el socio local y alineamiento con las prioridades y necesidades de los países reflejadas en sus planes de desarrollo nacionales. 2) *Liderazgo y Titularidad* del programa de AECID. 3) Formación de médicos especialistas en sus propios países, apostando por los servicios de salud y centros formativos públicos. 4) Aprovechar el valor añadido de España a través de su Sistema Nacional de Salud y Sistema MIR de Formación de Médicos Especialistas. 5) Formalizar la participación de las instituciones colaboradoras, mediante el establecimiento de acuerdos de colaboración con AECID, así como entre instituciones afines. 6) Crear un marco de profesionalización para la participación de los expertos y el desarrollo científico del programa. 6) Intervenciones dirigidas al fortalecimiento y empoderamiento de las instituciones locales. 7) Fortalecimiento de las redes del conocimiento y ponerlas al servicio del programa.

El Objetivo principal del Programa es contribuir a aumentar el acceso de la población más vulnerable a los servicios médicos esenciales especializados para hacer efectiva la CSU. Como objetivos específicos se detallan:

- 1) OE1. Aumentar el número de médicos especialistas formados que puedan incorporarse al sistema público de salud.
- 2) OE2. Contribuir a mejorar y aumentar la capacidad de FME en los países socios.
- 3) OE3. Contribuir a mejorar la calidad asistencial en los hospitales públicos de los SNS.

El Programa pretende conseguir los siguientes **Resultados** para mejorar las capacidades de los servicios médicos públicos especializados:

- 1) R1. Mejora la cantidad y calidad de médicos especialistas formados.
- 2) R2. Mejora de la organización y gestión del sistema de formación de médicos especialistas.
- 3) R3. Mejora de las condiciones asistenciales en los servicios con repercusión en la calidad de la formación.

El resultado 1, es la finalidad principal del programa y sobre el que se tienen que focalizar los mayores esfuerzos, ya que la principal estrategia que tiene el programa para mejorar la calidad de los servicios de especializados es teniendo mejores y mayor cantidad de profesionales. No obstante, los resultados 2 y 3 son premisas y pilares fundamentales para conseguir el resultado 1, por lo que se debe avanzar también en ambas direcciones de manera simultánea. Se considera fundamental la existencia de unos currículums o programas de formación adecuadamente elaborados y unificados de ámbito nacional, así como un sistema de residencia médica establecido y unos servicios clínicos donde se formen los médicos residentes, que funcionen con unos estándares asistenciales de calidad adecuados.

El programa pretende conseguir unos productos concretos que contribuyan a la consecución de estos resultados mediante la realización de grupos de actividades. Para que esta lógica se lleve a cabo, debe existir un sistema unificado de seguimiento y evaluación del contenido científico del programa.

La principal metodología empleada para las formaciones específicas en las especialidades es la de Formación en Servicio. Se trata de un aprendizaje basado en el proceso asistencial con los pacientes, mediante resolución de casos en condiciones reales, participando de la actividad diaria del servicio: pase de planta, consultas, actividad quirúrgica, sesiones clínicas, etc. Esta metodología se puede complementar con otro tipo de herramientas metodológicas, realizándose micro formaciones en competencias específicas *ad hoc*, a través de cursos teórico-prácticos, de laboratorio de habilidades/simulación, etc.

En el programa intervienen una serie de **Actores** que forman parte de la propia gobernanza del programa:

- AECID: Departamentos Geográficos y OTCs, Departamento de Cooperación Sectorial.
- Autoridades locales-Ministerio de Salud y hospitales universitarios de los países socios.
- Entidad Gestora Externa (en su caso) para la implementación de las actividades del programa.
- Profesionales sanitarios del SNS español.
- Entidades colaboradoras españolas: Sociedades Científicas, Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y la Red de Hospitales, Ministerio de Salud, etc.
- Población objetivo: propios profesionales de los países socios y la población beneficiaria (pacientes).

Se recomienda la firma de un MOU entre AECID y máxima institución responsable en cada país socio, antes de comenzar el programa en un país determinado. También, AECID firmará con las instituciones colaboradoras españolas para garantizar la aportación científica del programa. Se podrán desarrollar a su vez convenios, entre actores homólogos españoles y de los países socios: hospitales y sociedades científicas, con el propósito de fortalecer el desarrollo y las relaciones institucionales, acuerdos que quedarán enmarcados bajo el mismo paraguas del convenio marco general con AECID.

Estructura para la gobernanza y gestión del programa:

Existe una estructura única de gobernanza del programa, Comité de Dirección Global del Programa (CDP), ubicada a nivel de Sede de AECID en España, y que se detalla a continuación:

COMITÉ DE DIRECCIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA (*EN SEDE*).

Estructura del comité:

- **Presidencia y Vicepresidencia:**

- _ AECID Sede: Departamentos de Cooperación Sectorial y Geográficos. (*Jefes de departamento*).

- **Vocalías:**

- _ Representantes de AECID en cada país: OTCs/Responsables de países en Sede. (*Coordinadores OTC y/o Responsables de país en Sede*).

- _ Dirección Científica: Area de Salud (DCS), Coordinador/a Científico del Programa y Equipo reducido de Asesores Médicos que representan a los expertos médicos participantes en el programa y entidades colaboradoras.

- _ Entidad gestora externa. (*FCSAI en la actualidad*).

- **Secretaría Técnica:**

- **Coordinación global del programa.**

- Se reúne cada 6 meses.*

Funciones del comité:

La principal función es la dirección, monitorización y seguimiento del Programa en todos los países garantizando que se cumplen los objetivos del mismo. Existen cuatro grupos de funciones que han de ser gestionadas por los diferentes miembros del comité:

- **Gestión Estratégica:**

- _ Cooperación institucional en países socios y en España. Diálogo de políticas. Garantizar los recursos financieros adecuados para el programa. Apoyo a la orientación estratégica en los proyectos en cada país.

- _ Responsables y recursos: AECID sede (DCS y Geográficas) y OTCs. Ministerio Salud países socios o equivalente.

- **Gestión científica:**

- _ Control del contenido científico del programa y de las metodologías docentes empleadas. Armonización y extracción de lecciones científicas aprendidas de cada país. Orientación científica en la formulación de proyectos. Apoyo en la monitorización de productos y resultados junto con las OTCs. Apoyo a la validación final de expertos. Apoyo a AECID en temática de salud relacionado con el programa en los distintos ámbitos.

- _ Responsables y recursos: Área de salud DCS, Persona destinada a ejercer las funciones de coordinador/a científico, equipo de expertos médicos y entidades colaboradoras.

- **Gestión de actividades:**

- _ Búsqueda y movilización de expertos, en coordinación con la dirección científica del programa. Gestión económica, administrativa, logística (viajes, alojamiento...) y organizativa de las actividades realizadas. Rendición de cuentas. Implementación de actividades según matriz de planificación.

- _ Responsables y recursos: Entidad Gestora Externa, Coordinador/a contratado en terreno, OTCs (según países).

- **Secretaría Técnica:**

- _ Coordinación global del programa, seguimiento del desarrollo global del programa y compilación de información sobre productos y resultados. Apoyo a la gestión de la base de profesionales sanitarios de AECID. Gestión del intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países. Dinamización de redes de conocimiento. Elaboración de informes de seguimiento del programa y presentación en cada reunión del CDP. Organización de reuniones del comité y elaboración de actas de cada reunión. Dará soporte a cada uno de los tres bloques de funciones del comité.

- _ Responsables y recursos: Secretaría Técnica del Programa. Persona destinada a ejercer dicha coordinación.

Sistema de Seguimiento y Evaluación del Programa

A nivel Global

- **Comité de Dirección Global del Programa (En AECID Sede)**

A nivel de los países

- **Comités de Seguimiento por Países (En Terreno)**

Además del sistema de gestión unificado con base en España, existe un sistema de seguimiento por países que se encarga del desarrollo del programa en cada país y reporta al comité directivo global del programa el desarrollo del mismo.

Nivel estratégico. Comité Directivo:

- **Representado por las máximas autoridades implicadas:**
 - _ Socio local (Ministerio de Salud, Universidad, Ministro/Viceministro, Director Nacional, Decano, ...).
 - _ AECID.
 - OTC: Coordinador general, responsable programas o proyectos.
 - Sede: Directores de Dpto. Geográficos y Sectorial).
 - _ Institución Gestora Externa (*en la actualidad FCSAI. Director/Coordinador/a General*).
- **Se reunirá con carácter anual y en el país socio preferiblemente.**

Nivel Operativo. Comité Técnico:

- **Representado por:**
- **Puntos focales responsables del socio local.**
- **AECID:**
 - _ OTC responsable programas o proyectos.
 - _ Sectorial (jefa área de salud cuando sea necesario).
- **Institución Gestora Externa (*equipo técnico propio*).**
Coordinador contratado en terreno por el programa (Recurso del programa en las OTCs).

- **Representante de la Dirección Científica del Programa:**
Equipo médico español implicado, coordinador científico cuando sea necesario.
- **Secretaría Técnica del Programa cuando sea necesario.**
Se reunirá con carácter semestral, en terreno o bien on line.

Herramientas disponibles para la monitorización y seguimiento del programa

Se engloban en tres grandes categorías, y toda información generada se remite a la Secretaría Técnica del Comité de Dirección Global del PFME, que a su vez, tras su procesamiento, distribuirá al órgano de gobernanza del programa. Existen modelos de informes preestablecidos.

PRODUCCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS:

La información recogida sobre los PFME en los diferentes países, se pondrá en conocimiento del Comité de Dirección del Programa. Se elaborará un informe por cada país y se integrarán en un informe único que elaborará la secretaría técnica del programa. La información que dispondrá la secretaría técnica vendrá de varias fuentes:

Entidad Gestora:

Informe de actividades que sistematiza y sintetiza la información sobre las actividades realizadas que figuran en el documento de formulación del proyecto y según la matriz de planificación. Se incluirá monitorización de indicadores de producto y resultado.

Al final de cada fase se realizará un informe a modo de balance de actividades y económico, que recoja lecciones aprendidas y propuesta de actuación para una siguiente fase.

Periodicidad: Se envía con carácter trimestral a la OTC y semestral a secretaría técnica en Sede. Informe de balance económico según modelo existente.

Profesionales Sanitarios:

Cada profesional o experto que participe elaborará un informe de cada actividad desarrollada, que se enviará a la entidad gestora. También se compartirá dicha información, mediante un informe más resumido, con los responsables locales pertinentes en los países socios, en la lengua local. También se realizarán informes de las pasantías/estancias de los profesionales locales en España. Ambos informes de profesionales llevarán anexos las correspondientes evaluaciones de desempeño.



La entidad gestora enviará estos informes a la OTC y la Secretaría Técnica que a su vez enviará a la Dirección Científica del Programa.

Dirección científica:

Informe dirigido a la secretaría técnica que se adjuntará al informe realizado por la misma, para presentar los avances en las cuestiones científicas del programa, y las metodologías docentes empleadas, detectar los problemas y facilitar recomendaciones de mejora. Monitorizará en colaboración con OTCs y DCS los indicadores de producto y resultado. *Periodicidad:* Anual

Direcciones Geográficas/ Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC):

En el informe general que realicen las OTC a los departamentos geográficos y sectorial incluirá información relacionada con el PFME según modelo de informe existente.

Esta información será transmitida por el vocal correspondiente de cada país (OTC o sede) a la secretaría técnica. *Periodicidad:* Trimestral.

Secretaría Técnica:

Elaborará un informe que integre el estado de cada país por separado. En este informe se analiza de forma conjunta los avances y problemas de los proyectos en cada país, actualización de los indicadores de los productos y resultados, detección de buenas prácticas y lecciones aprendidas entre ellos, avances en el diálogo de políticas incluyendo avances en convenios con CCAA y Hospitales, sociedades científicas, así como otras entidades colaboradoras. Detección de cuellos de botella estructurales para el buen funcionamiento del proyecto a nivel global y particular de cada país y recomendaciones de mejora. Avances en los objetivos y tareas especificadas por el Comité de Dirección del Programa.

En este informe se incorpora una parte sobre el componente científico del programa que elabora la Dirección científica. *Periodicidad:* Anual.

VALIDACIÓN:

Se realizarán visitas a terreno para validar el funcionamiento del programa. Este tipo de visitas se llevarán a cabo desde las OTC, contando con el apoyo técnico de otros miembros aprovechando las visitas por reuniones de los diferentes comités. También podrán participar miembros del comité directivo global del programa: el equipo de gestión científica y secretaría técnica.

PARTICIPACIÓN:

Queda reflejado en los comités directivos y técnicos por países antes detallado, así como comité directivo global del programa, a través de los informes u actas de las reuniones mantenidas.

Herramientas técnicas del Programa

Existen una serie de herramientas que ayudan a la gestión y homogenización del programa que se desarrollaran en los anexos. Entra ellas cabe destacar:

- **Roster/Base de Profesionales** clasificados por especialidades, experiencia, perfiles técnicos, conocimientos de idiomas.
- **Cartera de actividades:** Secuencia temporal e implicación en la obtención de productos determinados. Paquete de Formativas Transversales.
- **Set de indicadores para el seguimiento y monitorización del programa según niveles:** Nivel de Resultados Finales (Gestión Estratégica del Programa); Nivel de Productos (Gestión Científica del Programa); Nivel de actividades (Entidad Gestora del Programa).
- **Requisitos/Condiciones** para la participación de los profesionales sanitarios, que deberá estar homogeneizado para todos los países.
- **Modelos de informes de Seguimiento del Programa.**
- **Modelos de convenios de colaboración, etc.**
- **Otros que se consideren necesarios durante el avance del programa.**

Mecanismos / Instrumentos de Financiación

Dada la naturaleza del presente programa los mecanismos financieros a emplear deben tener un horizonte a medio-largo plazo y gozar de flexibilidad para la ejecución de actividades. Independientemente del instrumento de financiación utilizado, el sistema de gobernanza y de gestión del programa se mantiene constante, por lo que estos instrumentos financieros se han de adaptar a dicho modelo y de gestión del programa, así como a los principios estratégicos orientadores de apropiación del programa por las autoridades locales y la titularidad y liderazgo de AECID.

En base a ello se recomiendan como principal instrumento: Subvención en especie a los Ministerios de Salud de los Países Socios (o equivalente local). Fondos gestionados por una entidad gestora ex-



terna (FCSAI en la actualidad) mediante el instrumento de encomienda de gestión, o en su defecto una subvención nominativa especificando condiciones y compromisos por país de ejecución. También los fondos pueden ser gestionados directamente por la OTC. A su vez, también fondos propios a AECID a través del Comité de Dirección Global del Programa (CDP), para contratación de asistencias técnicas dirigidas a la monitorización y seguimiento del programa, evaluaciones externas, algunos productos específicos que deba realizarse desde el CDP para los que sean necesario financiación adicional.

Explorar instrumentos financieros externos a nivel de los países, tipo cooperación delegada gestionados por las OTCs.

Estrategia de comunicación y visibilidad

Sobre el contenido y resultados del mismo, dirigido a la AECID, sociedad en general, y medios científicos y globales.



Objetivos y justificación

El desarrollo y ejecución progresiva del PFME en diferentes países, en la actualidad seis, hace necesario que se establezca una sistematización y homogenización de los mismos, creándose un programa marco con una financiación y estructura de gobernanza común, que de soporte a los diferentes países donde se implemente, y que responda a las necesidades y particularidades de cada uno de ellos. Por lo que el presente documento plantea como objetivos:

- a)** Diseñar de un Programa Marco general de AECID que dé cobertura a los programas existentes de Formación Médica Especializada FME, y aumente la armonización de todos los programas en sus países socios.

- b)** Diseñar una batería de herramientas útiles para el programa, que ayude a mejorar la eficacia y calidad de la ejecución y gestión del mismo:

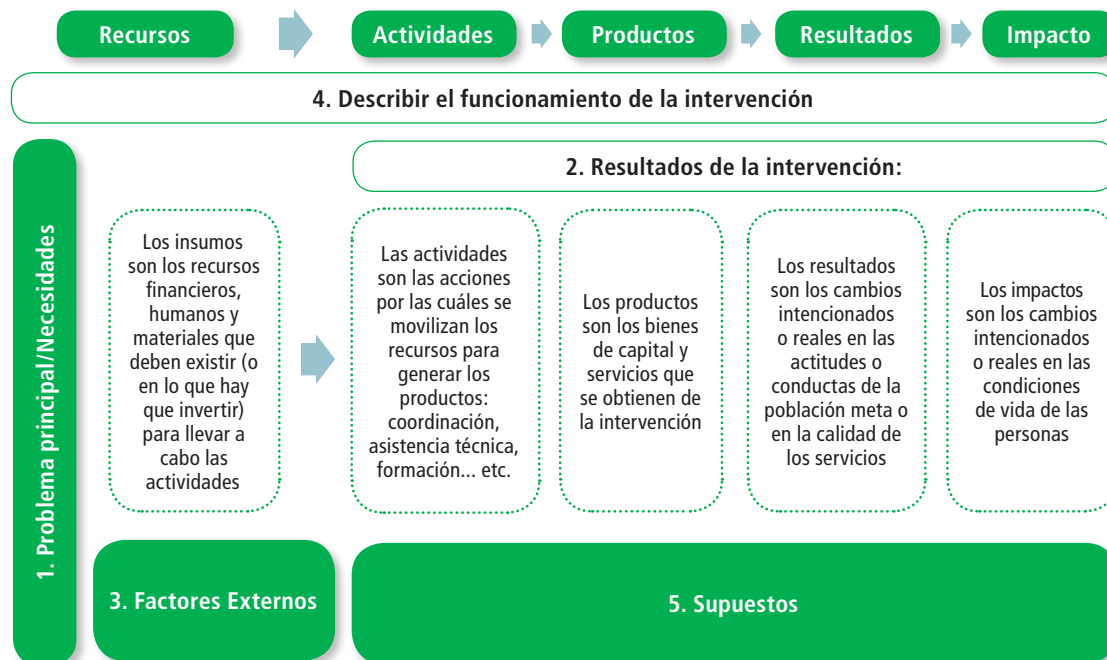


Metodología de elaboración del documento PFME

Se mantuvo una reunión de inicio en la que participaron el consultor principal y el responsable de la empresa PROEVAL, la Jefa del Departamento y la Jefa del Área de Salud del DCS, en la que se consensó la metodología, el plan de trabajo y el cronograma de actuación, definiendo los objetivos y contenidos de cada producto esperado. Durante el desarrollo de la consultoría, se ha trabajado en íntima relación con el Departamento de Cooperación Sectorial, manteniendo reuniones periódicas presenciales y por vía telemática, así como las OTCs y Direcciones Geográficas.

En cualquier programa de desarrollo, la teoría del programa es el eje central sobre el que se sustenta y se fundamenta la intervención, en este caso el programa marco de la AECID para la Formación Médica Especializada. La teoría del programa describe cómo las actividades realizadas originan los productos que llevan a los resultados y explica los supuestos que deben cumplirse para que la cadena de resultados se pueda materializar. Este trabajo se representa en un gráfico en el que se ordena la información y se muestran los flujos y los vínculos entre los componentes.

Gráfico: Cadena de Resultados



(Fuente: Adaptación por Proeval)

Actividades específicas realizadas para la elaboración del PFME:

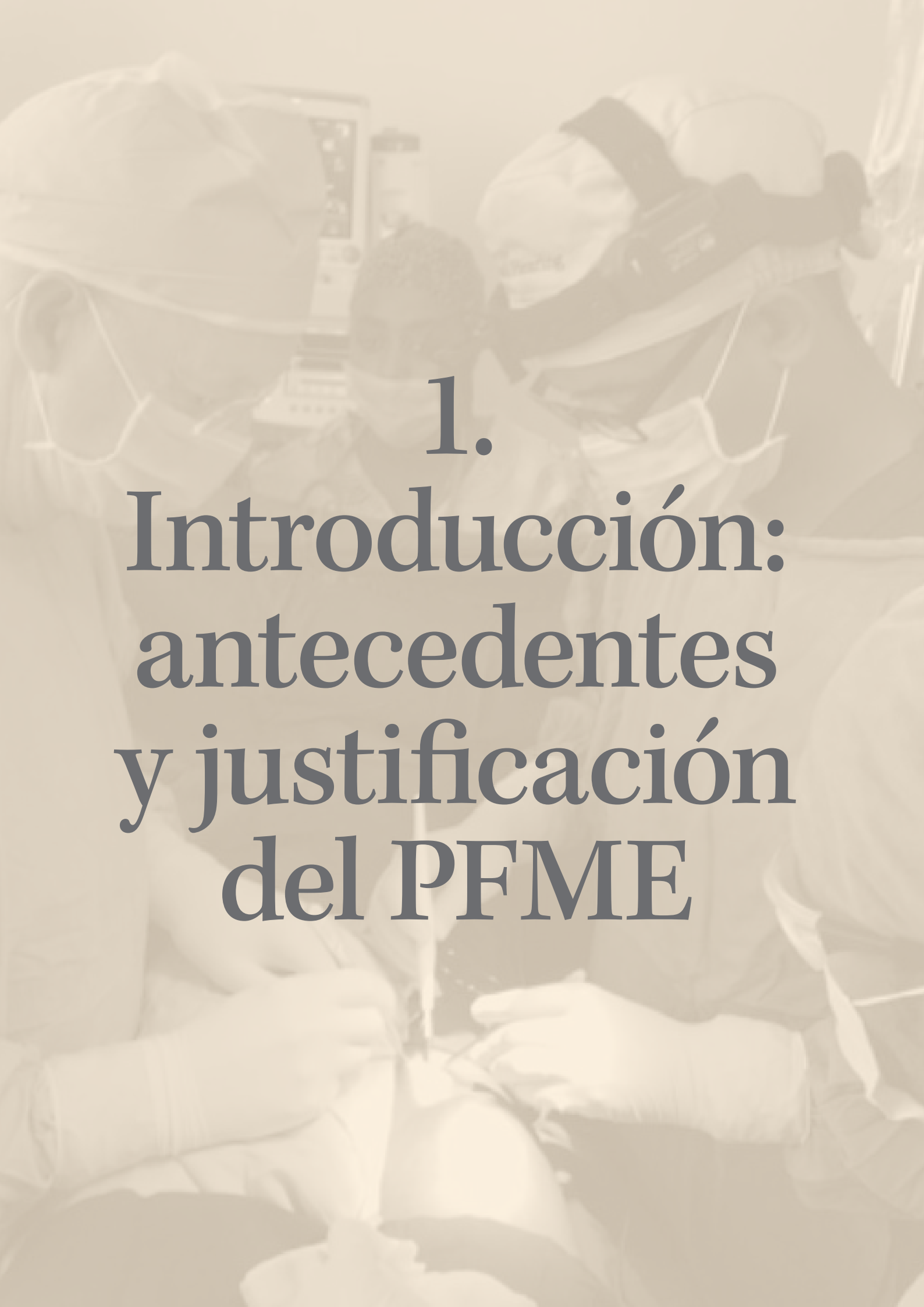
- Se comenzó definiendo los elementos constituyentes del programa marco (índice del documento), que fueron consensuados en una reunión de trabajo con el DCS. Entre otras cuestiones, se llevó a cabo una revisión de otros programas marco de AECID ya existentes con el fin de buscar similitudes en cuanto a su contenido y función.
- Lectura y revisión de la documentación de interés generada en cada programa por país, realizando un ejercicio de sistematización de la información, mediante la orientación de una guía de sistematización, previamente elaborada, identificando aspectos comunes y líneas de acción sobre la especificidad en cada país, sus aspectos diferenciadores, retos y necesidades. También se identificaron experiencias exitosas en cada país.
- Entrevistas semi-estructuradas con expertos que han participado en los proyectos en cada país, responsables de OTC, AECID en sede (Dptos. de Cooperación Sectorial, Geográficas, ...), Entidades gestoras de la ejecución (FCSAI). Y selección de entidades colaboradoras, profesionales participantes en los PFME e instituciones locales (Ver anexo relación de entrevistas realizadas).
- Análisis de fortalezas españolas a través de sus instituciones que puedan apoyar la ejecución del programa: Modelo de organización y regulación del programa MIR, convenios firmados y nuevos posibles con diferentes instituciones u organizaciones: Sociedades científicas, hospitales, servicios de salud de CCAA ..., regulación en materia de permisos de profesionales españoles para su participación en el programa, estancias de profesionales de países socios en hospitales u otras unidades españolas, condiciones de participación y selección de profesionales españoles en el PFME en cada país así como de países socios en España.
- Visita a Instituciones y organismos relacionadas con FME y con los proyectos que hasta la fecha se han venido y se vienen desarrollando en la actualidad. A su vez, visita a países, previo consenso con área de salud de AECID.

Cronograma de trabajo

- 1) Consenso y aprobación del plan de trabajo entre PROEVAL y el DCS. Definición del contenido del documento del PFME.
- 2) La documentación que ha sido revisada referente a los PFME en los diferentes países ha sido facilitada por la DCS:
 - _ Documentos de formulación de proyectos.
 - _ Informes de ejecución y seguimiento.
 - _ Documentos sobre productos generados.
 - _ Principales planes de los gobiernos de los países socios, relacionados con las prioridades y necesidades en asistencia y formación médica especializada.
 - _ Se revisaron detalladamente los dos trabajos del programa APIA realizados, tanto en Mozambique como en Etiopía.
- 3) La relación de personal e instituciones a ser entrevistados fue definida en un primer momento por la DCS y en un segundo por las OTC y otras fuentes entrevistadas inicialmente. Así, la información obtenida de la revisión documental se completó con la recogida mediante entrevistas semi-estructuradas con informantes clave:
 - _ OTCs. donde existe PMFE: Etiopía, Mozambique, Níger, Mauritania, Mali y Bolivia
 - _ Dptos. Geográficos de Cooperación a nivel de Sede en Madrid: África Subsahariana, América Latina, Sahel y Magreb.
 - _ Entidad externa gestora: FCSAI
 - _ Muestra de autoridades de la contraparte local, sociedades científicas y profesionales médicos participantes en los PFME.
- 4) Elaboración de un primer borrador de documento y presentación en la Reunión de la Red Colaborativa de Salud que fue celebrada el 28/07/21 en Madrid, donde se recogieron aportaciones por parte de los participantes que fueron incorporadas, mejorando y completando el documento.
- 5) Validación del documento definitivo del PFME durante el mes de septiembre de 2021, facilitado a través de un formulario de validación (ver anexo) dirigido a personalidades clave de AECID.
- 6) Elaboración de herramientas técnicas del programa, que incluye, entre otras: sistema de gestión de seguimiento y monitorización con sus respectivos modelos de informes, definición de indicadores de seguimiento, modelos tipo de convenios de colaboración, información a incluir y puesta en marcha la elaboración de una base de profesionales, ... Este tipo de herramientas han sido elaboradas durante el cuarto trimestre del año 2021.



- 7) Validación del sistema de seguimiento y monitorización del Programa y puesta en marcha del mismo en dos países piloto. Ante la situación de la pandemia COVID, dicho proceso se realiza de forma telemática, durante el mes de febrero de 2022.



1.
**Introducción:
antecedentes
y justificación
del PFME**

El Programa de apoyo y acompañamiento a la formación médica especializada, y desarrollo de los servicios médicos especializados, es un programa de cooperación, principalmente técnica, de la AECID que tiene como objetivo contribuir a que los países en desarrollo avancen hacia la cobertura sanitaria universal, aumentando el acceso a los cuidados médicos especializados esenciales para toda la población, compartiendo el conocimiento y experiencia del sistema de salud español y sus profesionales.



Hospital Universitario de Mekelle (nivel terciario). Etiopía.

1.1. Pertinencia de la formación médica especializada en los sistemas globales y nacionales de salud

Un sistema de salud se encuentra estructurado en varios niveles de asistencia, que van desde el nivel primario, que es el primer contacto que tiene la población con el sistema de salud, hasta el de referencia hospitalaria más especializado, donde la presencia de médicos especialistas es mandatorio, y que, a su vez, va desde el nivel secundario referencia directa del nivel primario, hasta el terciario o cuaternario de mayor grado de especialización y referencia del secundario. Ambos niveles, primario y de referencia hospitalaria, son fundamentales para que un sistema de salud funcione, por lo que ambos niveles deben de cooperar. Se podría decir, que un sistema de salud está compuesto por un sistema de vasos comunicantes entre los distintos niveles asistenciales, donde los pacientes fluyen de un nivel a otro para recibir la mejor atención. Son servicios de salud integrados donde todas sus partes se encuentran interrelacionadas, y por tanto, son necesarias.

La mayoría de los países en desarrollo han avanzado hacia la Cobertura Sanitaria Universal ODS 3.8 priorizando el enfoque de cuidados primarios y la lucha contra determinadas enfermedades, consiguiendo importantes avances, aunque aún insuficientes, en la lucha contra enfermedades infecciosas: malaria, SIDA, tuberculosis, en la reducción de la mortalidad infantil y materna. Este enfoque vertical por enfermedades, ha concentrado los recursos en determinadas áreas muy concretas, en detrimento del desarrollo de los sistemas de salud en su conjunto, que permanecen muy frágiles, principalmente en África Subsahariana, quedando estancado el acceso a otros cuidados esenciales.

El primer nivel de referencia, de ámbito hospitalario, y donde se encuentran los servicios básicos especializados, son esenciales para resolver una gran carga de enfermedad que no puede ser resuelta en el nivel primario, dando respuesta a grandes desafíos de salud a nivel mundial, como son la reducción de la mortalidad materna, accidentes y traumatismos, enfermedades cardiovasculares, neoplásicas... En definitiva, estamos asistiendo desde hace décadas a una transición en el perfil epidemiológico hacia enfermedades no transmisibles, entre otras, donde se plantea un nuevo desafío para la agenda 2030, el reto de la cronicidad, que consume una cantidad importante de recursos sanitarios y en donde un abordaje especializado es esencial para ser más eficaz y eficiente. Y esta, es una gran preocupación de los países en desarrollo, conseguir un sistema sanitario equilibrado, quedando reflejado en sus políticas de salud, el avance hacia unos cuidados especializados de sus sistemas sanitarios efectivos y eficientes, así como la capacitación de sus recursos humanos de alta cualificación.

El progresivo desarrollo de un sistema sanitario requiere cada vez una mayor diversificación de su cartera de servicios y de actividades a realizar, y la necesidad de tener áreas de conocimiento específicas para su desarrollo. Estas necesidades chocan con la escasez crítica de recursos humanos cualificados, existiendo un número muy reducido de médicos especialistas trabajando en estos sistemas sanitarios, lo que produce un bloqueo en el desarrollo de los niveles especializados hospitalarios. Esto no solo repercute directamente en la calidad de los servicios en los hospitales, sino también, en la formación y capacitación del cuadro de profesionales de nivel académico inferior, ya que ocupan un puesto relevante en las facultades de medicina y escuelas de enfermería y técnicos de salud.

Un ejemplo muy característico de la relevancia de los servicios médicos especializados lo tenemos en la cirugía. La patología quirúrgica contribuye con una gran parte de los años de vida perdidos ajustados por incapacidad (DALYs). En los últimos 10 años la patología quirúrgica ha comenzado a cobrar interés como componente fundamental de la salud global en países en desarrollo. Aun así, la atención quirúrgica y anestésica en estos países sigue siendo muy deficitaria. A pesar de su importancia, según el informe de la Lancet Commission on Global Surgery, elaborado en 2015, aproximadamente 5 mil millones de personas en el mundo no tienen un acceso adecuado, ni a tiempo, a servicios quirúrgicos y anestésicos de calidad, sobre todo en los países de menor renta. Mientras que sólo un 15% de personas en países de elevados ingresos (PEI) no tendrían un acceso adecuado a esos servicios, en los de baja y media renta (PBI y PBMI) este problema alcanza al 94% de la población. De hecho, el 60% de las intervenciones quirúrgicas se llevan a cabo en países ricos, mientras que solo el 3,5% de los procedimientos se llevan a cabo en países de renta baja, además, se ha calculado que en torno a 4,7 millones de muertes en países de medios-bajos ingresos (PMBI), lo que equivale a un 10% del total de fallecimientos, se deben a patologías que podrían solucionarse a bajo coste mediante un tratamiento quirúrgico considerado esencial.



Hospital Central de Nampula (nivel cuaternario). Servicio de traumatología y ortopedia. Fotografía: Juan Carlos Rumbero.



Hospital Universitario AYDER de Etiopía.
Servicio de radiodiagnóstico.

La Asamblea Mundial de la Salud, adoptó por unanimidad en mayo de 2015 la Resolución 68/15: “Compromiso para el Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial, obstétrica, y de emergencia, y de la anestesia (requisito imprescindible para la realización de intervenciones quirúrgicas), como componentes imprescindibles de la cobertura sanitaria universal y del proceso continuo de atención sanitaria”. Los servicios quirúrgicos deben garantizarse en todos los niveles de asistencia, desde el distrito a nivel del primer nivel como los más especializados de referencia. Para dar respuesta y seguimiento a la Resolución 68/15, la OMS ha establecido un programa llamado: “Programa de Cirugía Esencial y de Emergencia”, en el marco de la Dirección de Cobertura Sanitaria Universal y Sistemas de Salud de la OMS, Departamento de Provisión de Servicios de Salud y Seguridad del Paciente. Este programa posee grandes sinergias y puede ser complementario con el PFME que está desarrollando la AECID en varios países socios de la Cooperación Española.



Hospital Universidad de Haramaya (Etiopía).
Cuidados Intensivos.

La formación de médicos especialistas es una tarea técnicamente compleja, que requiere de un alto nivel de cualificación y capacitación de recursos humanos, así como de unas mínimas condiciones en cuanto a infraestructuras, equipamiento y recursos materiales que permitan un proceso formativo adecuado y de calidad. España, a través de la puesta en valor de su sistema público sanitario y de formación de médicos especialistas, de reconocido prestigio a nivel internacional por la calidad y eficiencia de su modelo, confiere a la Cooperación Española una ventaja comparativa de incalculable valor, poniendo al servicio un gran número de profesionales competentes, red de hospitales, sociedades científicas...y otros actores relevantes. Todo ello, para apoyar a sus países socios en la continuidad de la cobertura sanitaria universal, respondiendo a la demanda de los problemas de salud referidos desde el nivel primario.

España ha sido uno de los países que ha demostrado históricamente una sensibilidad para contribuir a este componente crucial de los servicios de salud, tomando como ejemplo el desarrollo

de su propio sistema público de salud. La AECID ha apoyado tradicionalmente el desarrollo de los servicios públicos de Salud con un enfoque preferente en atención primaria. No obstante, también ha realizado una apuesta en la atención especializada hospitalaria, Mozambique ha sido un claro ejemplo, siendo reconocido por las autoridades locales como actor principal en la formación de médicos especialistas en especialidades quirúrgicas y anestesia. En los últimos años, siendo sensible a las crecientes necesidades de los países socios, ha iniciado la ejecución de varios programas de apoyo a la formación médica especializada, en Mozambique, Etiopía, Níger, Bolivia y Mauritania y se encuentra preparado para su comienzo en Mali, destacando de esta manera su compromiso, en la agenda global ante la comunidad de donantes, por el nivel de servicios hospitalarios de especialización médica, además del primario de salud.



Dr. Juan Carballo, médico traumatólogo. Trabajó en Mozambique en formación médica especializada desde 1989 hasta que falleció en 2008.

El gran desafío del desarrollo de los sistemas sanitarios, se ha puesto si cabe más de manifiesto por la crisis sanitaria producida por la pandemia COVID-19, siendo la necesidad de desarrollar servicios de salud integrados entre los cuidados primarios y especializados hospitalarios, y de disponer de redes colaborativas entre niveles asistenciales en las que los hospitales competentes, con unidades de cuidados intensivos y otros servicios especializados, adquieren una especial relevancia. En este contexto y bajo el liderazgo y manifestación de interés de las instituciones sanitarias de los países socios, se incorporó un componente COVID en el marco de los Programas de FME, de colaboración técnica a distancia e intercambio de experiencias, para contribuir al mejor manejo de los pacientes con COVID-19. Esta colaboración, se realizó aprovechando la experiencia adquirida por los profesionales españoles durante la pandemia, y que habían participado en el desarrollo de los programas de FME en cada país, habiéndose establecido previamente, en el marco del programa, un intercambio de conocimientos y experiencias entre colegas afines.

En resumen, es evidente la relevancia de los servicios médicos especializados hospitalarios en todo sistema sanitario. Lo que obliga a los gobiernos a incluir estos cuidados en los sistemas públicos de salud, para propiciar un acceso universal al conjunto de la población, y especialmente a la más vulnerable, y de esta forma reducir las desigualdades en la población.

1.2. Marco de referencia estratégico: Apropiación, alineamiento y armonización

El inicio del programa en los distintos países ha nacido como respuesta de la AECID a una demanda, manifestada por las autoridades sanitarias locales, de necesidad de apoyo al desarrollo de los servicios médicos especializados hospitalarios, mediante la mejora de las capacidades de formación de médicos especialistas en el país.

El marco de referencia estratégico en el que se encuadra el presente programa, tiene en cuenta los siguientes aspectos: a) Agenda 2030 y la contribución a los ODS, en particular ODS 3, Meta 3.8, Cobertura sanitaria universal; b) V Plan Director de la Cooperación Española 2018-2021; y c) Políticas Nacionales de Salud de los Países Socios de AECID.

Según los estatutos de la AECID, publicados en el Real Decreto 1403/2007, 26 de octubre, reseña en su artículo 4.2, que uno de sus fines es “el impulsar el desarrollo humano sostenible en los países en desarrollo impulsando las capacidades locales de sus países socios”, por lo que todos los procesos

deberían ir encaminados a la generación de capacidades en los países socios y fortalecimiento de sus propias instituciones.

La cooperación española adopta los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de la agenda 2030, como sus propios objetivos estratégicos, que reivindica el derecho a la salud de las personas como un derecho humano fundamental. En particular el ODS 3, Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la Meta 3.8, alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), M 3.8 A: Mejorar la calidad de los Servicios Nacionales de Salud, donde se encuadra, el aumento de acceso a nuevos servicios esenciales para un mayor número de personas vulnerables.

El reto de la cobertura sanitaria universal se considera la piedra angular para mejorar la salud en el mundo y alcanzar el resto de metas de salud. Garantiza que todas las personas, en cualquier lugar, puedan tener acceso a servicios de salud esenciales y de calidad a lo largo de su vida, sin tener que pasar apuros económicos. La OMS, en su 70º aniversario en 2018, ha lanzado el lema: *“Cobertura Sanitaria Universal, para todas las personas, en cualquier lugar”*, y solicita a los líderes mundiales su compromiso para adoptar medidas concretas que promuevan la salud de todas las personas. Para alcanzar el reto de la CSU en todo el mundo (ODS 3, Meta 3.8), es necesario desarrollar y fortalecer los sistemas de salud de forma integrada, proporcionada y equilibrada en todos los niveles de atención, para dar respuesta a las crecientes necesidades de las personas, y conseguir los máximos niveles posibles de acceso, eficacia y equidad de los servicios de salud, en un marco de recursos limitados.

Los países socios de AECID, donde se desarrollan PFME, se enfrentan a retos importantes para alcanzar las dimensiones de la agenda 2030. La AECID se encuentra perfectamente alineada con los objetivos de este programa, existiendo numerosos ejemplos que hablan de ello. El sector salud es prioritario para la cooperación española, el Plan de Actuación de Salud aprobado en 2011 contempla como una de sus líneas estratégicas, el fortalecimiento de forma integral de los sistemas de salud. El Departamento de Cooperación Sectorial, que depende jerárquicamente de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera, dirige varias áreas entre la que encuentra el área de salud, el cual ofrece apoyo técnico a las diferentes unidades de cooperación de AECID, tanto en sede como en el exterior.

Como se especifica en el **V Plan Director de la cooperación española 2018-2021**, documento que marca la estrategia de España en cooperación internacional, ésta ha trabajado en las políticas de salud desde sus inicios. El plan director considera como meta prioritaria la 3.8: contribuir a la cobertura sanitaria universal, y como una de sus principales líneas de acción: mejorar la calidad de los servicios nacionales de salud. La cooperación española contribuirá a fortalecer de forma integral los sistemas de salud con enfoque en la atención primaria, así como los niveles especializados garantizando de esta manera sistemas equitativos que ofrezcan servicios de calidad y asegurando que la población es atendida por personal suficiente, capacitado y motivado.

Por otro lado, el documento sectorial **Perspectivas y Recomendaciones del Sector Salud**, considera como recomendación 3.3: contribuir a aumentar la calidad en la provisión y funcionamiento de los servicios de salud, y aumentar el acceso a nuevos servicios especializados y hospitalarios. Y a su vez, la recomendación 3.4: abrir el abanico de actores con los que trabajar en el sector salud de forma más programática, poniendo en valor el conocimiento y las fortalezas del Sistema Nacional de Salud Español y sus Instituciones. Esto ha promovido la firma de convenios de colaboración entre AECID y diferentes sociedades médicas científicas españolas. Según dice este mismo documento, la mayoría de los ministerios de salud de los países socios de la cooperación española, asumen el liderazgo para el desarrollo del sector, y elaboran y ejecutan sucesivos planes estratégicos de desarrollo del sector salud. A raíz del compromiso de la agenda 2030, también incluye como objetivo, de manera significativa, la Cobertura Sanitaria Universal y la Calidad de los Servicios de Salud. A su vez, este documento recomienda tener en cuenta, entre otras cosas, la formación médica especializada para avanzar hacia este objetivo.

Otro documento sectorial relevante es ***Orientaciones sobre cómo Contribuir al Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para Alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal***, concluye que “las intervenciones de cooperación deberán tener como objetivo contribuir a mejorar la calidad de los servicios del sistema de salud, teniendo presente que la atención primaria y la atención especializada son igualmente necesarias para que un sistema sanitario funcione correctamente”.

La Cooperación Española dispone también de los **Marcos de Asociación País** (MAP): Documentos estratégicos que se discuten con los gobiernos de los países socios, donde España regula su intervención en los países, y donde se definen los sectores prioritarios de intervención. En los países donde se está desarrollando este programa, salud es sector prioritario, y se formulan estrategias de intervención para mejorar la salud de la población aumentando el acceso a la misma. Los ministerios de salud son los interlocutores válidos, estando este programa alineado con las prioridades y estrategias de desarrollo definidas en sus políticas de salud.

En los **Países Socios existen Políticas Nacionales** donde se contempla el desarrollo de los servicios médicos especializados y de capacitación del personal sanitario. Cada país tiene sus equivalentes, estaríamos hablando de el Plan Estratégico del Sector Salud y el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos del Sector Salud. Se reconoce la necesidad crítica de avanzar en esta dirección y de capacitar a los profesionales sanitarios aumentando el número y calidad de los mismos. Para ello debe de existir un plan acelerado de formación donde se incluya la existencia de centros de capacitación debidamente equipados. Por ejemplo, en Etiopía, esta intervención está totalmente alineada con la política nacional de salud, el Plan de Transformación del Sector de Salud (HSTP II) 2020/21 - 2024/25. El HSTP II prioriza la calidad y la equidad en la salud como un servicio esencial, y específicamente menciona la formación y el desarrollo de los profesionales de la salud. Hace mención expresa a los servicios y formación especializada. Y se pueden ver ejemplos similares en cada país donde se está interviniendo.

Por otro lado, el diálogo y conocimiento del programa, dentro del grupo de donantes en cada país, permite compartir espacios comunes con otras iniciativas ya puestas en marcha, donde en la actualidad, España adquiere una especial significación. Pocas agencias de desarrollo actúan de forma relevante al fortalecimiento del propio sistema de formación médica especializada en el país, como lo hace España, contribuyendo de esta manera a la extensión de los servicios médicos especializados esenciales, y por tanto, a la continuidad de los cuidados de salud en su propio sistema sanitario.

En conclusión, se puede apreciar como este programa responde a los **criterios de eficacia de la ayuda:**

- **Alineamiento**, con la políticas y estrategias nacionales y locales de salud, y de desarrollo de los países socios. Siendo una intervención prioritaria y pertinente para los países, así como para AECID, contemplado en los respectivos MAP.
- **Apropiación**, en respuesta a una llamada de las autoridades locales, demandando un apoyo dirigido e integrado en sus propios sistemas de salud, así como estructuras e instituciones existentes. La participación desde el inicio, a través de la identificación y formulación del programa, como en la implementación, monitorización, gestión y evaluación del mismo, son elementos claves para la apropiación y sostenibilidad del programa.
- **Armonizado** con las estrategias e intervenciones para el desarrollo de la comunidad internacional, creando sinergias con otros actores de desarrollo y cubriendo espacios debilitados identificados por la contraparte.

1.3. Breve descripción sobre el origen y el desarrollo de los proyectos de FME en marcha

La AECID cuenta con una significativa trayectoria en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, y aunque ha puesto el foco en la atención primaria, también ha trabajado en el fortalecimiento de la atención especializada otorgándole en este sentido una especial significación. Esta apuesta previa de trabajo en el fortalecimiento de la asistencia especializada como una agencia pionera y sensible a esta necesidad esencial de los sistemas de salud, ha permitido que en 2014 se iniciase en Mozambique la preparación, que se materializó un año más tarde con la creación del primer PFME. Está participación en la mejora de la calidad de la formación médica especializada ha venido desarrollándose

de manera progresiva en varios países: Mozambique, Etiopía, Níger y Bolivia y últimamente Mauritania y Mali, aprovechando la ventaja comparativa de nuestro sistema sanitario, y la del sistema de formación de médicos especialistas (sistema MIR). El objetivo de este programa ha sido acelerar la formación de médicos especialistas en cada país, con estándares adecuados de calidad. Estos programas han contado con la colaboración y apoyo técnico del área de salud de la DCS de AECID, y a su vez, en su mayoría están siendo gestionados por la FCSAI.

Dado el volumen adquirido por estos programas, se plantea la necesidad en el año 2020 de consolidar un programa marco común de referencia, para los programas de apoyo a la formación y asistencia médica especializada que incorpore elementos comunes y aumente la armonización regional de los programas. A su vez, que oriente de manera científica las intervenciones de AECID a la consecución de resultados medibles, promueva la gestión del conocimiento, armonice las actuaciones, y refuerce la consistencia, coherencia y visibilidad de los programas.

MOZAMBIQUE

El primer país en implantar este programa fue Mozambique. País que poseía una larga tradición en proyectos en FME por parte de la cooperación española a través de otros actores, como la ONG Consejo Interhospitalario de Cooperación. Gracias a estos antecedentes, comenzaron en 2014 conversaciones entre el Ministerio de Salud de Mozambique (MISAU) y la Embajada de España, que se concretaron en una primera fase de un proyecto que comienza en 2015 para apoyar la FME. Fue implementada por la FCSAI a través de una encomienda de gestión y en la actualidad se encuentra en una 5ª fase. Para facilitar la implementación de este programa se firmó un acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Salud Mozambique y el de España. A su vez, se han establecido convenios entre sociedades científicas mozambiqueñas y españolas, fortaleciendo de esta manera el desarrollo y las relaciones entre ambas.



Diálogo con los representantes de instituciones del país socio. Equipo directivo de Hospital Central de Maputo (Mozambique) AECID.

Durante este tiempo, se han trabajado dos resultados principalmente:

- Apoyar el fortalecimiento del sistema de formación de residencia médica: se ha trabajado en la elaboración de herramientas para su gestión, formación de tutores, revisión y diseño currículums de formación por competencias.
- Apoyar formaciones específicas en algunas especialidades identificadas, tanto en España como en Mozambique. Ha sido de interés el acuerdo establecido con el servicio canario de salud para recibir médicos residentes, por periodos de seis meses, para completar sus programas de formación.

Se elaboró, a través del programa APIA¹, la Estrategia Nacional de Formación Médica Especializada, encuadrada en el plan nacional de desarrollo de recursos humanos del sector salud 2016-2025”.

En el marco de la Pandemia Covid-19 se desarrolló un programa de acompañamiento on line sobre manejo de la situación en los hospitales centrales y provinciales y la presencia de una especialista en medicina intensiva por un periodo de 6 meses.

ETIOPÍA

En 2017 surge este programa en Etiopía. Previamente, se establecen conversaciones entre Ministerio de Salud y la OTC para apoyar la formación de médicos especialistas en Etiopía. Se decide actualizar un diagnóstico, que fue realizado en 2010, bajo el Programa de Cooperación Interuniversitaria (PCI), donde se definió un proyecto de apoyo a la FME en Etiopía, que posteriormente quedó paralizado por la desaparición del programa PCI. Como punto de partida se realiza, también a través del programa APIA, un diagnóstico de situación sobre el estado de la asistencia y formación médica especializada, en el que se identifican las líneas estrategias de intervención de la cooperación española en Etiopía. Esta es una buena práctica como metodología de identificación de inicio en un país, aprovechando la oportunidad para medir líneas de base. Este diagnóstico sirvió para diseñar, por parte de la OTC con el apoyo de la Jefa de Salud de la DCS, la formulación de la primera fase de intervención de AECID en Etiopía, asentándose en el país el PFME.

En 2018 se firmó un memorándum de entendimiento (MOU) entre AECID y el Ministerio de Salud Etíope (FMoH), para iniciar la primera fase del proyecto, cuya implementación se le encargó a la

1. Programa de AECID cuyo objetivo es acompañar a los países africanos en el apoyo al diseño de políticas públicas inclusivas, en la identificación y búsqueda de los recursos financieros necesarios para ponerlas en práctica y en el análisis del mejor modo de gestionarlo eficazmente, con especial énfasis en la participación de la sociedad civil).

FCSAI a través de un a encomienda de gestión. Se apoyó el sistema formación médica especializada en dos niveles:

- Apoyo a la organización de los servicios médicos especializados y sistemas de formación postgraduada en Etiopía. Se trabajó en la revisión de currículums de formación y definición de requisitos mínimos de acreditación, así como en la formación de tutores. Por otro lado, también se trabajó en la elaboración de la hoja de ruta de desarrollo de especialidades médicas.
- Formaciones específicas en cuatro especialidades seleccionadas y en cuatro universidades. También formaciones transversales, como formación en metodología docente para tutores.

En el momento actual, se ha iniciado una segunda fase, cuya implementación gestiona directamente la OTC de AECID de Etiopía, participando activamente personal del propio FMOH que se une a las misiones para dar apoyo y representación institucional durante los primeros días. Se prioriza la concentración de recursos de manera descentralizada en dos universidades y fuera de la capital. A las especializadas priorizadas y formaciones transversales en la primera fase, se añade la de formación en urgencias e investigación clínica.

Cabe destacar de este país la metodología utilizada, denominada “*Formación en Servicio*”, donde los especialistas docentes españoles realizan estancias por un mínimo de dos semanas integrados en los respectivos servicios, haciendo formaciones basadas en la asistencia sanitaria. Esta iniciativa se impulsa de manera estrechamente coordinada con la Dirección de Recursos Humanos del FMOH y los Hospitales Universitarios de Etiopía.

De las enseñanzas de las formaciones durante la pandemia covid, se han introducido formaciones con metodología on line, utilizando las plataformas de aprendizaje del FMOH. La exitosa gestión de esta segunda fase por la OTC, ha puesto de manifiesto que es posible hacerlo también por esta vía, con los ajustes oportunos de refuerzo en cuanto a recursos humanos a las OTC.

Con una pequeña inversión económica es considerado como el programa de cooperación mejor valorado por el Ministerio de Salud Etíope.

BOLIVIA

En 2018 se establecen conversaciones en Bolivia y Níger con AECID a demanda de sus respectivos ministerios de salud, en las que solicitan apoyo en formación de médicos especialistas. Se realiza la identificación y formulación de los programas por parte de las OTCs con el apoyo de DCS área de salud, que realiza sendas visitas a los países.

Bolivia inicia este programa apostando principalmente por el fortalecimiento del Sistema de Residencia Médica en el país, tras la llamada del Ministerio de Salud de Bolivia ante la necesidad de disponer de médicos especialistas que cubran las necesidades de 46 hospitales nuevos hospitales que tiene planificado construir. Se plantea apostar en una primera fase, por la formación de médicos especialistas en las cinco especialidades básicas a nivel de hospitales de segundo nivel. Para ello, se trabaja en la elaboración de los currículums de formación armonizados a nivel nacional en cada una de estas cinco especialidades, consiguiéndose el objetivo gracias a una metodología efectiva de trabajo, que compagina estancias de corta duración en España de responsables docentes bolivianos de estas especialidades, y en Bolivia de especialistas españoles, y liderando el proceso las autoridades bolivianas. De relevante importancia ha sido la estancia, por un período de tres meses, de un especialista de medicina interna experto en residencias médicas (*jefe de estudios de uno de los hospitales docentes más importantes de Madrid*).



Sede AECID. Visita de intercambio de conocimientos de equipo de medicos cirujanos bolivianos a hospitales españoles.

A su vez, se han realizado formaciones on line para tutores, y apoyo a la creación de simposios científicos internacionales en Bolivia en cada una de las cinco especialidades, con la participación de relevantes profesionales españoles.

En este país se han realizado dos evaluaciones externas del programa durante el tiempo que lleva en ejecución. En el momento actual, el programa se enfrenta a una siguiente fase que hace extensivo el desarrollo de currículums de formación a subespecialidades y hospitales de nivel superior, así como otras iniciativas para mejorar el sistema de residencias médicas y de asistencia sanitaria, incluyendo un master on line en gestión sanitaria. Para ello se ha realizado una subvención dineraria al propio Ministerio de Salud de Bolivia.

Durante la pandemia Covid-19, se hizo también un programa de acompañamiento on line sobre el manejo de los pacientes, intercambiando la experiencia acumulada de profesionales españoles durante este periodo.

NÍGER

Níger inicia el PFME a través de un apoyo al Hospital Universitario de Niamey, que se encuentra en la capital del país, en las especialidades de Anestesiología y Cirugía, con foco en las áreas de Urgencias y Reanimación, a criterio de las autoridades sanitarios del país.

Se realizan estancias de corta duración en España de responsables docentes nigerinos para conocer nuestro sistema de formación en estas especialidades. Se imparte formación, a modo de cursos teórico-prácticos, en la Universidad de Niamey, en las áreas de Anestesiología, Urgencias Quirúrgicas y Manejo de Pacientes Politraumatizados mediante la impartición del curso ATLS de referencia internacional². Por otro lado, se revisan los programas de formación de estas especialidades de la CEDEAO³ y su adaptación a Níger. También, se realiza un análisis sobre la organización y necesidades de los Servicios de Urgencias y Reanimación del Hospital Universitario de Niamey, y se compra material y equipamiento identificado como necesario, para su correcto funcionamiento. En una siguiente fase se extiende la formación a otras especialidades.

2. El curso ATLS, es un curso de atención inicial al enfermo politraumatizado del colegio americano de cirujanos que se inició en 1980 y en la actualidad es un referente para los servicios de urgencias y se imparte en más de 30 países por todo el mundo. España es uno de ellos y se realiza a través de la asociación española de cirujanos.

3. La comunidad económica de estados de Africa Occidental es un grupo compuesto por 15 países, y han desarrollado programas de formación de médicos especialistas unificados para los estados miembros.

MAURITANIA

Mauritania y Mali son los últimos países en incorporarse a este PFME. Se inician también conversaciones en el año 2018 entre los Ministerios de Salud de estos países y AECID, en las que se identifica la necesidad de apoyar la formación de médicos especialistas en ambos países. También cuenta con el apoyo a la OTC y de la Jefa de Salud de la DCS.

Tras una primera visita de identificación general del programa, se comienza en el año 2020, con una segunda visita de los especialistas correspondientes, con las especialidades que se consideraron prioritarias: cirugía, anestesiología y reanimación/intensivos, y urgencias. En este país, es la propia OTC quien gestionan los fondos de manera mixta junto a la universidad, que recibe una aportación dineraria. Para la implementación recibe apoyo del área de salud de la DCS.

Se apoyan las especialidades antes mencionadas mediante la revisión y armonización de los currículos de formación, y formaciones teórico-prácticas en la universidad, actividades éstas últimas que acaban de iniciarse mediante estancias de corta duración de médicos especialistas españoles. En cuanto a las formaciones, también está programado realizar formación de tutores en metodología docente, y también el fortalecimiento del sistema mediante la compra de equipamiento y optimización de su funcionamiento del centro de simulación de la universidad. Por otro lado, se apoyará en la organización y dotación de material en los servicios de las especialidades mencionadas. Esta metodología se compaginará con estancias en España de responsables docentes y residentes.

MALI



Visita de identificación PFME en Mali.

Tiene formulado su programa, e inicia su implementación en el primer semestre de 2022. La situación en la que se encuentra la OTC en cuanto a recursos humanos, dificulta de manera significativa la puesta en marcha del programa si no se refuerza. Está planificado trabajar en formaciones específicas en especialidades prioritarias: cirugía, anestesia, ginecología..., en la organización y gestión servicios de urgencia y reanimación, y en la compra de equipamiento necesario para los servicios de reanimación y urgencias. No obstante, la OTC considera que no es estratégico en el momento actual, priorizar la inversión en material y equipamiento, y sí reforzar la estructura del programa en Mali, mediante la contratación de un coordinador médico.

COMPONENTE COVID

Durante el inicio de la pandemia de SARS-CoV-2 se desarrolló en el marco del PFME un componente adicional, de colaboración técnica a distancia sobre COVID 19, para intercambiar experiencias sobre abordaje y manejo de la enfermedad entre profesionales del SNS español y de los países socios, aportando un gran valor añadido.

En general resultó de especial interés, a nivel de todos los países, el programa de formación, que mediante la plataforma Zoom, se realizó durante el origen de la pandemia, sobre diferentes aspectos de esta enfermedad tanto en países donde el PFME ya estaba establecido, Etiopía, Mauritania, Bolivia, como en otros: Perú, Jordania, Uruguay y Guatemala a través de sus centros de formación, despertando un elevado interés entre las diferentes partes y países socios de AECID. A su vez se realizaron donaciones de material y equipamiento médico en algunos países.



2. Análisis de contexto del PFME

2.1. Contexto: factores políticos, culturales, socioeconómicos...

Existen aspectos geográficos diferenciadores entre los diferentes países que hace que cada uno adquiera unas particularidades determinadas, y aunque, atendiendo a un enfoque sectorial del programa, se puedan definir unas líneas estratégicas comunes para el fortalecimiento de la FME, se debe adaptar el programa a cada contexto geográfico particular.

La realidad latinoamericana es diferente a la africana, ya que tiene un mayor nivel de desarrollo socioeconómico y sus sistemas sanitarios están más avanzados. También, en África hay distintas formas de organizarse y de abordar este problema entre los países, en los que intervienen diferentes actores atendiendo a razones culturales e históricas. En los países de tradición francófona como Mali, Mauritania y Níger, las facultades de medicina lideran estos procesos. A pesar de que utilizan los hospitales del sistema sanitario como lugares de formación, es necesaria la existencia de profesores universitarios titulados académicamente para poder abrir un programa de formación, con lo que gran parte de la formación del futuro especialista se realiza en los espacios físicos de las universidades. La oferta de plazas para FME las saca el Ministerio de Salud en sus hospitales, pero quien da la formación es la facultad de medicina a través de sus profesores. En Mozambique, el Ministerio de Salud y la Orden de médicos (equivalente al Colegio de Médicos Español) son los responsables de la FME. En Etiopía, son las propias Universidades y el Ministerio de Salud, con la complejidad añadida de que hay hospitales que son financiados por el Ministerio de Salud y otros por el de Educación. En Bolivia, el Sistema Nacional de Residencia Médica se regula desde el Ministerio de Salud a través del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Investigación e Interacción Comunitaria (CNIDAIC).

Latinoamérica, como antes se ha mencionado, tiene un nivel de desarrollo de su sistema de salud más avanzado que la generalidad de los países de África, pero aún necesita mejorar la formación médica especializada. Han conseguido dar una respuesta más satisfactoria al nivel de cuidados primarios, con lo que se plantean fortalecer el segundo nivel de referencia. No tienen el problema de África en relación a la escasez dramática de médicos especialistas, pero sí en la distribución de los mismos en los servicios públicos. Precisan mejorar la calidad de la formación, y modernizar su sistema de FME ya existente. Aquí es donde el Sistema Español de Residencias Médicas, MIR, ofrece oportunidades claras de optimización. También necesitan sus profesionales oportunidades de apertura a intercambios de conocimiento y de relación con instituciones científicas afines, desarrollando eventos científicos nacionales e internacionales.

En líneas generales, nos encontramos con políticas y estrategias en cada país que marcan las prioridades para el desarrollo de sus propios sistemas de salud, incluidas políticas de recursos humanos.

Políticas donde se recoge el componente de cuidados especializados en los niveles de referencia secundario, terciario e inclusive cuaternario. Qué duda cabe, que el presupuesto destinado al sector salud, es muy reducido para responder a los retos y desafíos que se presentan (también en el nivel primario), motivo que hace que los niveles de referencia, siempre más costosos, se encuentren en una situación muy precaria.

Generalmente, los pocos centros de formación de médicos especialistas se localizan en las capitales, donde existen pequeñas burbujas de desarrollo que no son reproducibles en el resto del país. En las capitales existe un estado de desarrollo de las instituciones públicas y privadas, así como de oportunidades de desarrollo personal y profesional, que están muy lejos del resto del país, donde los servicios médicos especializados son prácticamente inexistentes y fuera de la influencia de control del gobierno central. Esta es una característica de la fragilidad de todos los sistemas de salud en África Subsahariana, reto que debería ser planteado en el marco del presente programa mediante diálogo de políticas.

La estructura de médicos especialistas en los países también es muy diferente. Mozambique tiene una masa crítica de médicos especialistas extranjeros, contratados a través de acuerdos de cooperación oficial con algunos países (Cuba, Corea, China, ...), muy importante, que mantienen estos servicios en cada provincia del país y especialmente en las zonas más aisladas. Etiopía, en cambio, ha desarrollado políticas de cobertura de la asistencia sanitaria con personal local, existiendo muy pocos médicos extranjeros en el SNS.

Generalmente, en África nos encontramos que los pocos especialistas que existen se encuentran en las especialidades básicas. Aunque en número insuficiente, ya que a medida que te alejas de los núcleos de desarrollo la oferta de especialistas disminuye drásticamente. Así, el aumento de las capacidades formativas en estas especialidades, abriendo programas formativos en nuevos lugares, ha de ser una de las prioridades. Para ello, hay que hacer un planteamiento nivel de estado y de ministerios de salud, donde la preocupación por extender los servicios básicos especializados sea un pilar estratégico. El fortalecimiento del nivel secundario de salud, primer nivel de referencia de la atención primaria, se encuentra representado por estas especialidades básicas y llega a la mayor parte de la población.

El avance hacia las subespecialidades fortalece el nivel terciario de referencia, que suele corresponder a los hospitales universitarios, donde generalmente se realiza la formación de médicos generales y especialistas. Las subespecialidades son de significativa importancia para el desarrollo del nivel de referencia de asistencia especializada, y existen algunas de ellas de vital importancia, como pudieran ser las subespecialidades quirúrgicas y médicas (especialmente a nivel de técnicas diagnósticas y terapéuticas). Llegado a este punto, la selección de unas u otras se hará en función de las necesidades y estrategias de desarrollo de cada contexto. Por otro lado, la formación polivalente de los

profesionales en las especialidades básicas, comentadas previamente, precisa del desarrollo de estas subespecialidades.

La escasez del número de especialistas es una constante en los países socios africanos. Si estudiamos dos países como son Mozambique y Etiopía, a título de ejemplo, podemos extraer de los trabajos realizados en el marco del programa interesantes conclusiones:

Mozambique, según datos oficiales de 2018, contaba con una ratio de 0.1 médicos por 1.000 habitantes, encontrándose lejos de la media de los países de renta baja que es de 0.3⁴. Si lo comparamos con España las diferencias se disparan, siendo de 3.9/1.000 para en el año 2019. No obstante, este país está haciendo un gran esfuerzo en la producción de médicos, si lo comparamos con las cifras del año 2015 que eran de 0.058 médicos/1.000 habitantes. En Mozambique, existían en 2015 apenas 260 médicos especialistas en todo el país de un total de 1492 médicos, lo que representa aproximadamente un 20% de especialistas, para una población de casi 30 millones, cifras que estaban muy lejos para cubrir sus necesidades, que se estimaba en ocho veces más, según la fuente “*estrategia acelerada de formación médica especializada de Mozambique*”. El aumento del número de médicos, producto de la apertura de nuevas universidades, debe ir acompañada de un aumento de apertura de centros de formación de médicos especialistas, pero esto no ha ocurrido, y en gran parte por la mayor complejidad del proceso para la formación de estos cuadros, habiéndose producido una brecha considerable y que aumenta anualmente.

En Etiopía, ocurre algo parecido. Según datos de 2017, tenía 0.57 médicos por 1.000 habitantes, y seis años antes 0,03, por lo que este país ha realizado también un gran esfuerzo en la formación de médicos, aumentando el número de universidades, y también la necesidad de aprovechar este número de médicos para formar los respectivos especialistas. Existe una carencia crítica de especialistas 323 para una población de más de 100 millones. Este país ha realizado en los últimos años una apuesta significativa por acelerar la formación de médicos especialistas, a pesar de ello, apenas cuenta con 44 anestesiólogos para todo el país, cifras que se encuentra incluso por debajo de la plantilla que ofrece un único hospital terciario del entorno europeo, y 28 de los cuales se encuentran en los seis hospitales universitarios donde se están formando un total de 92 médicos residentes de anestesiología.

4. La OMS establece la necesidad de tener 1 médico por 1.000 habitantes (Naicker et al, 2009) (el porcentaje de médicos especialistas en los países de la OCDE es del 63% en relación a los médicos totales generalistas).

Todo ello nos lleva a la reflexión de la importancia de un abordaje conjunto e integral, contemplando el conocimiento científico de ámbito global y las metodologías de formación más apropiadas, que deben ser adaptadas a los contextos particulares y específicos en cada país, según sus necesidades y prioridades contempladas por las autoridades sanitarias.

2.2. Descripción de la problemática a abordar

La cobertura sanitaria de los sistemas públicos en asistencia médica especializada en los países socios, y en especial en África, es muy deficiente, y cuando existe, su calidad presenta significativos puntos de mejora. Esto es debido a varios factores que se analizará a continuación:

- **Escasez de recursos financieros** para responder a las necesidades de salud de la población de manera global en los países socios. La asistencia médica especializada, y en concreto la hospitalaria, se encuentra en una situación muy precaria con escasos recursos. Existen vacíos muy llamativos en la cobertura de servicios médicos especializados básicos y esenciales, aspecto que repercute directamente en el programa en dos cuestiones básicas que se han puesto de manifiesto durante su ejecución:

— Existen brechas importantes en hospitales para asegurar unos servicios adecuados en cuanto a equipamiento crítico y, sobre todo, medicamentos y materiales consumibles. A esto se suma la dificultad para el acceso al mercado internacional de manera competitiva.

— Contratación de profesionales y mejora de condiciones para retenerlos en el sistema público y que trabajen en los lugares más aislados.

Por ello, es necesario hacer más eficiente la asistencia hospitalaria, ya que ésta consume gran cantidad de recursos del sistema sanitario. En el apartado de equipamiento y materiales consumibles, debe hacerse un ejercicio de optimización en la selección de los mismos a un coste sostenible para los países. También se debe pensar en su mantenimiento y en la dependencia de consumibles para su funcionamiento. Por lo que una adecuada política de compras se hace necesaria.

Por otro lado, la retención de profesionales en el sistema público y especialmente en los lugares más desfavorecidos, debe ir acompañada de una política de incentivos de recursos humanos que debe manejarse a nivel central.

Estos problemas quedan lejos de los objetivos del programa en sí, pero pueden ser abordados mediante diálogo de políticas a nivel de las autoridades competentes locales para fomentar estas recomendaciones.

- **Escasez marcada de profesionales de alta cualificación** para garantizar una asistencia médica especializada de calidad, así como la formación de sus propios cuadros en el país. Esto se debe a varias razones:

_ **Escasez de facultades de medicina** para la formación en el país, que hace que el número de médicos que continúen su formación hacia la especialización sea muy reducido, y muy lejos de la cantidad que necesaria en el país para la elevada carga de enfermedad existente. Aun así, se está avanzado en este sentido, y se están abriendo nuevas universidades, pero existe también el reto de abrir nuevos centros de formación médica especializada a nivel de los hospitales docentes.

_ **A pesar de haber buenos profesionales**, el aislamiento en el que se encuentran respecto del desarrollo científico y tecnológico global, hace que el conocimiento existente en la actualidad no lo tengan asimilado y existan lagunas competenciales importantes en los profesionales que afectan a la calidad del servicio. Por ello, la comunicación y un contacto fluido con países en los que está más desarrollada la medicina especializada (incluyendo países de su entorno) mediante intercambios de experiencias entre profesionales y acceso a encuentros científicos, adquiere una gran relevancia.

- **La calidad asistencial** a nivel de los servicios clínicos, no alcanza a ser la adecuada, debido a:

_ **Escasez de profesionales cualificados** (ya comentado).

_ **Equipamiento insuficiente** y no siempre funcional, sin que existan un soporte para su mantenimiento efectivo. Serios problemas en la adquisición de materiales consumibles y medicamentos con roturas de stock frecuentes.

_ **Escasa cultura de seguridad del paciente** y de gestión de calidad en los hospitales, sobre todo a nivel de los servicios. Escasa implantación de estrategias e instrumentos ya existentes para la mejora de la calidad. Por ejemplo, empleo de protocolos clínicos, de organización de un servicio y de los procesos asistenciales hospitalarios básicos, estrategias de seguridad del paciente, ... El servicio es la célula madre de un hospital. Ante la escasez de cuadros de gestión, la apuesta por fortalecer la gestión de los servicios a través de sus responsables clínicos, va creando un tejido progresivo que contribuye a la mejora de la gestión del hospital en su conjunto. En definitiva, no existe el clima adecuado para el desarrollo de los servicios médicos especializados.

_ Sistemas de información sanitaria débiles y escasamente informatizados... que impiden realizar una recogida y tratamiento de datos efectivo para mejor gestión y planificación de los servicios.

_ Escasa cultura de investigación clínica y de recogida de información mínima para poder medir el impacto de las intervenciones sanitarias realizadas y dar respuesta a los problemas médicos que se presentan con los pacientes.

• **Sistema de formación de médicos especialistas en los países insuficiente**, siendo un importante reto para la puesta en marcha de un plan acelerado de formación de sus profesionales. Esto se debe a diferentes razones:

_ Debilidad de la organización y funcionamiento del propio sistema de formación:

- Ausencia de currículums de formación, o débilmente adaptados a sus realidades, y también ausencia de armonización de los mismos a nivel nacional, existiendo varios en el país, en cada universidad o centro de formación, para una misma especialidad, lo que hace que se puedan formar diferentes tipos de especialistas en un mismo país. A su vez, no existen unos requisitos mínimos de acreditación claramente definidos para la apertura de centros y programas de formación de médicos residentes. En muchas ocasiones, se comienza la formación de un médico residente sin que esté establecido este aspecto fundamental, o en centros que no cumplirían los requisitos mínimos en el caso de existir. Esto tiene varias consecuencias y una de ellas es que se demore en exceso el tiempo de formación, así como su calidad.
- Débil sistema de gestión del proceso de formación, y escasamente empoderado por las instituciones locales. Este proceso es diferente entre países socios. Un sistema de residencias es una estructura compleja, que debe estar bien articulado y gestionado, desde el proceso de acceso, al de evaluación final que certifica al nuevo especialista competente.
- La formación, dirigida a tutores y responsables docentes, en metodología docente para la formación y evaluación de médicos residentes no está desarrollada. Esta formación es la que sienta las bases de la organización docente a nivel de un hospital, definiendo los roles del tutor y de la monitorización y ejecución de los programas formativos.

_ Habitualmente no existe a nivel central, en los ministerios correspondientes, un plan o estrategia de formación de médicos especialistas claramente definida y eficaz. Este producto ayudaría a acelerar la formación y la calidad de los médicos especialistas, y, por tanto, aumentar el número de profesionales especializados según las prioridades de cada país. Tampoco existe, un conocimiento efectivo a tiempo real sobre el número de especialistas en formación, a nivel nacional por año

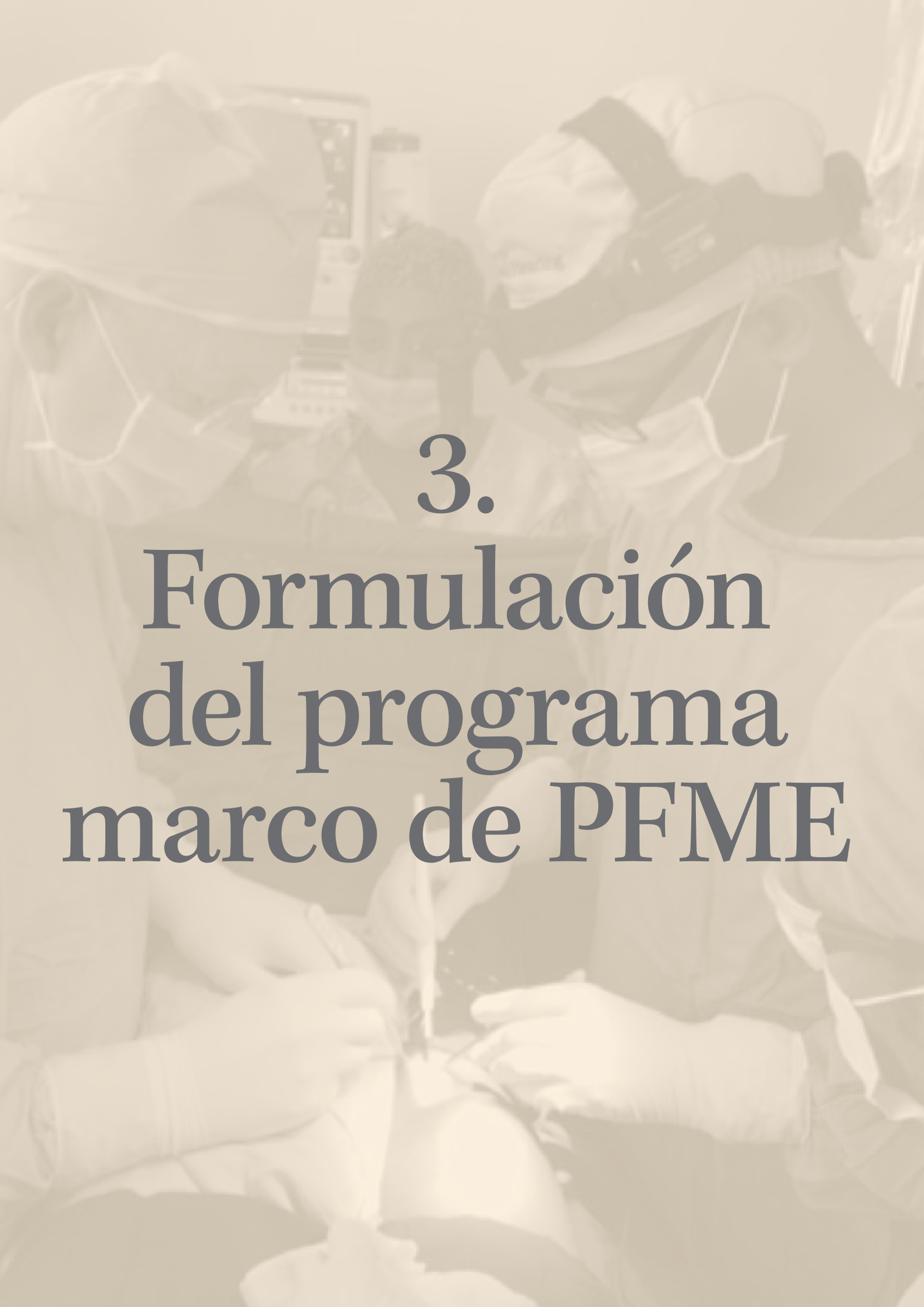
de residencia y centro de formación, que permita hacer una estimación de las necesidades reales a corto y medio plazo, y su posterior colocación en los hospitales del país, para un crecimiento homogéneo en la cobertura sanitaria especializada.

Escasez de formadores.

- Esto hace que existan pocos centros de formación, ya que hace falta un número mínimo de médicos especialistas ya formados en un hospital para abrir una residencia médica, y los pocos que existen, se concentran en la capital y grandes ciudades.
- Además de que se concentre en unos pocos hospitales la formación, existe un importante número de médicos en formación y pocos formadores, por lo que el ratio médico residente/médico especialista está desajustado para hacer una adecuada tutorización de los mismos y dedicarles el tiempo necesario.

Existen retos importantes en la calidad de la formación, debido a la dificultad para llevar a cabo los contenidos y competencias reflejadas en los programas formativos. El proceso de formación de médicos especialistas es complicado, se basa en el autoaprendizaje y en la práctica clínica diaria supervisada, y precisa de un sistema de tutorización muy ajustado a cada realidad. Para su fortalecimiento, requiere de un apoyo técnico cualificado. Es importante tener en cuenta que:

- Las diferentes competencias reflejadas en un programa de formación requieren de un equipo de formadores multidisciplinar, de los cuales el médico residente en formación pueda aprender. En ocasiones, no es posible de alcanzar en un solo hospital y se precisa de la realización de estancias formativas en otros centros.
- La calidad asistencial de un servicio se refleja en la formación de sus médicos residentes. Estos servicios tienen un significativo número de carencias importantes, a nivel de técnica, habilidades y conocimientos, pero especialmente por la existencia de un clima organizacional poco adecuado para el desarrollo de la especialidad. La formación técnica de sus formadores mediante un programa adecuado de formación continua (PFC) es un abordaje básico.



3. Formulación del programa marco de PFME

3.1. Misión y Visión

MISIÓN:

Fortalecer los servicios públicos de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal mediante el refuerzo de las capacidades de formación de médicos especialistas en los países socios de AECID.

VISIÓN:

Pretende ser un programa modelo de cooperación de la AECID, que aproveche las capacidades españolas, en concreto su sistema sanitario y modelo de formación de médicos especialistas, como elementos de desarrollo, creando las condiciones necesarias, y llegando a ser referente, en la agenda internacional, de los cuidados y la formación médica especializada como elemento esencial de cobertura sanitaria universal.

3.2. Valores, Principios orientadores

A continuación, se presentan los principios orientadores del programa:

Principios Estratégicos:

- *Apropiación* del PFME por el socio local y *alineamiento* con las prioridades y necesidades de los países. Para ello se llevará a cabo la firma de un MOU entre la máxima autoridad local y AECID antes de comenzar un programa en un país.
- *Liderazgo y Titularidad* del programa de la AECID.
- Formación de médicos especialistas en sus propios países, apostando por el desarrollo de los servicios de salud y centros formativos públicos.
- Aprovechar el valor añadido del Sistema Nacional de Salud Español y Sistema MIR de Formación de Médicos Especialistas. Se contará con profesionales del SNS español, o que lo hayan sido, debiéndose crear las condiciones que faciliten la concesión de los permisos correspondientes en los centros de trabajo.
- Crear un marco de profesionalización para la participación de los expertos y el desarrollo científico del programa.
- Formalizar la participación de las instituciones colaboradoras, mediante el establecimiento de acuerdos de colaboración entre AECID e instituciones colaboradoras, así como entre instituciones afines.
- Intervenciones dirigidas a la creación de estructura para el fortalecimiento y empoderamiento de las instituciones locales.

Principios Técnicos y Operativos:

- Conocimiento del SNS del país socio de AECID en materia de asistencia y formación médica especializada que se vaya retroalimentado con el trascurso del PFME y que evolucione hacia la creación de un observatorio de sistemas de salud de los países socios de AECID.
- Extender el acceso de los servicios médicos especializados a los lugares más necesitados del país, incluyendo la apertura de centros de formación. Para ello se apostará por la descentralización y selección de aquellos lugares estratégicamente prioritarios por las autoridades locales.
- Favorecer el inicio de residencias medicas de especialidades prioritarias con el objeto de aumentar el número de especialistas con la calidad adecuada hasta alcanzar una masa crítica de especialistas prioritarios.
- Concentrar las intervenciones en hospitales seleccionados y especialidades que sean complementarias entre si ofreciendo un abordaje integral, para conseguir mayor impacto.
- Trabajar en actividades que produzcan productos concretos que tengan un hilo conductor para la consecución de los resultados planteados, para que sea un programa integrado y no atomizado. Aprovechar la experiencia de otros países y los materiales docentes generados.
- Priorizar como metodología formativa la “formación en servicio”: formaciones en terreno donde los formadores se integran en la actividad docente y asistencial de los propios servicios, aprovechando la resolución de los problemas de salud de los pacientes como herramienta de formación. Se podrá complementar con otras metodologías como cursos on line o presencial, habilidades en laboratorios de simulación, ...
- Organización eficaz y eficiente de las visitas formativas:
 - _ **Mantener estancias de profesionales** por un periodo mínimo que permita integrarse y conocer la realidad en donde se desarrolla la actividad asistencial de los profesionales que reciben la formación, además de hacer la formación específica/curso. Para ello, y especialmente en el caso de realizarse formaciones en servicio, se recomienda estancias mínimas de 2-4 semanas.
 - _ **Contacto previo vía telemática entre los profesionales** que se desplazarán y los responsables receptores del apoyo formativo, con objeto de establecer un programa conjunto que se ajuste a sus necesidades.
 - _ **Establecer una red de profesionales** con intercambio de conocimientos, manteniendo el contacto una vez terminadas las visitas y realizando nuevas con una periodicidad regular.

Prolongar la duración de las estancias a las recomendaciones previamente mencionadas, y no duplicar profesionales para la misma tarea formativa salvo que sea estrictamente necesario.

- Implicar a los profesionales locales como formadores en las formaciones que se organicen.
- Realizar formaciones que sean sostenibles, pensando en las posibilidades y recursos existentes en el hospital, o que pudieran conseguirse a corto plazo.
- Medir el impacto de las intervenciones del programa. Uso de metodología “investigación acción”.
- Funcionalización de Redes del Conocimiento. Las propias de AECID: UCEs y Sede, trabajando en conjunto sede y terreno, y otras externas de contenido científico entre profesionales.

3.3. Objetivos, y propuesta de cartera de actividades. Modalidades científicas de intervención

En la formación adecuada y exitosa de un médico especialista en una determinada área, entran en juego diversos factores que se deben de tener en cuenta. Uno de los más importantes, es el adecuado funcionamiento del servicio clínico en cuestión, tanto asistencial como docente, junto a la adecuada capacitación de los médicos especialistas que serán los formadores del médico residente en su proceso de formación. En este sentido, resulta de interés, que la primera actividad que se debe realizar, sea un adecuado diagnóstico de la situación sobre el estado de la asistencia y formación médica especializada, y definir una estrategia pertinente y adecuada de intervención.

La formulación del programa en cada país se realizará acorde al modelo de formulación de proyectos que dispone AECID.

OBJETIVOS

Objetivo Principal: Contribuir a aumentar el acceso de la población más vulnerable a los servicios médicos esenciales especializados para hacer efectiva la CSU.

Como **objetivos específicos** se detallan:

- **OE1.** Aumentar el número de médicos especialistas formados que puedan incorporarse al sistema público de salud.
- **OE2.** Contribuir a mejorar y aumentar la capacidad de FME en los países socios.
- **OE3.** Contribuir a mejorar la calidad asistencial en los hospitales públicos de los SNS.

RESULTADOS

1) **Mejorada la cantidad y calidad de médicos especialistas formados.**

Dirigido a médicos ya especialistas (que serán los formadores directos) y médicos residentes en formación. Se pone el foco en “formación de formadores”, ya que son ellos los que deben asumir el rol de la formación de sus médicos residentes, aunque también se apoya la formación directa de los residentes y a su vez se apoya el proceso de tutorización durante las estancias de los expertos del programa, especialmente mientras no exista una ratio optimizado formador/residente. Se apoyará el desarrollo de los programas de formación de las diferentes especialidades, tanto en competencias específicas como transversales.

2) **Mejora de la organización y gestión del sistema de formación de médicos especialistas.**

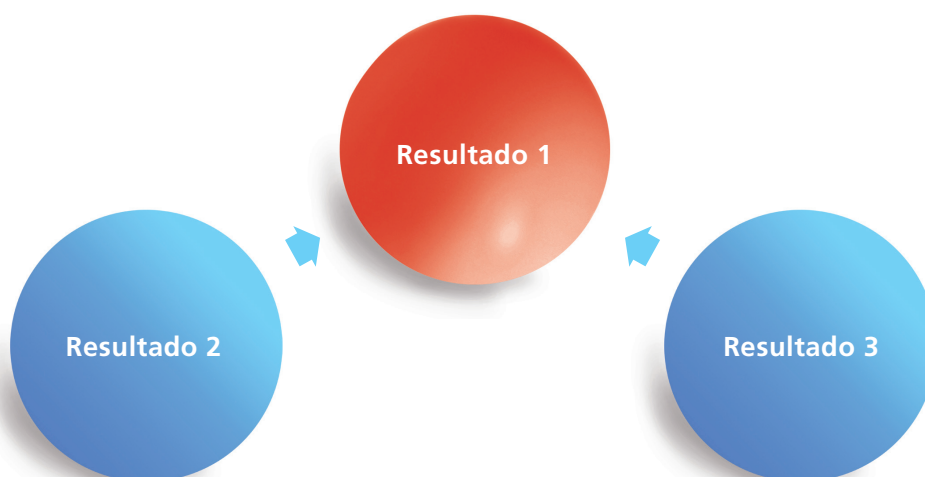
Optimización de las condiciones docentes del sistema, favoreciendo la existencia en las unidades docentes de una estructura de formación debidamente capacitada. Junto a los tutores, responsables de formación, y jefes clínicos de los servicios docentes, se trabajará en el diseño de los programas de formación, y en el refuerzo de las condiciones, a nivel de las unidades docentes, para la gestión y desarrollo de programas de formación médica especializada.

3) **Mejora de las condiciones asistenciales en los servicios con repercusión en la calidad de la formación.**

Servicios de hospitales, donde se forman los médicos residentes, funcionando con la calidad adecuada. Se fomentará el correcto desempeño de la actividad clínica asistencial, dirigido a mejorar la calidad y a garantizar una práctica clínica segura para el paciente, incorporando nuevas técnicas y protocolos clínicos de actuación, equipamiento y recursos materiales necesarios, optimización de la organización de los servicios, y creación de un sistema de información sanitaria básica que nos permita recoger datos e información sensible relevante.

La organización y gestión de un servicio y la calidad asistencial ofrecida (Resultado 3), junto con un adecuado sistema de formación y cultura docente (Resultado 2), constituyen los pilares fundamentales para conseguir una buena calidad en la formación de los médicos especialistas (Resultado 1)

que es el objetivo principal del programa. El refuerzo de los tres resultados se debe de realizar en conjunto, y ha de avanzar simultáneamente, para conseguir el objetivo deseado con éxito.



PRODUCTOS

Para conseguir los resultados esperados, el programa ha de lograr una serie de productos a través de unas actividades definidas en el documento de formulación del proyecto.

Resultado 1: Mejorada la cantidad y calidad de médicos especialistas formados.

A continuación, se detalla la relación de productos que se necesitan para conseguir el resultado esperado, y el tipo de actividades a realizar, según consta en el anexo de cartera de actividades, para llegar a los productos.

- **(P1.1)** Médicos Residentes formados en las especialidades seleccionadas como prioritarias para el país y acorde a necesidades formativas definidas en su currículum de formación (competencias específicas y transversales).
_ Actividades (A1.1, A1.2)
- **(P1.2)** Nuevos Centros y/o Programas de formación abiertos funcionando adecuadamente en base a los objetivos marcados en cada país para el programa.
_ (A1.1, A1.2, A2.1, A2.3, A3.2, A3.3)
- **(P1.3)** Formadores de los servicios docentes adecuadamente capacitados en su especialidad acorde a su programa de formación continuada.
_ (A1.1, A1.2)

- **(P1.4)** Profesionales y servicios con redes de conocimiento establecidos.
_(A1.1, A1.2, A3.2)
- **(P1.5)** Cultura de investigación implantada.
_(A1.2)

Resultado 2: Mejora de la organización y gestión del sistema de formación de médicos especialistas.

- **(P2.1)** Currículums de formación elaborados, armonizados y adaptados en cada especialidad para el país, aprobados y en funcionamiento. Requisitos mínimos de acreditación de unidades docentes definidas, aprobados y establecidos. Para las especialidades priorizadas en el programa.
_(A2.1)
- **(P2.2)** Estrategia Nacional de FME elaborada, aprobada y en funcionamiento.
_(A2.2)
- **(P2.3)** Sistema de gestión de formación de residencias médicas funcionando adecuadamente en los centros de formación y a nivel central.
_(A2.3)
- **(P2.4)** Tutores y gestores de la docencia debidamente capacitados.
_(A1.2)

Resultado 3: Mejora de las condiciones asistenciales en los servicios con repercusión en la calidad de la formación.

- **(P3.1)** Hoja de ruta de desarrollo de la especialidad definido por niveles asistenciales a nivel nacional.
_(A3.2)
- **(P3.2)** Asesoría en recursos materiales y equipamiento esencial necesario en especialidades y capacitación para su utilización. Acorde a las especialidades seleccionadas por el programa.
_(A 3.1, A3)
- **(P3.3)** Procesos asistenciales de un servicio clínico definidos, estableciendo mecanismos para su progresivo desarrollo y mejora (protocolos de funcionamiento y vías clínicas, sistemas de interacción entre servicios y unidades asistenciales, estrategias de seguridad del paciente...).
_(A1.2, A3.3)
- **(P3.4)** Definido un paquete básico de información sanitaria con desglose hasta nivel de servicio que permita evidenciar los resultados asistenciales y las mejoras alcanzadas.
_(A1.2, A3.3)



Taller para el diseño del currículum de formación de cirugía general en Bolivia. Apoyo científico de la Asociación Española de Cirujanos de España.

ACTIVIDADES

Existe una amplia cartera de actividades que se pueden realizar para conseguir los productos deseados, y que se debe ajustar a cada contexto y país. No obstante, se pueden seleccionar un paquete esencial que podría ser común a los diferentes países. Por un lado, existen formaciones específicas de cada especialidad para las que se prioriza la metodología de formación en servicio, con estancias integradas en las propias unidades asistenciales, y por otro lado, formaciones transversales que son competencias que deben tener todo médico clínico especialista, y de las cuales se pueden beneficiar profesionales de otras especialidades aunque no hayan sido seleccionadas y hospitalizadas.



Curso de cirugía laparoscópica de la AEC en el Hospital Central de Maputo. (Mozambique).

Principales actividades recomendadas según cronograma.

En anexos se detalla una cartera completa de actividades de actividades que se proponen para el programa. No obstante, se detalla a continuación los bloques de actividades más importantes según resultados previamente reflejados:

Resultado 1

A1.1: Formación específicas en las especialidades identificadas.

A1.2: Formaciones transversales.

Resultado 2

A2.1: Diseño de currículums de formación y definición de requisitos mínimos de acreditación de servicios docentes.

A2.2: Elaboración de la Estrategia Nacional FME.

A2.3: Fortalecimiento de las capacidades organizativas y de gestión del sistema de residencias médicas.

Resultado 3

A3.1: Asesoría en material y equipamiento crítico.

A3.2: Elaboración de hoja de ruta para el desarrollo de especialidades médicas.

A3.3: Elaboración e implementación, por un lado, de herramientas de gestión de calidad asistencial y de seguridad del paciente, y por otro lado, de un paquete básico de información sanitaria a nivel de un servicio.

A nivel de Centros de Formación/Hospitales.

1. Formaciones en las especialidades prioritarias.

Identificadas para las autoridades sanitarias del país, e iniciar un plan de formación en competencias específicas necesarias según el programa de formación establecido:

- a) Comenzar con formaciones en servicio presenciales en terreno complementado con otras metodologías docentes. Las estancias formativas en España deberían de realizarse en un segundo tiempo.
- b) Realizar un diagnóstico específico por especialidad y centro incluyendo recomendaciones de mejora de la calidad asistencial y docente del servicio. Así como un plan de formación continuada para clínicos especialistas que mejore sus competencias profesionales y por tanto sus capacidades como formadores.

2. Formaciones transversales.

Se plantea un paquete de formaciones transversales esenciales para todo médico clínico especialista en formación y que en su mayoría ya han sido impartidas en los diferentes países, no obstante, queda abierto a nuevas formaciones que se consideren pertinentes llegado el momento. Se trata de micro-formación ad hoc, dirigidas a las necesidades específicas de cada contexto, y se pueden impartir utilizando diferentes metodologías pedagógicas, desde formaciones on line a presenciales, utilizando simulación clínica y otras metodologías formativas.

a) Formación de tutores en metodología docente y evaluación de médicos residentes:

- I. Curso/taller de tutores presencial diseñado ad hoc y acompañamiento en servicio con tutores. Estancias de 1-2 semanas.
- II. Se puede completar con formación telemática.
- III. Estancia en España de formadores y responsables locales para conocer el sistema de formación de médicos residentes. Ideal estancias 1-2 semanas.

b) Diseño de Programas de Formación:

- I. Curso/Taller presencial dirigido a responsables de formación. Selección de espe-

cialidades priorizadas y se elaborarán los programas de formación Estancias de 1-2 semanas con carácter repetido, seguimiento on line durante los periodos entre estancias.

II. Se realizarán equipos de trabajo por especialidades en los respectivos países y será dinamizados por los expertos/formadores.

c) Investigación acción:

- I. Se trata de una metodología que permite medir el impacto de las intervenciones del programa, lo que permitiría difundir el conocimiento generado por el programa.
- II. Se realizará una formación sobre investigación acción a personal de AECID y expertos implicados.

d) Formaciones en Investigación clínica

- I. Curso/taller presencial en terreno diseñado ad hoc y acompañamiento en la realización y publicación de estudios de investigación. Estancias de 1-2 semanas.
- II. Se puede completar con formación telemática.

e) Formación y elaboración de herramientas de gestión clínica para mejorar la calidad de los servicios prioritarios. Así como, del sistema de recogida y tratamiento de datos según un sistema de información sanitaria único e integrado nacional.

- I. Se realizarán formaciones ad hoc y acompañamiento para la elaboración de herramientas de gestión que incluya planes organizativos, necesidades de equipamiento, protocolos clínicos, Ideal estancias de 2 semanas. Es importante la presencia y acompañamiento en el hospital y en los servicios.
- II. Se puede completar con formación telemática.

f) Formaciones específicas en urgencias médicas y quirúrgicas.

- I. Existen formaciones ya diseñadas que imparten diferentes actores del programa como el curso ATLS para el manejo de pacientes politraumatizados, y otro de urgencias quirúrgicas no trauma impartido por la AEC.
- II. Curso en urgencias médicas on line con apoyo presencial en terreno de algunos bloques temáticos organizado por la SEMES.

g) Formaciones en uso racional de herramientas diagnósticas y terapéuticas.

- I. Dirigido a médicos residentes de varias especialidades. Se trata de adquirir las competencias necesarias que todo clínico debe tener para la interpretación y uso de medios diagnósticos, como puede ser de imagen, radiología, así como uso racional de ciertos medicamentos, como por ejemplo antibióticos.



Curso ATLS en el Hospital Universitario de Niamey (Níger).

A nivel de Ministerio de salud o su equivalente.

3. Diseño y armonización de currículums de formación de especialidades prioritarias y definición de requisitos mínimos de acreditación de centros docentes.

- a) Importancia de la existencia de un currículum único nacional, aunque luego se adapte a cada hospital existiendo uno propio.
- b) Deberá de existir un equipo local de trabajo, asesorado/dinamizado por un experto del PFME. Ideal estancias repetitivas en terreno de 1-2 semanas, complementándose con seguimiento a distancia y visitas de responsables docentes a España, para conocer el sistema español de residencias médicas.

4. Herramientas de planificación y gestión de formación y asistencia médica especializada

- a) Elaboración de una estrategia nacional de formación acelerada de médicos especialistas.
- b) Plan de desarrollo de especialidades médicas que incluye cartera de servicios, recursos humanos, materiales y equipamiento. (Road Map).
- c) Asesoría sobre recursos materiales y equipamiento esencial para el desarrollo de las especialidades y hospitales.
 - I. Que permita al Ministerio de forma racionalizada realizar la compra o adquisición de los mismos. Este aspecto, es un factor limitante que está siendo patente para el desarrollo de la cartera de servicios de las especialidades a nivel de los hospitales.
 - II. No es objetivo del programa de FME la compra de equipos, aunque se pueda ofrecer a pequeña escala, algunos determinados. De igual manera, establecer un plan de donaciones de material y equipamiento renovados en hospitales españoles.
- d) Sistema informatizado de gestión para conocer por especialidades número y localización de especialistas y médicos residentes en formación distribuidos por año de formación.

Metodología empleada:

Formación en servicio en terreno.

Esta es la herramienta metodológica más importante y la que debería de regir las intervenciones realizadas, pudiéndose completar con otro tipo de herramientas que se citan a continuación. Se trata de un aprendizaje basado en el proceso asistencial con los pacientes, mediante resolución de casos en condiciones reales, participando de la actividad diaria del servicio, pase de planta, consultas, actividad quirúrgica, sesiones clínicas... Permite conocer de primera mano las condiciones en que se desarrolla la asistencia sanitaria y por tanto las condiciones docentes. Es como se forma un médico residente en España. También es una metodología idónea para hacer la formación continuada de los clínicos ya especialistas en competencias concretas.

Para ello se necesita de una duración de las estancias que permitan al profesional integrarse y conocer la realidad de cada lugar. Aunque cuanto mayor sea la duración siempre es mejor, teniendo en cuenta que los profesionales españoles que van a participar también se encuentran trabajando en sus centros respectivos en España, y que se aconseja la repetición de las estancias para dar continuidad al proceso formativo iniciado, una duración entre 2-4 semanas de forma repetida resulta adecuado.



Formaciones en ecocardiografía.
Hospital Universitario de Jimma (Etiopía).
Fotografía: Juan Carlos Rumbero.



Formación en cirugía cardiotorácica.
Hospital Universitario AIDER (Etiopía)
Fotografía: Juan Carlos Rumbero.

Otras herramientas complementarias.

Micro formaciones en competencias específicas ad hoc, que complementen la formación en servicio antes citada, por lo que se deberían compaginar horarios si se hacen en la misma visita. También este tipo de herramientas adquieren un significado interés para la realización del paquete de formaciones transversales. Se disponen de diferentes herramientas metodológicas docentes:

- Laboratorio de habilidades y centros de simulación. Se desarrollará un programa de habilidades clínicas.
- Cursos teórico-prácticos específicos presenciales.
- Formaciones on line utilizando las plataformas docentes existentes en cada país y discusión de pacientes y casos clínicos reales, con carácter periódico o a demanda.



Curso de soporte vital avanzado en el centro de simulación.
Universidad de de Nuakchot (Mauritania).

Elaboración de material docente:

Preparaciones audiovisuales. Monografías y publicaciones científicas, etc. apropiadas y contextualizadas...

Fortalecimiento de la relación entre sociedades científicas locales:

Apoyo a la participación en reuniones científicas en España y en los Países Socios. Utilización de los recursos docentes de las sociedades científicas españolas en plataformas telemáticas...

Estancias formativas en España

Aunque la finalidad del programa es potenciar la formación en los países socios, existen algunas competencias donde la realización de una estancia formativa en España resulta muy efectiva, incluyendo además de competencias puramente clínicas, otras como hábitos de trabajo, conocimiento sistemas de salud, ... Para ello es necesario la concesión de permisos en los hospitales receptores, por lo que la existencia de convenios previos facilitaría en gran medida dichos permisos. En este sentido también es importante la existencia de un acuerdo de AECID con el Ministerio de Sanidad de España, y Servicios Autonómicos de Salud, ya que se debe dar el visto bueno a la participación de profesionales extranjeros en los hospitales del SNS español, y en ocasiones es a este nivel donde se produce un cuello de botella, y especialmente en estos momentos de la pandemia COVID 19.



Estancia formativa de una médica internista del Hospital Central de Maputo en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Cruces.

Estas estancias gozarán, de cara al desarrollo curricular de los profesionales, de la respectiva certificación y evaluación por parte de los centros/hospitales donde se realice la estancia formativa según la normativa de cada centro.

Este tipo de estancias precisan de una tutorización, y sería aconsejable que fuese por parte de algún profesional sanitario que estuviese implicado en el programa previamente.

Existen dos tipos de estancias:

- De corta duración (1-2 semanas). Dirigido a responsables y gestores docentes y asistenciales. No se necesitan permisos especiales, pero si la aceptación por parte de la gerencia del hospital. El objetivo es conocer el sistema de organización de la docencia y funcionamiento de hospital.
- De media duración (3-6 meses). Dirigido a médicos residentes y fellows ya especialistas. El objetivo es capacitarse en competencias específicas aprovechando las potencialidades del sistema sanitario y de formación de España. Para este tipo de estancias, se necesitan permisos que tienen que ser concedidos por el Ministerio de Salud, siendo un largo y complejo Directamente a nivel de CCAA/hospitales, si existe un convenio de colaboración firmado, se facilita dicha concesión, aunque para médicos residentes es condición la aprobación del Ministerio de Sanidad.

Priorización de especialidades.

Cada país es diferente e inclusive cada hospital, por lo que la selección de especialidades será a demanda y a criterio de las autoridades locales. En una lógica inicial, deberían estar cubiertas las especialidades clínicas básicas que son las necesarias de un primer nivel de asistencia hospitalaria: Medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia, traumatología, cirugía general y anestesiología-reanimación; así como diagnósticas como radiología. En un segundo tiempo avanzar hacia las subespecialidades médicas y quirúrgicas. En la medida en que se desarrollen estas subespecialidades se fortalecerá la formación y capacitación de las especialidades básicas antes citadas, como medicina interna y cirugía general, que requieren de una formación competencial más polivalente incluyendo aspectos básicos de las distintas subespecialidades, y esto ocurre especialmente en los contextos en los que se desarrolla el programa.

El abordaje integral de los equipos que se desplacen debe ser otra de los principios a tener en cuenta, por ejemplo, aprovechar la presencia de un especialista quirúrgico en neurocirugía, para hacer formación en anestesia y cuidados críticos en neuroanestesia y neurocríticos. O si es un especialista en traumatología, para formar anestesiólogos en técnicas de anestesia locoregional de miembros. O si se hace un curso de formación de tutores, para apoyar dicho curso con especialistas que sean tutores de las especialidades que en ese momento participen en la visita, y complementar el curso con sus experiencias...



Tutorización a los médicos residentes de medicina intensiva. Preparación de sesiones clínicas. Hospital Universitario de Jimma (Etiopía).



Visita de la delegación de Níger a la sede de la AECID en Madrid. Objetivo conocer el sistema de formación de residencia médica de España visitando varios hospitales del SNS.

PREMISAS

Para conseguir los resultados esperados deben cumplirse una serie de premisas externas al propio programa. En este apartado, juega un papel muy importante el diálogo de políticas a nivel de los países socios, que debería recaer principalmente en las OTCs, y a nivel de España en los departamentos geográficos y de cooperación sectorial. Para ello las OTCs deben de estar lo suficientemente reforzadas a nivel de recursos humanos para poder asumir estos roles.

Resultado 1.

- Disponibilidad de profesionales españoles ligados al SNS para participar como formadores o expertos. Para ello es necesario la concesión de permisos en sus centros de trabajo para su participación. En la misma medida, la posibilidad de recibir profesionales de los países socios en los hospitales españoles, concediéndose las autorizaciones correspondientes por parte de los hospitales y el ministerio de salud de España.
- Se dan las condiciones legales para el reconocimiento de los médicos especialistas españoles, y la capacidad de realizar actividades asistenciales con fines formativos en cada país, dentro del marco del proyecto. Para ello se firmará un MOU, donde quede recogida esta premisa, y se enviarán los títulos de especialistas y un breve CV a las autoridades del ministerio de salud o donde corresponda.
- Condiciones de seguridad en el país para recibir médicos españoles, así como ante situaciones de emergencias sanitarias, tipo covid, que permita el desplazamiento de los mismos.
- Condiciones adecuadas en las telecomunicaciones, internet, ... para poder llevar a cabo formaciones on line para el uso de las TICs.
- Las autoridades locales disponibilizan a sus profesionales para recibir las formaciones establecidas y facilitan los aspectos logísticos y organizativos necesarios en los hospitales donde se realizan las formaciones.
- En el acceso de los profesionales a la formación del programa, así como a la formación como médico especialista no hay discriminación por razones culturales, étnicas, ni de género.



Resultado 2.

- Existe acuerdo de las autoridades locales para uniformizar currículums de formación.
- Las autoridades respetan los requerimientos mínimos de centros docentes y se comprometen a su dotación.
- Las autoridades locales se interesan por la apropiación y apoyan el programa.
- Existe legalmente un sistema/estructura creado de formación médica especializada donde enmarcar nuestras acciones.
- Las autoridades locales tienen en cuenta las conclusiones elaboradas de los productos generados y facilitan su implementación, por ejemplo, oferta de plazas de especialidades de residencia médica.

Resultado 3.

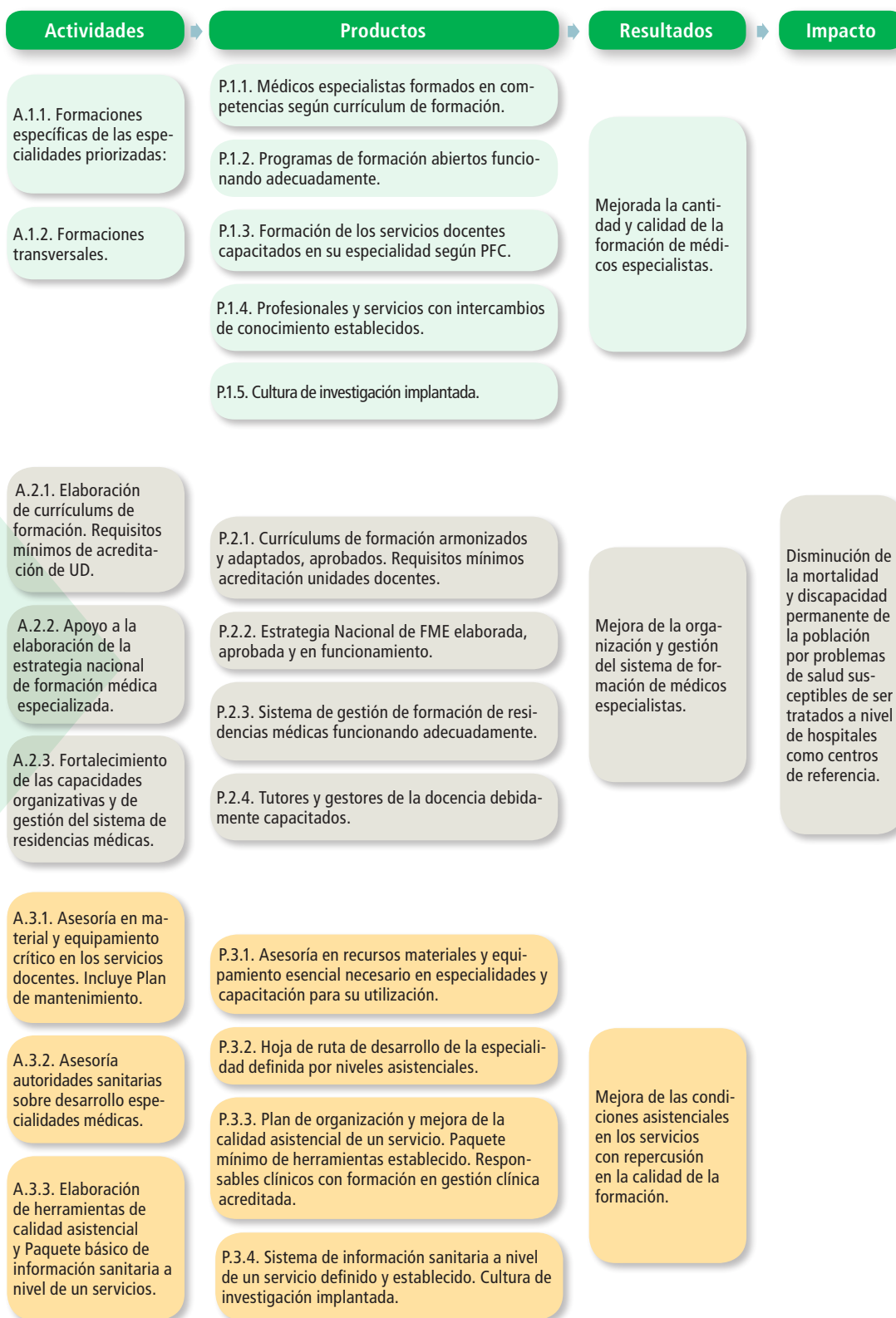
- Dotación de medicamentos esenciales para cada especialidad y material consumible según informe generado por el programa. Por parte de las autoridades locales, disponibilidad económica y acceso a un mercado que garantice la adquisición de equipamientos esenciales.
- Condiciones aduaneras que faciliten sin gravamen y permitan la entrada de donaciones, así como de material comprado.
- Capacidad para garantizar el mantenimiento de equipamiento adquirido.
- Estabilidad política y seguridad, que garantice el desarrollo del sistema sanitario.
- Estabilidad en el tiempo de los responsables clínicos y gestores hospitalares.
- Apropiación e implementación por las autoridades y profesionales locales de las enseñanzas aprendidas en las formaciones transversales y puesta en funcionamiento de los protocolos y herramientas de gestión elaboradas.

3.4. Cadena de resultados

PROBLEMAS

La cobertura sanitaria de los sistemas públicos en asistencia médica especializada a la población es muy deficiente: a) escasos recursos financieros; b) escasez de profesionales cualificados para garantizar una asistencia especializada de calidad; c) Sistema de formación de médicos especialistas en el país muy frágil; d) calidad asistencial mejorable.

Gestión de actividades
Gestión científica
Gestión estratégica
Gestión global del Programa



3.5. Alcance temporal/Calendario de Ejecución

El presente programa debe tener una duración mínima de 12-15 años, que es el periodo de tiempo que se necesita para formar al menos tres promociones de médicos residentes, para asentar un programa de formación de médicos especialistas de calidad con la estructura y sistema de gestión adecuada.

(En anexo 1 se incluye una planificación por fases de las actividades para facilitar la lógica de su secuenciación).

Por otro lado, el marco de actuación del programa incluye todos los países socios de la cooperación española, de forma diferenciada dependiendo de las necesidades y prioridades del país. Se puede extender a otros países que lo necesiten en el marco de participación con la OMS.

Hoja de ruta del programa próximos tres años

| | |
|------|---|
| 2021 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y validación del Programa. • Constitución estructura de gobernanza y de seguimiento del programa. Elaboración y utilización de herramientas técnicas. Pilotaje en países. • Introducir las directrices del programa en la Subvención nominativa concedida a FCSAI para este año 2021 FCSAI y los que son de gestión propia bilateralmente. • Firma de acuerdos de colaboración con sociedades científicas, CCAA/Hospitales, etc. y otras entidades colaboradoras. |
| 2022 | <ul style="list-style-type: none"> • Lanzamiento del programa y presentación oficial en AECID, en los medios de comunicación, así como organismos nacionales y globales. • Contratación de recursos humanos necesarios para la gestión del programa. • Firma de acuerdos de colaboración con sociedades científicas, CCAA/Hospitales, etc. y otras entidades colaboradoras. • Asentar el programa en los países donde ya se ha iniciado, especialmente los de reciente incorporación. • Identificación de oportunidades de financiación en el ámbito de la cooperación en los países donde se está ejecutando el programa para dotación de equipamiento necesario, así como posibilidades de donaciones. Uso de pasarelas becas AECID de formación. • Explorar oportunidades de abordaje global del programa. Por ejemplo, a través de la OMS para llevar el programa en los países que lo necesiten 2creando sinergias con otros programas de la OMS, como puede ser el programa de cirugía esencial y emergencias. • Realizar análisis interno a modo de balance por cada país del programa por parte del equipo del comité de dirección, con perspectivas de continuidad y preparar nuevas fases para 2023. Valorar instrumento de financiación y de ejecución. |
| 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Realización de la primera evaluación intermedia externa conjunta del programa (realizar con cadencia de 3-4 años). • Identificación del PFME en nuevos países socios de AECID, si surge la demanda. • Continuar con actividades ya iniciadas en el año 2022 |

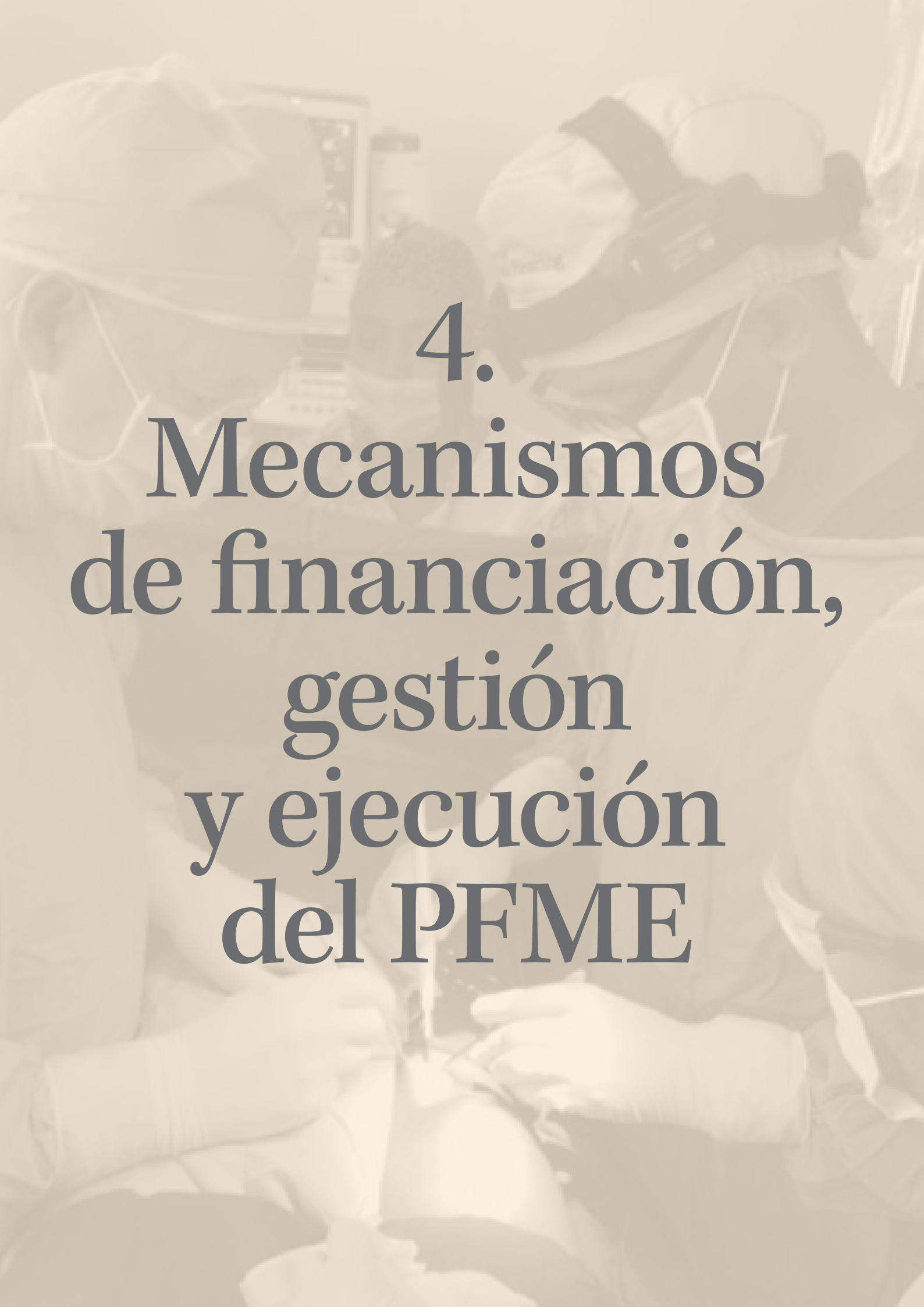
3.6. Transversalización de los aspectos de género y culturales

La transversalización sectorial en AECID es una seña de identidad de sus intervenciones de desarrollo para garantizar, entre otras, que no se produzcan discriminaciones y se asegure la promoción de la igualdad de derechos. El presente PFME debe velar por el acceso de los profesionales a la formación del programa, así como que a la formación como médico especialista sin que haya discriminación por razones culturales, étnicas, ni de género.

Se trata de un programa muy técnico y específico, y no resulta evidente, en primera instancia, como abordar el enfoque de género o cultural. Los profesionales que van a beneficiarse directamente de la formación son seleccionados por las autoridades locales, y no existen datos, a fecha de hoy, que puedan ayudar al programa a hacer un análisis en este sentido. Por esta razón, y siendo conscientes de la importancia de garantizar el cumplimiento de este enfoque, se propone intervenir mediante dos tipos de abordaje:

- Realizar, en el marco del programa, de un estudio mediante recogida de datos sobre la participación y la toma de decisiones de las mujeres en las intervenciones del programa y en general en el acceso a una formación médica especializada.
- Realizar diálogo de políticas desde las OTC con las autoridades locales basado en los datos existentes aprovechando estrategias implantadas en el país de enfoque de género o cultural.
- Incluir la participación de profesionales mujeres españolas como formadoras y sensibilizar, de esta manera, a la comunidad científica local de la importancia de la mujer en el avance científico⁵.

5. La participación hasta la fecha de mujeres como expertas o médicas especialistas en los PFME en los diferentes países oscila entre 40-60%.



4.
Mecanismos
de financiación,
gestión
y ejecución
del PFME

4.1. Descripción de los actores, incluyendo colectivo meta

4.1.1. ACTORES INTERNOS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

AECID.

La AECID posee la autoría y es la última responsable del programa. El presente programa es considerado como seña de identidad de la AECID. Por ello, precisa de una estructura de gobernanza y seguimiento que permita liderar eficientemente el presente programa.

Dentro de AECID existen diferentes direcciones y departamentos implicados.

Direcciones Geográficas/ Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC).

Las OTC son las responsables finales del programa en terreno y las que se encargan de velar porque se ejecuten las diferentes actividades en el país. Son el nexo con el socio local, participando en el dialogo de políticas, e identificando conjuntamente las necesidades en terreno, y haciendo el acompañamiento del programa el día a día. Actúan como agentes especializados de desarrollo, conocedores de la situación y partícipes directos en el desarrollo del país. Las OTCs hacen que la experticia española, canalizada a través de sus profesionales y entidades colaboradoras, se encuadren como elemento de desarrollo adaptado a cada contexto.

A su vez, participan en el dialogo de políticas de salud en el marco de la agenda global de la comunidad de donantes en cada país, por lo que es importante la presentación del programa al grupo de donantes para que sean concededores y se puedan armonizar y gestionar sinergias.

El rol de la OTC en los diferentes países es diferente, en gran parte condicionado por sus recursos. Se necesita que exista al menos un responsable de programas o de proyectos para salud que se encargue, entre otras funciones, del PFME en ese país. En líneas generales, las OTCs se encuentran con bastantes limitaciones de personal en la actualidad.

La gestión de económica y organizativa lo puede asumir directamente la OTC, o bien externalizarlo a una entidad gestora externa como es en la actualidad FCSAI en algunos países.

Las direcciones geográficas son las que asignan los fondos a los diferentes países, y por tanto, son las últimas responsables y a quien se rinde cuentas sobre la ejecución de actividades.

Departamento de Cooperación Sectorial.

Realiza funciones estratégicas y directivas del programa, así como coparticipar en la gestión del contenido científico, que debe mantener para garantizar el enfoque sectorial del programa.

El área de salud del DCS participa técnicamente de manera muy significativa en la identificación inicial del programa en cada país, y asesora en la formulación de proyectos cuando es requerido. A su vez, tiene un papel relevante en el seguimiento y ejecución de los programas, que incluye el apoyo a la identificación de los expertos españoles. También, tiene un papel relevante en la propuesta de firma de convenios con sociedades científicas, y en la identificación y facilitación de profesionales médicos. El papel del área de salud de la DCS es esencial en el seguimiento y monitorización de los programas, asesorando y garantizando la estrategia sectorial global y común de la temática entre los diferentes países.

Hasta la fecha no dispone de presupuesto propio, ni de recursos humanos suficientes para el correcto desempeño de las funciones que le corresponden.

4.1.2. ACTORES EXTERNOS

ENTIDAD GESTORA/FCSAI

En los países donde la gestión e implementación del programa se realiza por una entidad gestora externa, este papel es asumido por la Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social (FCSAI), que actúa como entidad facilitadora para la gestión de los fondos asignados y de la realización de las actividades que previamente han sido definidas por AECID en el documento de formulación del programa. Recibe fondos de AECID por varias vías, principalmente encomienda de gestión y subvención nominativa. Contribuye a la identificación de los profesionales aportando el conocimiento del SNS español.

Durante este proceso, realiza rendición de cuentas a AECID de los resultados y de la marcha de los proyectos en los países, mediante un sistema de informes periódicos y reuniones en sede. Pone a disposición un técnico de proyectos que se encarga, entre otras funciones dentro de la Fundación, de los proyectos en los diferentes países en que opera el programa.

Tiene un papel muy importante en la gestión administrativa y económica del proyecto, lleva a cabo las contrataciones necesarias que el programa necesita si previamente han sido reflejadas en el documento de formulación, así como las compras necesarias para la realización de las actividades.

Al ser una entidad facilitadora externa para la ejecución del programa, no tiene funciones estratégicas sin la aprobación de AECID, ya que ésta es la institución líder y responsable del programa. El

modo de operar de esta institución debe estar perfectamente articulado en el sistema de gobernanza que más adelante se detalla en el apartado de gobernanza del programa.

PROFESIONALES SANITARIOS

Los diferentes profesionales médicos especialistas y las instituciones colaboradoras, son actores esenciales para la implementación de las actividades del programa. Estos prestan sus servicios en el sistema nacional de salud español, en concreto en los hospitales de los servicios autonómicos de salud de las CCAA. A su vez, pertenecen y participan en sus respectivas sociedades científicas y otros organismos profesionales. En función de las especialidades y competencias transversales que se necesiten, se seleccionan los perfiles más adecuados.

Estos profesionales participan de las siguientes maneras en calidad de expertos:

- Estancias en los países para desarrollar las actividades formativas según diferentes modalidades: formaciones en servicio, cursos monográficos, reuniones científicas,... Se aconsejan estancias de un mínimo de dos semanas, aunque esto varía en función del tipo de actividad a realizar. Para ello se necesita la concesión de un permiso por servicios especiales, que deberá firmar los responsables competentes de sus respectivos hospitales, a solicitud de AECID previo envío de una carta oficial en el marco del PFME.
- Formaciones a distancia desde España, mediante diferentes recursos telemáticos.
- Facilitadores y acompañamiento de profesionales de los países socios en hospitales españoles, participando de los objetivos de la estancia formativa.
- Asesores científicos cuando son requeridos.
- Coordinación científica por país o por especialidad, que apoya en la movilización y coordinación de los recursos médicos y en la parte científica de las actividades a realizar. Aunque esta figura se da en la práctica en algunos países, no se encuentra formalmente reconocida.

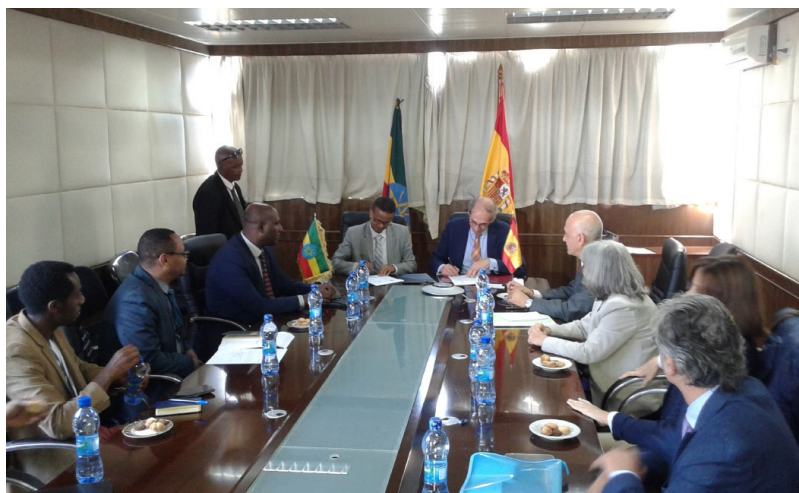
Hasta la fecha, los profesionales han sido reclutados principalmente por dos *vías*: mediante contactos personales de los coordinadores médicos y de especialidades que colaboran en los países, área de salud del DCS, FCSAI, y otras veces a través sociedades científicas. Bajo la presente consultoría se elaborará una base de profesionales por especialidades, y un modelo de selección de los mismos que sea dinámico y funcional, considerando perfiles técnicos profesionales.

ENTIDADES COLABORADORAS

Entidades colaboradoras son aquellas que participan apoyando desde un punto vista técnico y científico en algunos aspectos del programa. La correcta organización y funcionamiento de programa tendrá en cuenta las contribuciones de las diferentes entidades colaboradoras identificadas, que pudieran ser de interés, para la realización de las actividades.



Firma de acuerdo AECID-AEC en 2018 (Madrid).



Firma del MOU FMOH-AECID en 2018 (Addis Abeba).

En esta línea, puede ser relevante **la firma de convenios/acuerdos de colaboración**, que faciliten y especifique la implicación de las entidades colaboradoras, y pongan a disposición del programa sus recursos docentes. La modalidad puede ser mediante un acuerdo de colaboración entre instituciones, donde se deja constancia que se asocian para trabajar para una finalidad concreta especificando los compromisos y atribuciones de ambas partes. Dado que el programa es autoría de AECID, debería figurar en la firma de los convenios y acuerdos generados en el marco de este programa, o si se hace ente instituciones afines, que quede reflejado que se hace en el marco de un convenio más global del PFME firmado por AECID. Se propone un modelo común de acuerdo de colaboración según el tipo de institución, que figura en herramientas técnicas del programa.

Existen dos tipos de convenios o acuerdos firmados por AECID:

- A nivel de los países socios. A la hora de iniciar un programa en un país puede ser relevante un convenio entre AECID y la institución local pertinente (Ministerios salud, universidad...).
- A nivel de España. La firma de acuerdos entre AECID y entidades facilitadoras (Hospitales, consejerías de sanidad, sociedades científicas...), es conveniente para facilitar el cumplimiento de los objetivos del core del programa.

Hasta la fecha se han firmado los siguientes convenios:

| EN ESPAÑA | EN LOS PAÍSES SOCIOS |
|---|---|
| Asociación Española de Cirujanos (AEC)- AECID. | Ministerio Salud Etiópe- AECID. |
| Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)-AECID. | Ministerio de Salud de Mozambique - Ministerio Salud de España - |
| Sociedad española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)- AECID. | |
| Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) - AECID. | |

Instituciones del SNS español

Servicios Autonómicos de Salud de las CCAA/Hospitales⁵:

Los propios hospitales y servicios autonómicos de salud son instituciones clave. En este sentido, existe una clara oportunidad de aprovechar los recursos y conocimientos para ponerlo al servicio del programa. El SNS y de FME son un claro exponente de la ventaja comparativa de España. El sistema sanitario público, ejemplo de cobertura sanitaria universal de calidad, ofrece de manera equitativa a la población la totalidad del conocimiento científico y desarrollo tecnológico generado a nivel global; y a su vez, la calidad de su sistema de formación de médicos residentes como pilar estratégico del SNS.

Las principales ventajas de los acuerdos con hospitales y CCAA, apuntan en dos direcciones. Por un lado, facilitan la participación de sus profesionales sanitarios en el programa. Por otro lado, facilitan visitas institucionales y estancias formativas de los profesionales de los países socios en los diferentes hospitales.

Existe una disparidad significativa en cuanto a la regulación de permisos de profesionales para participar en programas de cooperación entre diferentes CCAA. Explorar el estado de situación actual sería importante para generar un acuerdo global con todas las CCAA que regulase la participación de sus profesionales como trabajadores del SNS en cooperación internacional. De esta manera, es importante homogeneizar las condiciones de participación de los profesionales sanitarios.

5. La asistencia sanitaria en España se encuentra transferida a las CCAA

Ministerio de Sanidad.

El Ministerio de Sanidad a nivel central y es la institución que marca las directrices generales de cobertura y la cartera de servicios a la población. Se operativiza a nivel de las CCAA de forma descentralizada, y éstas se mantienen cohesionadas mediante el Consejo Interterritorial del SNS. Este organismo podría jugar un papel estratégico en el programa a la hora de:

- Contribuir a uniformizar las condiciones de los profesionales y las CCAA para participar en programas de cooperación.
- Agilizar permisos de profesionales extranjeros en centros sanitarios del SNS español.
- Poner en valor el sistema de formación médica especializada, MIR.
- El sistema MIR español, es uniforme para todas las CCAA. El Ministerio es quien lo regula, pero se ejecuta desde las consejerías de sanidad de las CCAA.

Sociedades científicas/Profesionales sanitarios.

Las sociedades científicas son entes de sistematización del conocimiento científico, de la sociedad civil, generado en cada especialidad. Disponen de recursos formativos muy importantes a nivel de: congresos y reuniones científicas, cursos propios virtuales y presenciales, revistas de divulgación científica... El acceso por parte de los profesionales de los países socios a estas herramientas formativas resultaría de gran valor. A su vez, el acuerdo entre sociedades científicas de ambos países resulta de interés para el desarrollo e implantación de las mismas.

Por otro lado, un porcentaje muy considerable de médicos de las especialidades se encuentran asociados, por lo que es una fuente de movilización de expertos, atendiendo a los requisitos del programa para el cumplimiento de sus actividades, muy importante.

Otras instituciones nacionales.

En España hay otros actores que pueden participar en momentos concretos, como el Instituto de Salud Carlos III, o como otras sociedades científicas de calidad y gestión sanitaria orientadas a la formación y asesoría en gestión sanitaria. Colegios Médicos, que podrían facilitar: a) sus plataformas de formación; b) profesionales, incluyendo médicos jubilados (perfil de alto interés dada su experiencia y disponibilidad); c) facilitar de seguros de responsabilidad profesional para médicos que se desplazan a terreno (proyecto que se encuentra en marcha).

Por último, el sector privado, que podría contribuir a facilitar equipamiento médico-quirúrgico, consumibles, farmacéuticas, identificar acciones de innovación en cada una de las especialidades, así como investigar nuevas modalidades de tecnología asequibles para para países de renta baja.



ACTORES INTERNACIONALES

Los actores internacionales clave para participar en el Programa son principalmente:

- **La Organización Mundial de la Salud**, considera el avance hacia la cobertura sanitaria universal una de sus prioridades, y solicita a todos los países la colaboración para aumentar el acceso a nuevos servicios esenciales. Apoyo al Programa de Desarrollo de la Cirugía Esencial y Emergencias de la OMS, establecido en el marco de la Dirección de Cobertura Sanitaria Universal y Sistemas de Salud de la OMS, Departamento de Provisión de Servicios de Salud y Seguridad del Paciente, con el que AECID puede colaborar técnicamente y desarrollar sinergias entre programas.
- **Unión Europea**. Promoviendo el modelo de Sistema de Salud Español, basado en la cobertura sanitaria universal y la continuidad asistencial entre niveles de atención, y el liderazgo de España en programas de apoyo a la cobertura especializada de salud y formación especializada. Identificación de oportunidades de Cooperación Delegada en los países socios de la AECID. También, se encuentran los programas de formación médica especializada y su contribución a las TEIs (Team Europe Initiatives) que surgen a raíz de la pandemia SARS-CoV-2.
- **Organización Panamericana de Salud**. Explorar las oportunidades de extender e integrar este programa en las estrategias regionales de desarrollo en Centro y Sudamérica.

4.1.3. POBLACIÓN OBJETIVO

INSTITUCIONES RESPONSABLES Y PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS PAÍSES SOCIOS

En este nivel nos encontramos con los beneficiarios directos del programa, que son las instituciones, hospitales, ministerios de salud, universidades... y los propios profesionales médicos locales. Los beneficiarios indirectos son la propia población que, aunque figura en último lugar, es el actor que adquiere el principal protagonismo y objetivo de la creación del programa.

Este ciclo comienza en las instituciones de los países socios y los propios profesionales que reciben la formación. Con éstos últimos, comienza un circuito que hace que se difunda la formación de un hospital a otro, gracias a la movilidad de los profesionales una vez terminada su formación. Todo ello influye en una mejora de la calidad asistencial que, a su vez, repercute en la población meta de este programa.

Estos actores son de vital importancia. El programa debe estar alineado y responder a sus principales necesidades. La apropiación del programa por las instituciones locales ha de ser el objetivo

para sentar las claves de su sostenibilidad. Deben participar activamente en la identificación inicial y formulación del programa como parte del equipo, así como en el seguimiento, participando de la propia gestión mediante los instrumentos más adecuados para cada país.

A su vez, se fomentará el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales homólogos locales y españoles. La formación de formadores es el objetivo principal, por lo que la comunicación previa a cada visita entre especialistas, la convivencia profesional durante las estancias en terreno y la comunicación posterior, establece una línea directa entre profesionales duradera. Un claro ejemplo ha sido en los inicios de la pandemia COVID, donde fueron los propios profesionales los que contactaron entre sí, solicitando la ayuda.



Intercambio de experiencias entre los servicios de cirugía torácica del Hospital de Minelik (Etiopía) y el de Cruces (España).

POBLACIÓN Y PACIENTES

El programa debe poner el foco en las poblaciones más vulnerables con menor acceso a unos servicios especializados. Por esta razón, hay que garantizar que nuestra formación se destine hacia ellos, apoyando especialidades esenciales hasta crear una masa crítica de profesionales que cubran las necesidades nacionales. También es necesario apoyar centros de formación a nivel descentralizado para asegurar la calidad asistencial en las regiones más desfavorecidas, o si se hace a nivel de la capital, que luego existan instrumentos reguladores para que estos profesionales formados sean colocados en otros hospitales más necesitados. Un ejemplo lo tenemos en Etiopía, donde los profesionales formados en hospitales luego han de recolocarse en aquellas universidades del país que han financiado su formación, por un tiempo al menos igual al periodo que ha durado su formación, devolviendo de esta manera el dinero invertido en ellos.

4.2. Gobernanza del Programa

La gobernanza del programa está basada en la implicación de los diferentes actores del programa. El objetivo principal es el avance hacia la apropiación del mismo por parte del socio local, empoderándose en la toma de decisiones y progresivamente en la gestión del mismo. A su vez, al ser un programa de AECID, corresponde a ella el liderazgo del programa que replicará en cada uno de los países socios que considere oportuno.

Existe una estructura única de gobernanza del programa, Comité de Dirección Global del Programa (CDP), ubicada a nivel de Sede de AECID en España, y que se detalla a continuación:

COMITÉ DE DIRECCIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA, CDP (LOCALIZADO EN AECID SEDE).

Estructura del Comité:

- **Presidencia y Vicepresidencia:**

AECID Sede: Departamentos de Cooperación Sectorial y Geográficos. (jefes de departamento).

- **Vocalías:**

- _ Representantes de AECID en cada país: OTCs/Responsables de países en Sede. (Coordinadores OTC y/o Responsables de país en Sede).

- _ Dirección Científica: Area de Salud (DCS), Coordinador/a Científico del Programa y Equipo reducido de Asesores Médicos que representan a los expertos médicos participantes en el programa y entidades colaboradoras.

- _ Entidad gestora externa. (FCSAI en la actualidad).

- _ Se podrá incorporar una nueva Vocalía que represente a las Comunidades Autónomas participantes.

- **Secretaría Técnica:**

- _ Coordinación global del programa. Puesto de funcionario de AECID o AT contratada por AECID.

El CDP reúne semestralmente.

Funciones del comité:

La principal función es la dirección, monitorización y seguimiento del Programa en todos los países garantizando que se cumplen los objetivos del mismo. Existen cuatro grupos de funciones que han de ser gestionadas por los diferentes miembros del comité:

- **Gestión Estratégica:**

- _ Cooperación institucional en países socios y en España. Diálogo de políticas. Garantizar los recursos financieros adecuados para el programa. Apoyo a la orientación estratégica en los proyectos en cada país.
- _ Responsables y recursos: AECID sede (DCS y Geográficas) y OTCs. Ministerio Salud países socios o equivalente.

- **Gestión científica:**

- _ Control del contenido científico del programa y de las metodologías docentes empleadas. Armonización y extracción de lecciones científicas aprendidas de cada país. Orientación científica en la formulación de proyectos. Apoyo en la monitorización de productos y resultados junto con las OTCs. Apoyo a la validación final de expertos. Apoyo a AECID en temática de salud relacionado con el programa en los distintos ámbitos.
- _ Responsables y recursos: Área de salud DCS, coordinador/a científico, equipo de expertos médicos y entidades colaboradoras.

- **Gestión de actividades:**

- _ Búsqueda y movilización de expertos, en coordinación con la dirección científica del programa. Gestión económica, administrativa, logística (viajes, alojamiento...) y organizativa de las actividades realizadas. Rendición de cuentas. Implementación de actividades según matriz de planificación.
- _ Responsables y recursos: Entidad Gestora Externa, Coordinador/a contratado en terreno, OTCs (según países).

- **Secretaría Técnica:**

- _ Coordinación global del programa, seguimiento del desarrollo global del programa y compilación de información sobre productos y resultados. Apoyo a la gestión de la base de profesionales sanitarios de AECID. Gestión del intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países. Dinamización de redes de conocimiento. Elaboración de informes de seguimiento del programa y presentación en cada reunión del CDP. Organización de reuniones del comité y elaboración de actas de cada reunión. Dará soporte a cada uno de los tres bloques de funciones del comité.
- _ Responsables y recursos: Secretaría Técnica del Programa (puesto de funcionario asignado al programa para dichas funciones, o bien, Asistencia Técnica contratada por AECID).

Gobernanza del Programa de Formación Médica Especializada

COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL PROGRAMA

Presidencia y vicepresidencia:

- AECID Sede: Departamentos Geográficos y de Cooperación Sectorial.

Vocalías:

- Representantes de AECID en cada país: OTC/responsables de países en Sede.
- Dirección Científica: Área de Salud (DCS), coordinador/a científico. Equipo de expertos médicos.
 - Entidad Gestora Externa (FCSAI en la actualidad)

Secretaría técnica:

- Coordinación global del programa.

Gestión Estratégica:
AECID sede (CDS; Geográficas)
OTCs

Gestión Científica:
Dirección científica

Gestión Actividades:
Entidad Gestora, coordinación
terreno, OTCs

Secretaría Técnica:
Coordinación del programa

- Diálogo de políticas y Desarrollo Institucional en los países socios y en España.
- Desarrollo de convenios en terreno entre AECID y la autoridad local (Ministerio, Universidad) y en España con Hospitales, CCAA, sociedades científicas.
- Monitorización desarrollo del programa por países.
- Identificación y formulación de proyectos por las OTCs
- Transversalización del enfoque de género y diversidad cultural.
- Garantizar recursos financieros.

- Selección de profesionales y apoyo movilización de expertos.
- Coordinación científica por país y programa: análisis sobre la consecución de los productos y resultados.
- Coordinación y Desarrollo del Sistema de seguimiento y evaluación en los países y programa.
- Intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países armonizando y homogeneizando el programa.
- Apoyo a las OTCs en la identificación y formulación de proyectos.
- Apoyo, a demanda, de la coordinación estratégica.

- Gestión económica, administrativa y logística (viajes, alojamiento...) de las actividades.
- Rendición de cuentas.
- Implementación de actividades según matriz de planificación.
- Búsqueda y movilización de expertos.

- Coordinación global del programa.
- Seguimiento del programa por países, compilación de información, sobre productos y resultados: informes de seguimiento, presentaciones en reunión.
- Gestión de la base de profesionales de AECID.
- Homogeneización del programa entre los distintos países.
- Intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países.
- Dinamizar redes de conocimiento.
- Dar soporte a los otros bloques de funciones del comité.

Recursos que necesita la gestión del programa:

a) Terreno:

- **La Responsables de las OTCs** (coordinador/a, responsables de programas o de proyectos) que lideren y acompañen este programa. Entre sus funciones, realiza diálogo estratégico con las instituciones locales y AECID, y son responsables de la identificación y formulación de las diferentes fases de proyectos. Funciones estratégicas del programa. Las OTCs deben fortalecerse con responsables de programas/proyectos de salud, en el caso de que no dispongan de ellos.

- **La Coordinación en terreno:**

- _ Expatriado o local (preferiblemente) con funciones técnicas, administrativas y también de la temática que apoye científicamente en algún resultado. Para ello se prefiere perfil de médico con capacidad para relacionarse con las instituciones locales, y que se encuentre capacitado científicamente para el manejo del contenido del programa y conocedor del sistema sanitario local.

Esta persona podría dar apoyo a la OTC en el área de salud para otros aspectos fuera del proyecto pero que pudieran estar relacionados.

Logista local que apoye la preparación y acompañamiento de las misiones. En el caso que no exista esta figura, será el propio coordinador contratado o el equipo logista de la OTC quien asuma estas funciones.

- Se podría completar con la participación de personal local seleccionado, ligado a las instituciones del SNS, que reciba un complemento económico por el apoyo al programa.

b) España:

- **AECID sede:** Equipo actual de DCS y Geográfica, que realicen la Gestión Estratégica y Científica.

- **Equipo de expertos médicos del programa,** que apoyen en la gestión científica del programa.

- _ Grupo de Asesores., que se encuentren participando en el programa en algún país. Remuneración adicional según su participación en actividades del programa. Financiado con los fondos del programa a través de la Entidad Gestora.

- _ Coordinador/a Científico: se trata de un médico especialista senior con competencias en gestión y formación de médicos especialistas. Es un valor añadido de gran importancia, la experiencia y conocimiento de los sistemas de salud de los países socios.

- **Secretario/a del Programa Global:** que ostentará el cargo de secretaría técnica y se encargará de la coordinación global del programa según las funciones previamente establecidas.

- **Entidad Gestora externa en caso de existir (FCSAI en la actualidad).** Recursos propios de la misma. Se destinará un porcentaje de los fondos del programa para la gestión del programa por parte de dicha entidad.

Actividades y Productos esperados directamente del CDP.

Se fomentará y formalizará la participación de las diferentes entidades colaboradoras, y se fortalecerá el empoderamiento del programa por parte de AECID acorde a los principios estratégicos de intervención. A su vez, se fomentará la visibilidad del programa en los diferentes foros, siendo una seña de identidad de AECID, con la finalidad de ser un referente nacional e internacional. Para ello se perseguirá la obtención de los siguientes productos:

Productos.

- **(P1).** Acuerdos de colaboración establecidos entre AECID y:
 - _ Autoridades sanitarias de los gobiernos de países socios.
 - _ Entidades colaboradoras españolas e internacionales.
- **(P2).** Tránsito de la experiencia española a otras agencias de desarrollo, nacionales e internacionales, así como foros globales de cooperación.
- **(P3).** Creación de redes colaborativas entre instituciones de países socios y españolas, así como entre países socios.
- **(P4)** Identificación de las mejores prácticas del programa en los países socios y su potencial utilización en otros.
- **(P5):** Creación de la estructura de seguimiento y análisis científico del programa.
- **(P6):** Asegurar la transparencia y mejora continua del programa.
- **(P7):** Monitorizar la ejecución de las actividades del programa definidas en cada país.
- **(P8):** Monitorizar la eficiencia en la gestión de las actividades.

Actividades.

- **(A1)**
 - _ a) Diseño y establecimiento de acuerdos con posibles entidades colaboradoras españolas y máximas autoridades locales de los países socios.
 - _ b) Preparación y establecimiento de normativa que regule la participación de profesionales españoles del SNS en cooperación que sirva para el presente programa.
- **(A2)**
 - _ a) Elaboración de materiales audiovisuales que sirvan para dar a conocer el programa.
 - _ b) Preparación de papers y comunicaciones en foros nacionales e internacionales.
- **(A3)**
 - _ Preparación de encuentros de redes colaborativas creadas.

- **(A4)**
 - _ a) Revisión, sistematización y evaluación de buenas prácticas a nivel de cada país.
 - _ b) Diseñar y editar un catálogo de productos generados en el PFME en los diferentes países que pudieran ser exportados a otros.
- **(A5)**
 - _ a) Elaboración de las normas de funcionamiento de la dirección científica: incluyendo entre otras el proceso de selección final de profesionales y la creación de grupos de trabajo por áreas temáticas.
 - _ b) Selección de profesionales idóneos propuestos para la realización de actividades y supervisión de base de profesionales.
 - _ c) Revisión de informes de profesionales en la realización de actividades.
- **A (6 y7)**
 - _ a) Preparación y ejecución de reuniones de seguimiento del comité científico.
 - _ b) Análisis de informes de seguimiento del programa.
 - _ c) Supervisión económica del cumplimiento de actividades del programa.
 - _ d) Gestión de base de profesionales.
- **(A8):**
 - _ Aplicar criterios de eficiencia para la ejecución de actividades establecidos en el comité de dirección.
 - _ Ejecución en plazos del cronograma de actividades.
 - _ Medición a través de los indicadores establecidos del cumplimiento de objetivos.

Propuesta de posibles Indicadores.

- **(P1)** Número Acuerdos de colaboración de AECID con gobiernos de países y entidades colaboradoras españolas para el desarrollo del programa.
- **(P2)** Número de comunicaciones o presentaciones del programa en foros nacionales e internacionales.
- **(P3)** Número de profesionales españoles e instituciones que participan en redes colaborativas promovidas desde la AECID.
- **(P4)** Número de experiencias y buenas prácticas identificadas por países y compartidas.
- **(P4)** Número de encuentros científicos formales establecidos a nivel institucional.
- **(P5)** Estructura de dirección científica creada y puesta en funcionamiento.

- (P6) Sistema de seguimiento y evaluación del programa por cada país establecido y su puesta en marcha.
- (P7) Porcentaje de ejecución de actividades por país.
- (P8) Porcentaje de actividades realizadas según presupuesto establecido.

4.3 Sistema de Seguimiento y Evaluación

El sistema de seguimiento ha de tener en cuenta la coordinación entre los principales actores del programa. Se estructura a dos niveles:

A NIVEL GLOBAL

Comité de Dirección Global del Programa.

En AECID Sede, donde se enmarcan todos los países (previamente ha sido explicado).

A NIVEL DE LOS PAÍSES

Se establecerán dos tipos de comités para el seguimiento de la ejecución del programa en cada país y que están íntimamente imbricados con los niveles de gobernanza. Estos comités reportan, mediante sus actas, al Comité Directivo Global del Programa:

Nivel estratégico. Comité Directivo:

- Representado por las máximas autoridades implicadas:
 - _ Socio local (Ministerio de Salud, Universidad...) Ministro /Viceministro, Director Nacional, Decano...
 - _ AECID
 - OTC: Coordinador general, Responsable Programas o Proyectos.
 - Sede: Directores de Dpto. Geográficos y Sectorial.
 - _ Institución Gestora Externa (en la actualidad FCSAI. Director/Coordinador/a General).
- Se reunirá con carácter anual y en el país socio preferiblemente.

Nivel Operativo. Comité Técnico:

- **Representado por:**

- _ Puntos focales responsables del socio local.

- _ AECID:

- OTC: Responsable Programas o Proyectos,
 - DCS (Jefa área de salud cuando sea necesario),

- _ Institución Gestora Externa (equipo técnico propio). Coordinador contratado en terreno por el programa (Recurso del programa en las OTCs)

- _ Representante de la Dirección Científica del Programa: Equipo médico español implicado, coordinador científico cuando sea necesario.

- _ Secretaría Técnica del Programa cuando sea necesario.

- **Se reunirá con carácter semestral, en el país socio o bien de forma telemática.**

HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA LA MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

Se engloban en tres grandes categorías, y toda información generada se remite a la Secretaria Técnica del Comité de Dirección Global del PFME, que a su vez, tras su procesamiento, distribuirá al órgano de gobernanza del programa. Existen modelos de informes preestablecidos.

Producción de datos y análisis:

La información recogida sobre los PFME en los diferentes países, se pondrá en conocimiento del Comité de Dirección del Programa. Se elaborará un informe por cada país y se integrarán en un informe único que elaborará la secretaría técnica del programa. La información que dispondrá la secretaría técnica vendrá de varias fuentes:

- **Entidad Gestora:**

Informe de actividades que sistematiza y sintetiza la información sobre las actividades realizadas que figuran en el documento de formulación del proyecto y según la matriz de planificación. Se incluirá monitorización de indicadores de producto y resultado.

A final de cada fase se realizará un informe a modo de balance de actividades y económico, que recoja lecciones aprendidas y propuesta de actuación para una siguiente fase.

Periodicidad: Se envía con carácter trimestral a la OTC y semestral a secretaría técnica en Sede.

Informe de balance económico según modelo existente.

- **Profesionales Sanitarios:**

Cada profesional o experto que participe elaborará un informe de cada actividad desarrollada, que se enviará a la entidad gestora. También se compartirá dicha información, mediante un informe más resumido, con los responsables locales pertinentes en los países socios, en la lengua local. También se realizarán informes de las pasantías/ estancias de los profesionales locales en España. Ambos informes de profesionales llevarán anexos las correspondientes evaluaciones de desempeño.

La entidad gestora enviará estos informes a la OTC y la Secretaría Técnica que a su vez enviará a la Dirección Científica del Programa.

- **Dirección científica:**

Informe dirigido a la secretaría técnica que se adjuntará al informe realizado por la misma, para presentar los avances en las cuestiones científicas del programa, y las metodologías docentes empleadas, detectar los problemas y facilitar recomendaciones de mejora. Monitorizará en colaboración con OTCs y DCS los indicadores de producto y resultado.

Periodicidad: Anual

- **Direcciones Geográficas/ Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC):**

En el informe general que realicen las OTC a los departamentos geográficos y sectorial incluirá información relacionada con el PFME según modelo de informe existente.

Esta información será transmitida por el vocal correspondiente de cada país (OTC o sede) a la secretaría técnica.

Periodicidad: Trimestral

- **Secretaría Técnica:**

Elaborará un informe que integre el estado de cada país por separado. En este informe se analiza de forma conjunta los avances y problemas de los proyectos en cada país, actualización de los indicadores de los productos y resultados, detección de buenas prácticas y lecciones aprendidas entre ellos, avances en el diálogo de políticas incluyendo avances en convenios con CCAA y Hospitales, sociedades científicas, así como otras entidades colaboradoras. Detección de cuellos de botella estructurales para el buen funcionamiento del proyecto a nivel global y particular de cada país y recomendaciones de mejora. Avances en los objetivos y tareas especificadas por el Comité de Dirección del Programa.

En este informe se incorpora una parte sobre el componente científico del programa que elabora la Dirección científica.

Periodicidad: Anual

Validación:

Se realizarán visitas a terreno para validar el funcionamiento del programa. Este tipo de visitas se llevarán a cabo desde las OTC, contando con el apoyo técnico de otros miembros aprovechando las visitas por reuniones de los diferentes comités. También podrán participar miembros del comité directivo global del programa: el equipo de gestión científica y secretaría técnica.

Participación:

Queda reflejado en los comités directivos y técnicos por países antes detallado, así como comité directivo global del programa, a través de los informes u actas de las reuniones mantenidas.

Evaluación del Programa:

Se realizarán **evaluaciones externas** intermedias del programa en global incluyendo los países con una periodicidad de 3-4 años. Dichas evaluaciones serán contratadas directamente por AECID. También después de cada fase, debería de realizarse una **evaluación interna** dirigida por el comité directivo del programa.

CARTERA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PFME

A este nivel y siguiendo la cadena de resultados del programa vamos a centrarnos en el nivel de indicadores de resultado y de producto, que son los niveles de indicadores que ha de monitorizar el Comité de Dirección del PFME (en anexos se detallarán los descriptores de la tabla de indicadores). Los indicadores de actividades se reflejarán en la cartera de actividades de los documentos de formulación de proyecto en cada país.

La monitorización de los indicadores se realiza desde el comité de dirección global del PFME quedando repartido la responsabilidad de los mismos:

- Indicadores de Actividades: Gestión de actividades. Entidad Gestora.
- Indicadores de Producto y Resultado: Gestión científica (Dirección científica) y Gestión estratégica (OTC).

| <p style="text-align: center;">INDICADORES DE PRODUCTO</p> <p style="text-align: center;">(Lo que directamente hace el programa).</p> <p style="text-align: center;">Unidades Docentes (UD): Hospital.</p> <p style="text-align: center;">Programa de Formación(PF): Especialidad/Fellow.</p> | <p style="text-align: center;">INDICADORES DE RESULTADO</p> <p style="text-align: center;">(Se ha participado en el fortalecimiento del sistema para conseguir estos resultados).</p> |
|--|--|
| RESULTADO 1 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • (P1.1) Médicos residentes formados en las necesidades formativas identificadas de sus programas de formación. • (P1.2) Programas de Formación de Especialidades abiertos/ acreditados funcionando en las distintas unidades docentes. • (P1.3) Servicios docentes con formadores debidamente capacitados en las competencias/valencias definidas en los currículums de formación. • (P1.4) Servicios docentes con relaciones científicas interhospitalarias establecidas. • (P1.5) Servicios en las UD con cultura de investigación clínica establecida. | <p>(R1a) Residentes/Fellows formados, con especialidad finalizada debidamente certificados (valoración positiva en la prueba final).</p> <p>(R1b) Especialistas formados que permanecen en el SNS.</p> <p>(R1c) Especialistas formados que se distribuyen según prioridades del SNS.</p> |
| RESULTADO 2 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • (P2.1a) Especialidades con currículums de formación armonizados. • (P2.1b) Especialidades con Requisitos mínimos de acreditación de UD definidos. • (P2.2) Países con estrategia Nacional de FME elaborada. • (P2.3a) Herramientas del sistema de gestión de formación de residencias médicas establecido y funcionando. • (P2.3b) Países con sistema de información de especialistas y de residentes en formación por año de residencia, establecido. • (P2.4) Tutores de FME formados en metodología docente. | <p>(R2) Países y UD con Sistema de Organización y Gestión de FME adecuado.</p> |

RESULTADO 3

- (P3.1a) Hoja de ruta definida para el desarrollo de las especialidades priorizadas en el PFME.
- (P3.2) Especialidades con definición de equipamiento y material esencial necesario, incluido estrategia mantenimiento.
- (P3.3a) Servicios/ Unidades Docentes (UD) con procesos asistenciales esenciales definidos (P3.3b) Servicios/UD con implantación de las recomendaciones definidas para operar los procesos asistenciales.
- (P3.4a) Servicios/UD con sistema básico de información clínica definido.
- (P3.4b) Servicios/UD con el sistema básico de información implantado.
- (R.3) Servicios clínicos docentes funcionando con niveles de calidad asistencial adecuados para la formación de médicos especialistas.

4.4. Herramientas Técnicas

Las herramientas técnicas que dispone el programa se detallan en los anexos correspondientes o bien en un documento a modo de manual que estará conectado con el programa y van dirigidas en varias direcciones:

- **Disponer de un roster/base de profesionales:**

- _ Clasificados por especialidades, experiencia, perfiles técnicos, conocimientos de idiomas, disponibilidad de colaboración.
- _ Se anexará un CV resumido de profesionales (ver modelo de CV)
- _ Esta base se gestiona mediante una plataforma informática dinámica que se retroalimenta continuamente y que gestiona AECID, encontrándose al servicio de la Dirección científica y de la secretaría técnica siendo la base para el reclutamiento de profesionales para la ejecución de actividades.
- _ Existen en funcionamiento diferentes bases de profesionales en AECID. Se valora como mejor opción el uso de alguna de ellas optimizada para el PFME.

- **Requisitos/condiciones para la participación de los profesionales sanitarios.**

- _ Deberá estar homogeneizado para todos los países. Depende la Dirección Científica del Programa.

Modelo de Formulación de Proyectos.

- _ Se basará en el modelo existente en AECID.

- **Modelos de informes de gestión y seguimiento del programa.**

- _ Según se ha detallado en el apartado anterior.

- **Set de indicadores para el seguimiento y monitorización del programa según niveles:**

- _ Nivel de Resultados Finales (Gestión Estratégica del Programa); Nivel de Productos (Gestión Científica del Programa); Nivel de actividades (Entidad Gestora del Programa).

- **Modelo de convenios de colaboración:**

- _ Sistema nacional de salud español: Consejerías de sanidad y hospitales.
- _ Sociedades científicas.
- _ Ministerios de Salud Países Socios de AECID.

- **Cartera de actividades:**

- _ Secuencia temporal de actividades e implicación en la obtención de productos determinados.
- _ Paquete de Formaciones Transversales: Aparte de las formaciones específicas de cada especialidad, se detallarán un paquete de formaciones transversales pertinentes que puedan ser aplicadas a cada país. Estas formaciones se pueden intercambiar entre países previa adaptación y contextualización. A título de ejemplo se citan: formación en metodología docente para tutores y responsables docentes, metodología de investigación clínica, gestión sanitaria (gestión clínica y de calidad, seguridad del paciente, sistemas de información...), medios diagnósticos por imagen, etc.

- **Otros que se consideren según avanza el desarrollo del Programa.**

4.5. Mecanismos, instrumentos de financiación/Planificación presupuestaria

Para poder prestar unos servicios especializados de salud, los sistemas de salud necesitan proveer de infraestructuras, equipamiento, recursos materiales, a los hospitales para poder ejercer sus funciones. Por lo tanto, además de una cooperación técnica, ya descrita en la formulación del programa, y que adopta el mayor peso del mismo, se pueden aprovechar algunos instrumentos financieros de AECID, para realizar una cooperación financiera y dotar a los hospitales de recursos materiales esenciales, como por ejemplo mediante Fondos Sectoriales.

La situación actual es poco flexible para la asignación y gestión presupuestaria. La asignación de fondos es plurianual, y va sujeto a los presupuestos anuales del estado, por lo que al finalizar el año han de presentarse los del siguiente que se aprueban para mediados de año. Para que no exista este paréntesis, se deben planificar a dos años vista. Cuando AECID gestiona sus fondos, está sujeto a ser consumidos en el periodo definido sin poder pasar partidas siguientes año. Si lo cede a otra institución, ésta puede plantear una prórroga para que el dinero no gastado pase al siguiente. Hasta la fecha se han utilizado diferentes instrumentos de cesión a otra institución que recibe fondos y los gestiona, principalmente: Encomienda de gestión y Subvención Nominativa.

La subvención en el país puede ser de carácter dinerario, dando los fondos directamente al socio local, o en especie, dando al socio local el producto a través de actividades planificadas y consensua-

das, cuyos fondos son gestionados por la propia AECID-OTC o una Institución Gestora Externa. Si esta subvención se hace a una institución, ésta no puede hacer una subvención dineraria a una local para su gestión, en cambio si se hace a la OTC ésta si lo puede llevar a cabo.

Hasta la fecha, han venido asignándose unas cuantías de alrededor de 200-250 mil euros por país cada 18-24 meses, que se han ido renovando. Se ha utilizado asignación de fondos bilaterales que se han gestionado principalmente a través de FCSAI mediante dos instrumentos, encomienda de gestión y subvención nominativa. Se ha optado de manera predominante por la modalidad de subvención en especie a los ministerios de salud, ofertándole unos servicios. La convocatoria 2020-21 ha sido diferente, y los fondos los ha recibido directamente las OTC. Salvo en el caso de Mozambique que, al disponer de una subvención nominativa previa, la FCSAI ha seguido gestionando los fondos del programa. Actualmente, la OTC de Etiopía gestiona íntegramente los fondos, así como Mauritania, y Bolivia ha realizado una subvención dineraria al Ministerio de Salud de Bolivia y es éste quien lo gestiona.

Dada la naturaleza del presente programa, el mecanismo financiero ideal tendría que tener un horizonte a medio plazo, de carácter plurianual. Todo ello para garantizar la continuidad de las actividades. Ser un modelo de gestión unificado y concentrado que pueda optimizar recursos y motivar el intercambio. Para el desarrollo de las actuaciones identificadas, existirá un presupuesto directo para el programa, aunque se podrán explorar otros Instrumentos de cooperación financiera de AECID, y aprovechando pasarelas a otras convocatorias. Los principales instrumentos serán la contribución a los Fondos Comunes bilaterales que contribuyen al fortalecimiento de los Sistemas de salud.

Existen una amplia variedad de posibilidades: Subvenciones bilaterales de Política Exterior directas a los Ministerios de Salud o instituciones responsables de formación especializada de los países socios. Subvenciones en especie a los Ministerios de Salud de los países socios + Encomiendas de Gestión a Fundaciones especializadas que gestionen los programas, como la FCSAI, y otros posibles actores. Subvenciones Nominativas. Asistencias Técnicas. Convenios entre hospitales. FONPRODE y Cooperación reembolsable para inversión en infraestructuras hospitalarias y equipamiento quirúrgico y especializado. Operaciones de Canje de Deuda para inversión en infraestructuras hospitalarias y equipamiento quirúrgico y especializado. Acciones de Innovación. Becas de AECID, y actualmente, se encuentra en proceso de implantación, una contribución dineraria directa a los países socios mediante Fondos Sectoriales.

Por último, merece la consideración resaltar otras fuentes de financiación que podrían relacionarse con el programa y que ya has sido mencionadas.

- **Cooperación delegada:** Se estudia y se solicita desde terreno en cada país. Un tema de interés que complementaría la identidad y protagonismo de España en este programa, es el apoyo a la dotación de equipamiento y materiales necesarios para una adecuada asistencia especializada en los hospitales docentes. También, podría financiarse un programa

tipo de FME basado en la experiencia existente del programa de Aecid, mediante una mayor aportación económica consiguiendo un mayor impacto.

- **Cooperación descentralizada, para aunar sinergias.**
- **Pasarelas a otras convocatorias de AECID:**
 - _ Convocatoria de innovación: es una buena oportunidad para fortalecer el tejido empresarial en el país y ofertar servicios relacionados con el programa: Empresas distribuidoras de material consumible y equipamientos. Soporte para el mantenimiento de equipos. Nuevas tecnologías para educación, etc.
 - _ Convocatorias de becas de AECID (por ejemplo, becas AFRICA-MED: Aprovechar esta vía para estancias de mayor en España de duración 3-6 meses.

En conclusión, Independientemente del instrumento de financiación utilizado, el sistema de gobernanza y de gestión del programa se mantiene constante, por lo que estos instrumentos financieros se han de adaptar al modelo de gobernanza y de gestión del programa, así como a los principios estratégicos orientadores de apropiación del programa por las autoridades locales y la titularidad y liderazgo de AECID. En base a ello se recomiendan los siguientes instrumentos financieros:

a) (Principal instrumento) Subvención en especie a los Ministerios de Salud de los Países Socios (o equivalente local). Gestionado por:

- I. Entidad Gestora Externa mediante el instrumento de encomienda de gestión.
- II. OTC directamente.

b) Fondos propios a AECID sede para contratación de AT:

- I. Seguimiento y Evaluación:
 1. Programa Global (secretaría técnica).
 2. Dirección Científica (Coordinador/a científico).
- II. Evaluaciones externas del Programa.
- III. Algunos productos específicos del Comité de Dirección Global del Programa para los que sean necesario financiación adicional.

c) Aprovechar otros instrumentos y convocatorias existentes en AECID.

- I. Convocatoria de Becas.
- II. Convocatoria de innovación.
- III. Fondos Sectoriales.

d) Explorar instrumentos financieros externos a nivel de los países tipo cooperación delegada gestionados por las OTCs.

Por otro lado, resulta de especial interés realizar un ejercicio **homogenización en los montos y métodos de pago por país**. Condiciones económicas de recursos humanos:

- **Médicos especialistas/Expertos españoles en terreno:**
 - _ Gastos de desplazamiento: billete avión, visado, seguro viaje, desplazamientos internos en el país.
 - _ Dietas de manutención y alojamiento (la entidad gestora reservará los hoteles).
 - _ Compensación económica por día de trabajo⁶.
- **Participación técnica de profesionales locales en sus países/puntos focales, Con priorización de personal del sistema público.**
 - _ Gastos de desplazamiento interno.
 - _ Alojamiento y dietas según normativa de las instituciones locales.
 - _ Compensación económica (por definir, ver experiencia de otros países: Etiopía, Níger).
- **Visita a España e profesionales locales o participación en formaciones del programa en sus países.**
 - _ Gastos de desplazamiento: billete avión, visado, seguro viaje, desplazamientos internos en el país.
 - _ Dietas manutención y alojamiento (la entidad gestora reservará los hoteles).
- **Coordinación en terreno (ver apartado de gobernanza).**
 - _ Expatriado o preferiblemente local. (entre sus funciones además de coordinación, es un valor añadido dar asistencia técnica en algunos productos del programa, que será importante para definir el perfil).
 - _ El importe no ha de superar un 15% del total del presupuesto del proyecto.
- **Médicos expertos. Dirección Científica del Comité de Dirección del Programa.**
 - _ Equipo de asesores/Coordinación científica por países. Se añade a las condiciones de profesionales españoles en terreno un plus a la compensación económica (ver experiencia de otros países: Níger o Mauritania).
 - _ Coordinador/a Científico global del programa en sede. Contrato mediante AT.
- **Coordinación/monitoria del programa global. Secretaría técnica del comité de Dirección del Programa.**
 - _ Para trabajar en sede formando parte del comité de gestión a modo de secretaria técnica. Se realizará un contrato mayor.

6. Acuerdo alcanzado entre sede y OTCs 230 euros/día de trabajo impuestos incluidos



5.
**Estrategia de
comunicación
y visibilidad del
PFME**

El programa está financiado con fondos públicos, por lo que se hace necesaria una estrategia de comunicación y visibilidad de las intervenciones, con la finalidad de sensibilizar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre su aportación a través de sus impuestos. A su vez, es importante la transmisión del conocimiento y logros generados a la comunidad científica e institucional, tanto nacional como internacional. Para ello, hay que diseñar una estrategia de comunicación a través de los canales de comunicación interna y externa de AECID.

Un aspecto de interés es la visibilidad del programa consensuando una política de logos que deban figurar en los distintos documentos e inclusive uno en particular para el programa

Se proponen avanzar en varias direcciones:

- Presentación en organismos políticos oficiales e Instituciones globales y nacionales, por parte de autoridades de AECID, Ministerio Asuntos Exteriores...
- Uso de los medios de comunicación para presentar a la población.
- Divulgación científica en los foros y medios apropiados.

Para ello es preciso crear una serie de actividades que generen diferentes recursos materiales para poder ser usados con tales fines:

- Elaboración de material audiovisual: archivo de vídeos, fotografías... generados por el programa en los diferentes países, que puedan ser usados en presentaciones, publicaciones... y su presentación en redes sociales.
- Elaboración de notas resumen que puedan ser usados como artículos de prensa, plataformas telemáticas... discursos de responsables políticos y de AECID.
- Disponer de una oferta de materiales pedagógicos elaborados por el proyecto y su difusión en webs de referencia estratégica de AECID, como son los países socios, propia AECID... e inclusive, su uso en diferentes países de intervención del propio programa.
- Diseño de proyectos para medir el impacto de las intervenciones realizadas mediante una metodología científica apropiada, como puede ser la de investigación-acción. De esta manera se puede presentar resultados de las intervenciones del programa en los foros y medios adecuados de manera objetiva.
- Potenciar la publicación de informes y artículos científicos en los medios apropiados. Elaboración de monografías y otras publicaciones de transmisión del conocimiento y difundirlas en los medios pertinentes.
- Independientemente de productos iconográficos generados durante el transcurso de las actividades del programa, sería interesante elaborar materiales audiovisuales por equipos de especialistas que se desplacen a terreno.

Sin embargo, lo ideal sería desarrollar unos TdR que permitiesen diseñar y ejecutar una estrategia de comunicación y visibilidad del programa.



6. Estrategias de sostenibilidad del PFME

La sostenibilidad del programa es un aspecto clave que debe regir las acciones del mismo desde el inicio y es importante la pertinencia y consecución de los productos planificados. Para garantizar la sostenibilidad debemos de trabajar en cuatro direcciones: a) Fortalecimiento de las relaciones institucionales; b) Creación de una estructura sólida de gestión del programa y generación de alianzas institucionales que perduren una vez concluido; c) Formulación y definición de intervenciones y modus operandi que responda a necesidades reales y estén alineada con la estrategia de desarrollo de los países socios; d) Apropiación del programa y de los productos generados por las autoridades responsables de los países socios.

a) Fortalecimiento institucional: en este sentido se trabajará a nivel de los países socios:

- Trabajar directamente con las autoridades del país, enmarcando las intervenciones del programa en las estructuras existentes y planes de estrategias nacionales creadas en cada país, con la intención de fortalecerlas. Debe estar incluido formando parte de las políticas del país.
- Apropiación del programa por las instituciones sanitarios del país socio, incorporando entre otros, productos generados de desarrollo institucional, en aspectos clave como la estructura y gestión de residencias médicas, planificación de RRHH mediante un conocimiento a tiempo real sobre los especialistas formados y en formación...
- Liderazgo asumido por los países, siendo reconocido como su programa.
- Compromiso de las autoridades locales para la distribución de los profesionales formados en los lugares más necesitados, así como su retención en el sistema público mediante políticas de incentivos y normativas legales.
- Favorecer el intercambio de experiencias y profesionales mediante el establecimiento de convenios entre instituciones que permitan continuar la comunicación entre pares una vez terminado el programa.

b) Estructura del programa: ya se ha hablado de la misma, pero existen unos principios que es de interés particular resaltar en este apartado.

- Fortalecer las capacidades técnicas de AECID, en terreno (OTC) y en Sede, con una apuesta por el enfoque sectorial del programa, que pueda realizar el seguimiento y monitorización de las actividades para que éstas respondan a la consecución de los productos necesarios que tengan un impacto positivo en la consecución de los resultados planteados. Aunque se externalice la ejecución del programa, el “core” del mismo debe pertenecer a AECID con una estructura fortalecida para su control.

- Crear alianzas con instituciones nacionales dirigidas al “core” del programa como serían sociedades científicas, sistema sanitario a nivel de CCAA y hospitales y disponer de un roster de profesionales que puedan participar en programa.
- Apuesta a nivel de AECID y organismos globales internacionales, por la FME como elemento clave para la continuidad de cuidados salud en aras de la cobertura sanitaria universal.

c) Formulación y modalidades de ejecución del Programa.

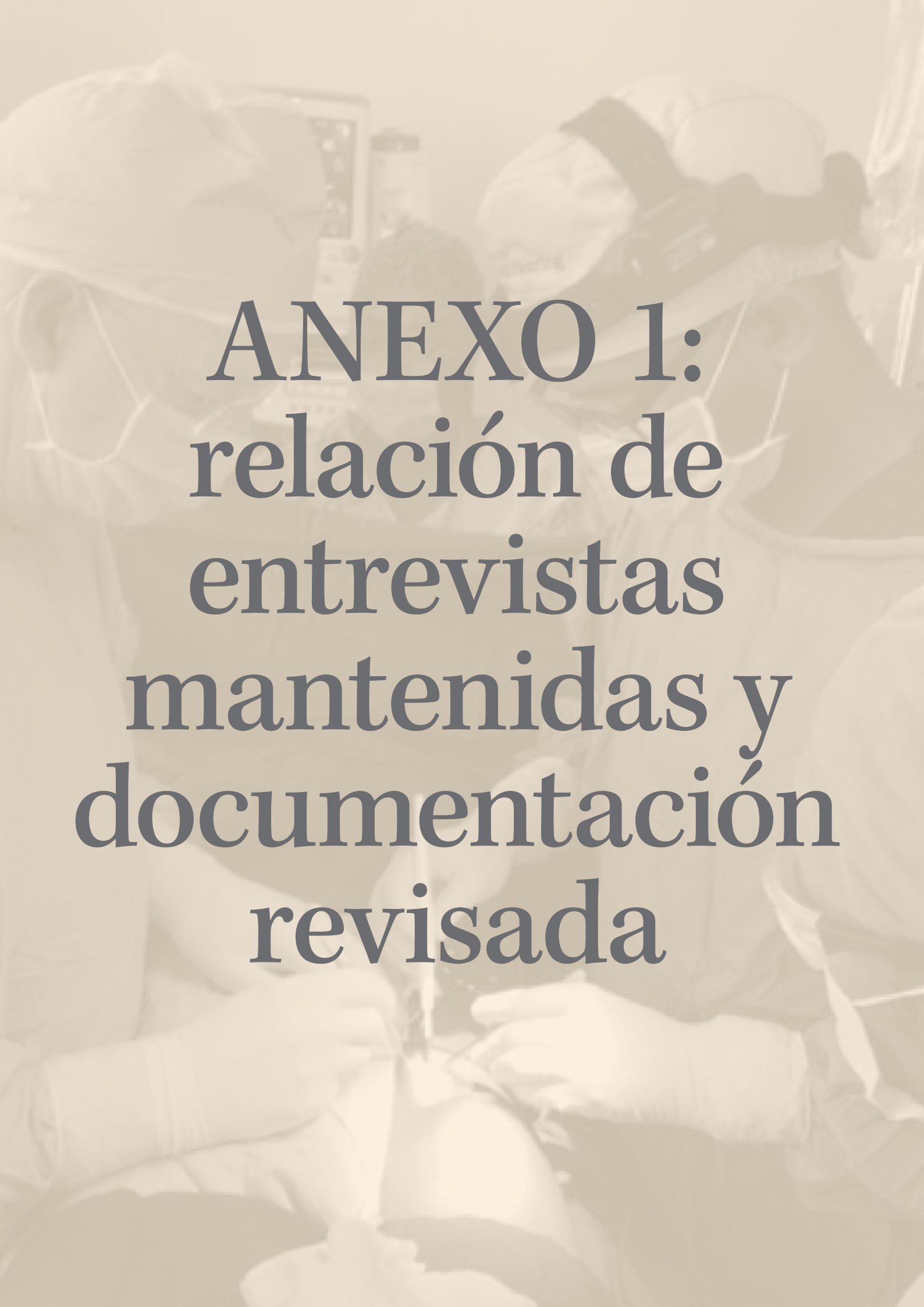
- Trabajar por productos. Es decir, mediante actividades que generen productos concretos, aprobados y utilizados. Empleo de las enseñanzas aprendidas para su consecución en otros países, previa adaptación.
- Dirigir las actividades formativas adaptadas al contexto de cada país y no reproduciendo moldes europeos. Ofrecer formaciones que requieran tecnología y recursos apropiados y garantizados por el SNS de cada país. Para ellos la metodología de formación en servicio es idónea, lo que nos permite conocer de primera mano cada realidad al estar el experto español trabajando con la realidad y condiciones de cada lugar.
- No extraer profesionales locales de su propio sistema para trabajar en el programa, sino reconocer su trabajo con compensaciones económicas o de otra índole, pero deben continuar realizando su labor en sus puestos de trabajo dentro del sistema. De esta manera favorecemos la adherencia a sus sistemas de salud.
- Participación de profesionales de los países socios como formadores, integrándose en las propias actividades, bien a nivel de sus propios países, como en otros (cooperación sur-sur).
- Crear una masa crítica de profesionales formados y priorizar la formación de formadores, garantizando de esta manera recursos humanos formados que puedan continuar las acciones emprendidas.
- El programa debe estar alineado con las políticas prioritarias de salud y para ello es importante la existencia de una estrategia nacional de formación y desarrollo de RRHH, así como de desarrollo de servicios médicos especializados que favorezca su expansión a nivel descentralizado. Además, sería interesante la elaboración de un plan específico nacional de formación acelerada de especialidades médicas.

d) Apropiación:

- Es la esencia del programa y debe fluir espontáneamente.



- En definitiva, se pretende conseguir la apropiación de los productos por parte de las autoridades locales, y sobre todo, de la estructura y las herramientas generadas durante la ejecución del programa, lo que les servirá para continuar con el trabajo realizado de manera autónoma.
- Liderazgo y apropiación del programa por autoridades responsables. Estas, deben estar implicadas en todas las fases de la intervención: la formulación, monitorización y seguimiento y evaluación, e inclusive, en la ejecución de las propias actividades.

The background of the page is a faded, sepia-toned photograph of a surgical team in an operating room. Several surgeons are visible, wearing white scrubs, surgical masks, and caps. They are focused on a patient, with their hands and instruments visible in the lower part of the frame. The overall atmosphere is professional and clinical.

**ANEXO 1:
relación de
entrevistas
mantenidas y
documentación
revisada**

Entrevistas mantenidas

AECID

Departamento Cooperación sectorial SEDE:

- Miriam Ciscar Blat (*Jefa Departamento DCS*).
- María Cruz Ciria (*Jefa Area de Salud DCS*).

Departamentos Geográficos SEDE.

- **Dpto. cooperación con mundo árabe y Asia.**
 - _ María Molina Álvarez de Toledo (*Jefa de Departamento*).
 - _ Alfonso Sanz Prieto (*Consejero Técnico*).
 - _ Nuria Duprier de Mingo (*Técnico País Mauritania*).
- **Dpto. Cooperación Africa subsahariana (DCAS):**
 - _ Gonzalo Vega Molina (*Jefe Dpto. Cooperación África Subsahariana*).
 - _ Beatriz Simón Cuesta (*consejera técnica DCAS*).
 - _ Jose Luis Rodríguez Riesco (*Técnico País Etiopia y Guinea Ecuatorial*).
 - _ Mar Rodríguez Martín (*Técnico País Mozambique*).
 - _ María Díaz Merry (*Técnica País de Mali*).
- **Dpto. Cooperación con Países Andinos y cono sur.**
 - _ María Pérez Sánchez-Laulhe (*Jefa Departamento*).
 - _ Bruno del Mazo de Unamuno (*Consejero Técnico*).
 - _ Beatriz Muñoz López (*Técnica País de Bolivia*).

OTC:

- **Níger:** María del Mar Muñoz Doyague (*Responsable de programas*).
- **Bolivia:** Juan Pita Rodrigáñez (*Coordinador General*), M^a del Mar Humberto Cardoso (*Responsable de Programas*), Rafael Bermúdez (*Coordinador Local del Programa*).
- **Mauritania:** Rita Santos (*Coordinadora General*), Juan Ignacio Gallardo Martín (*Responsable de Programas*).
- **Mozambique:** Fernando Regúlez Muñoz (*Coordinador General*), Pilar Montero Gullón (*Responsable de Programas*).
- **Mali:** Juan Antonio Ovejero Dohn (*Coordinador General*).
- **Etiopía:** Mario Fanjul Benítez (*Coordinador General*).

Fundación CSAI.

- Marieta Iradier Sanchiz (*Coordinadora General FCSAI*).

Médicos Expertos Participantes en el Programa.

- Jesús Millán Nuñez-Cortes (*Medicina Interna. Programa de Bolivia.*)
- Fernando Turégano Fuentes (*Cirugía General. Programa de Níger.*)
- Carmelo Loinaz (*Cirugía General. Programa de Bolivia.*)
- Alejandra Bustos (*Medicina Intensiva. Programa de Etiopía.*)
- Marta Bernandino (*Anestesiología y Reanimación. Programa de Mauritania.*)
- Jose Antonio Pérez Molina (*Enfermedades Infecciosas. Programa de Mozambique.*)
- Luis Olmedilla Arnal (*Anestesiología Y Reanimación. Programa de Níger.*)
- María Peña (*Radiología. Programa de Etiopía.*)

Responsables Países Socios.

- Ellilta Nega (*Dirección Formación Recursos Humanos, Ministerio Salud, Etiopía.*)
- Mohamed Teni (*Dirección Formación Recursos humanos, Ministerio Salud, Etiopía.*)
- Mouzinho Saíde (*Director General Hospital Central de Maputo, Mozambique.*)
- Cesaltina Lorenzoni (*Directora pedagógica H. Central de Maputo Mozambique.*)
- Bernardina de Sousa (*Directora Nacional Adjunta de Formación del MISAU, Mozambique.*)

Médicos Especialistas Países Socios.

- Seyoum Kassa (*Cirugía General y Torácica Universidad Addis Abeba, Etiopía.*)
- Netsanet Workneh (*Pediatría y Vicedirectora de Investigación Universidad de Jimma, Etiopía.*)
- Yemane Jimm (*Director Departamento de Anestesiología y cuidados Intensivos Universidad de Jimma, Etiopía.*)
- Atilio Morais (*Director Departamento de Cirugía Hospital Central de Maputo, Mozambique.*)
- Matchecane Kossa (*Director Programa Nacional de Cirugía, MISAU, Mozambique.*)
- Antonio Assis da Costa (*Director Departamento de Ortopedia del Hospital Central de Maputo, Mozambique.*)
- Francisco Cândido (*Director del Programa Nacional de Ortopedia del MISAU, Mozambique.*)

Sociedades Científicas.

- sociación Española de Cirujanos.

- Sociedad Española de Educación Médica.
- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor.

Instituciones Comunidades Autónomas Españolas.

- Mikel Sánchez (*Director de Planificación Departamento Vasco de Salud*).
- Paul Ortega (*Director Agencia Vasca de Cooperación para el desarrollo*).

Relación de documentación revisada

Documentos Estratégicos de AECID.

- V Plan Director de la cooperación española 2018-2021.
- Documento sectorial Perspectivas y Recomendaciones del Sector Salud.
- Orientaciones sobre cómo Contribuir al Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para Alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal.

Documentos de proyectos de los países donde se desarrolla el programa: (Mozambique, Etiopia, Bolivia, Niger, Mauritania y Mali):

- Formulación de proyectos.
- Informes de seguimiento.
- Evaluaciones realizadas.
- Informes expertos y de médicos especialistas participantes.

Productos estratégicos realizados en los distintos países:

- Estrategia Nacional de Formación Médica Especializada de Mozambique.
- Actualización del estudio de identificación de las necesidades prioritarias en formación médica especializada en Etiopía, y apoyo a la identificación de las líneas de intervención de la cooperación española para apoyar la formación y desarrollo de los servicios médicos especializados.

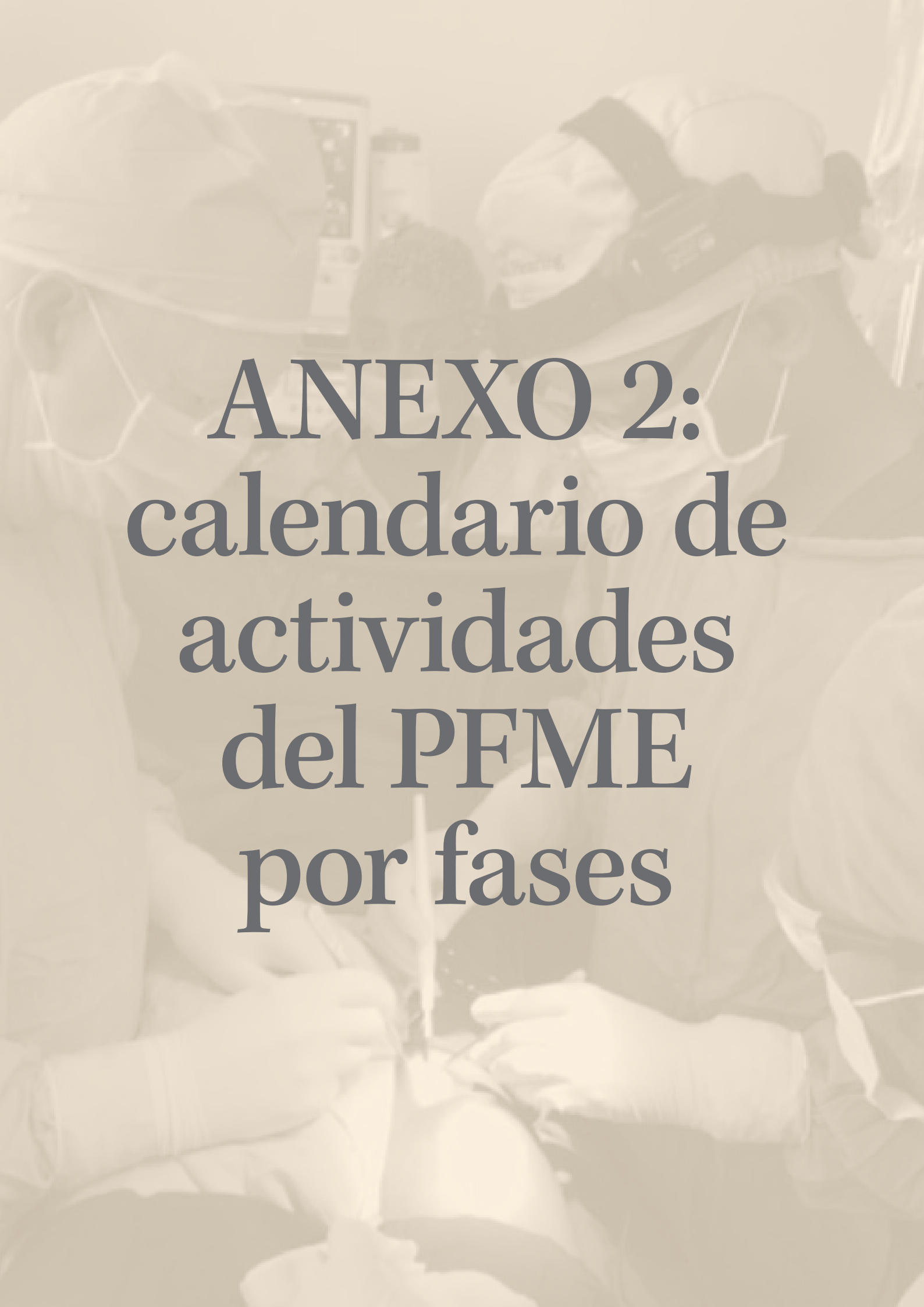


Convenios y MOU firmados en el marco del programa.

- AECID y FMoH, Etiopia.
- Ministerio Sanidad España y Mozambique.
- AECID Y AEC, AECID Y SEDAR, AECID Y SEDEM, AECID Y SEMES.

Documentación del Sistema MIR español.

- Reglamento y Normativa de funcionamiento del Sistema MIR español para la formación de médicos especialistas.
- Herramientas de gestión y monitorización del sistema de formación de médicos residentes en Universitario Cruces.



**ANEXO 2:
calendario de
actividades
del PFME
por fases**

1) Actividades recomendadas de inicio para una primera fase

Diagnóstico inicial específicos por productos y resultados y definir líneas de base ajuste de descriptores de indicadores de seguimiento.

RESULTADO 1

(A 1.1) Formaciones específicas de especialidades.

Comienzo con lo esencial de especialidades prioritarias esenciales que deberían de figurar en un segundo nivel de asistencia hospitalaria: Cirugía general, medicina interna, ginecología, ... Aunque estas priorizaciones de especialidades serán definidas por las autoridades ministeriales locales.

- (A1.1.1) Estancias de expertos españoles en los países socios de manera repetitiva.
- (A1.1.2) Estancias en España de profesionales locales visitas de corta estancia de responsables.
- (A1.1.3) Formaciones on line.
- (A1.1.4) Diagnóstico inicial específico: Plan de Formación continuada para especialistas y de apoyo a partes del programa de formación de residentes. Definición de líneas de base del proyecto.

(A.1.2) Formaciones Transversales.

Se define un paquete de formaciones, aunque queda abierto a otras necesidades planteadas.

- Investigación. Tipos:
 - _ Formación personal AECID en Investigación Acción.
 - _ Investigación clínica.
- Formación en urgencias en varios tópicos: Inicio Manejo inicial en urgencias de pacientes politraumatizados, radiología de Urgencias, Soporte vital avanzado, etc.
- Formación en metodología de formación de médicos residentes.

RESULTADO 2

- (A 2.1) **Revisión y adaptación/elaboración de currículums de formación armonizados a nivel nacional. Definición de requisitos mínimos de acreditación de unidades docentes.**

(A 2.2) Apoyo a la elaboración de la estrategia nacional de formación médica especializada.

(A 2.3) Fortalecimiento de las capacidades organizativas y de gestión del sistema de residencias médicas.

- **(A 2.3.1)** Elaboración de un Sistema de información sobre el número de médicos especialistas, desagregado por género, especialidad y hospital. Y número de residentes en formación con la misma desagregación.

RESULTADO 3

(A 3.1) Garantizar material y equipamiento crítico en los servicios docentes.

- **A3.1.1** Asesoramiento en la definición del equipamiento y recursos materiales esenciales para el funcionamiento adecuado del servicio, adaptados a las características de países con recursos limitados. Debe de garantizarse un plan de mantenimiento del equipamiento tecnológico y acceso a un mercado que garantice la reposición de material consumible y medicación.
- **A3.1.3** Donaciones desde instituciones españolas que responda y apoye a las necesidades identificadas. Financiación del transporte. Contemplar los costes de tasas aduaneras necesarias (en algunos países este coste corre a cargo de la contraparte local).
- **A3.1.4** Compra de algunos recursos materiales que sirvan para el proceso de formación llevado a cabo con el compromiso del mantenimiento por parte del país y de la reposición de los consumibles de los mismos. El % sobre el total del proyecto debe ser marginal y no exceder de una cantidad predeterminada.
- **A3.1.5** Asesoría a nivel central para gestionar la compra y dotación de las necesidades identificadas a nivel de hospitales.

(A3.2). Elaboración de herramientas de gestión clínica. Se pone en práctica los conocimientos de las formaciones transversales.

- **A3.2.1** Plan de mejora de la calidad de un servicio.
- **A3.2.2** Elaboración de protocolos clínicos, y de organización de un servicio.

(A3.3) Asesoría a nivel de las autoridades sanitarias competentes: hospitales, sociedades científicas, ministerios... sobre la hoja de ruta de desarrollo de la especialidad: cartera de servicios, recursos materiales y humanos necesarios y plan de capacitación de los mismos para el desarrollo de cada especialidad.

2) Actividades recomendadas para fases sucesivas

RESULTADO 1

(A 1.1) Formaciones específicas de especialidades.

- _ Subespecialidades/fellows prioritarias.
- _ Extender especialidades básicas en centros nuevos de formación.
- (A1.1.1) Estancias de expertos españoles en los países socios de manera repetitiva.
- (A1.1.2) Estancias en España de profesionales locales.
 - _ Visitas de corta estancia de responsables docentes.
 - _ Estancias de medio plazo de residentes.
- (A1.1.3) Formaciones on line.

(A.1.2) Formaciones Transversales. (continuación).

Se define un paquete de formaciones, aunque queda abierto a otras necesidades planteadas.

- Gestión clínica y sistemas de información sanitaria: todas las actividades.
- Investigación:
 - _ I. Clínica.
 - _ Formación personal AECID I. Acción.
- Uso racional de medicamentos y medios diagnósticos aplicados a los problemas prevalentes de salud.
- Formaciones en Urgencias.
- Formación en metodología de formación de médicos residentes. Se continua con las formaciones iniciadas a mas tutores y centros docentes.

RESULTADO 2

- (A 2.1) Revisión y adaptación/elaboración de currículums de formación armonizados a nivel nacional. Definición de requisitos mínimos de acreditación de unidades docentes. Se continua con nuevas especialidades.

- **(A 2.3)** Fortalecimiento de las capacidades organizativas y de gestión del sistema de residencias médicas.
- **(A 2.3.1)** Elaboración de un Sistema de información sobre el número de médicos especialistas, desagregado por género, especialidad y hospital. Y número de residentes en formación con la misma desagregación. Monitorización y seguimiento.
- **(A 2.3.2)** Organización del sistema de residencia médica.
- **(A 2.3.3)** Formación en metodología docente y evaluación de médicos residentes dirigido a tutores y gestores de formación médica especializada.
- **(A 2.3.4)** Mejora de las condiciones metodológicas docentes mediante el uso herramientas y metodologías innovadoras. TICs.

RESULTADO 3

A 3.1 Garantizar material y equipamiento crítico en los servicios docentes.

- **A3.1.1** Asesoramiento en la definición del equipamiento y recursos materiales esenciales para el funcionamiento adecuado del servicio, adaptados a las características de países con recursos limitados. Debe de garantizarse un plan de mantenimiento del equipamiento tecnológico y acceso a un mercado que garantice la reposición de material consumible y medicación.

Formación por parte del programa en el uso de estos equipos.

- **A3.1.2** Asistencia técnica formativa para el mantenimiento de equipamiento médico existente.
- **A3.1.3** Donaciones desde instituciones españolas que responda y apoye a las necesidades identificadas. Financiación del transporte. Contemplar los costes de tasas aduaneras necesarias (en algunos países estos costes corre a cargo de la contraparte local).
- **A3.1.4** Compra de algunos recursos materiales que sirvan para el proceso de formación llevado a cabo con el compromiso del mantenimiento por parte del país y de la reposición de los consumibles de los mismos. El % sobre el total del proyecto debe ser marginal y no exceder de una cantidad predeterminada.
- **A3.1.5** Asesoría a nivel central para gestionar la compra y dotación de las necesidades identificadas a nivel de hospitales.

A 3.2. Elaboración de herramientas de gestión clínica y sistema de información. Se pone en práctica los conocimientos e las formaciones transversales.

- **A3.2.1** Plan de mejora de la calidad de un servicio.

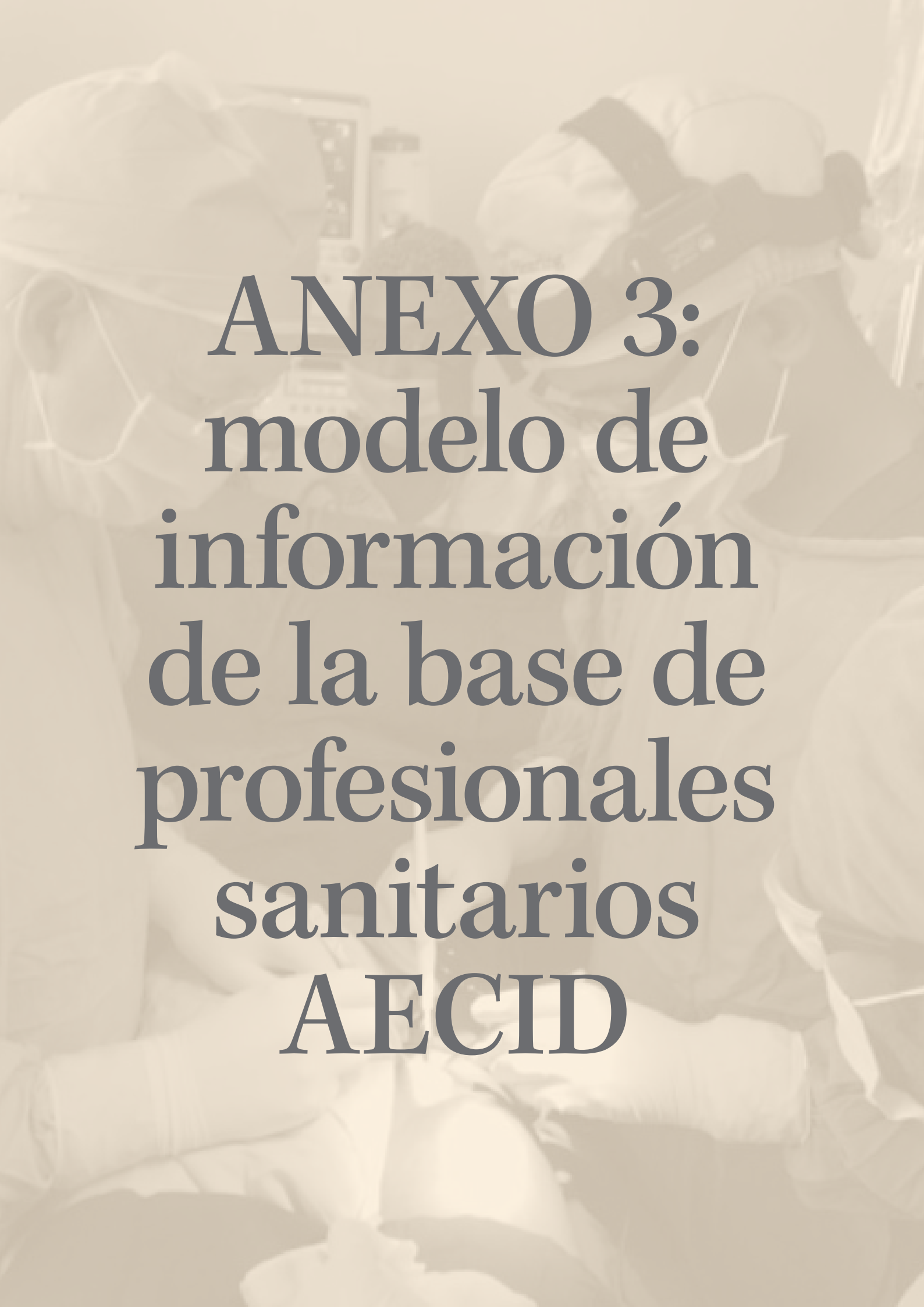


- **A3.2.2** Elaboración de protocolos clínicos, y de organización de un servicio.
- **A3.2.3** Implantación sistema de información básica de un servicio.
- **A3.2.4** Análisis de Eventos adversos y acciones de mejora de seguridad de paciente.
- **A3.2.5** Auditorias de calidad según estándares preestablecidos.

A3.3 Asesoría a nivel de las autoridades sanitarias competentes: hospitales, sociedades científicas, ministerios... sobre la hoja de ruta de desarrollo de la especialidad: cartera de servicios, recursos materiales y humanos necesarios y plan de capacitación de los mismos para el desarrollo de cada especialidad. Continuación con nuevas especialidades de las identificadas al inicio.

A3.4 Asistencia técnica y formación en mantenimiento de equipamiento médico.

- Estancias de especialistas en ingeniería electrónica que trabajen en colaboración con el personal local para hacer un diagnóstico sobre el estado del equipamiento médico y realice su puesta a punto.

The background of the page is a faded, sepia-toned photograph of several medical professionals in an operating room. They are wearing white scrubs, surgical masks, and caps, and appear to be focused on a task. The lighting is soft, and the overall tone is professional and clinical.

**ANEXO 3:
modelo de
información
de la base de
profesionales
sanitarios
AECID**

Datos Personales.

- Nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Dirección/Lugar de residencia.
- Contacto: teléfono, email.
- DNI/Pasaporte.
- Nacionalidad.

Formación Académica.

- Especialidad. Año del título de especialista.
- Otras formaciones/capacitaciones de interés para el PFME.

Experiencia Profesional.

- Lugar de trabajo actual (cargo que ocupa). Pertenece al SNS Público español S/N.
- En qué área/s de conocimiento de tu especialidad desarrollas tu actividad laboral o estas más especializado (Ej. Ortopedia infantil, ginecología oncológica, etc.).
- Experiencia de trabajo como especialista: (número de años, < 5 años, 5-15 años,>15 años.
- Experiencia previa como formador de residentes (Si/NO).
 - _ Tutor.
 - _ Miembro de servicio con médicos residentes.

Conocimiento de Idiomas.

- Inglés, francés, portugués.
- Otros (especificar).
- Nivel en caso de participar en una misión (de 1 a 5) siendo el nivel básico:1 (A1,A2), intermedio:2 (B1), intermedio alto:3 (B2), alto:4 (C1), muy alto:5 (C2).

Disponibilidad de Participación.

- Colaborar en su centro de trabajo recibiendo profesionales.
- Colaborar en terreno (valorando tu situación personal y laboral, especifica la duración máxima de la estancia que tendrías disponibilidad.

- hasta 2 semanas, entre 2-4 semanas, más de 4 semanas.
- Basado en tus motivaciones, aptitudes y experiencia profesional qué consideras que podrías aportar al PFME. En qué tipo de colaboración estás interesado en participar (se pueden elegir varias. Marcar SI/NO).
- Formación propia en terreno de mi especialidad.
 - _ A nivel general.
 - _ Areas concretas(especificar).
- Metodología y gestión de la docencia.
- Investigación clínica.
- Gestión y organización de servicios.
- Tutorizar/formar profesionales de los países socios en tu hospital.

Experiencia previa en programas de cooperación.

- _ NO/SI.
- _ Especifica brevemente duración y tipo de colaboración realizada. (max 3 líneas).

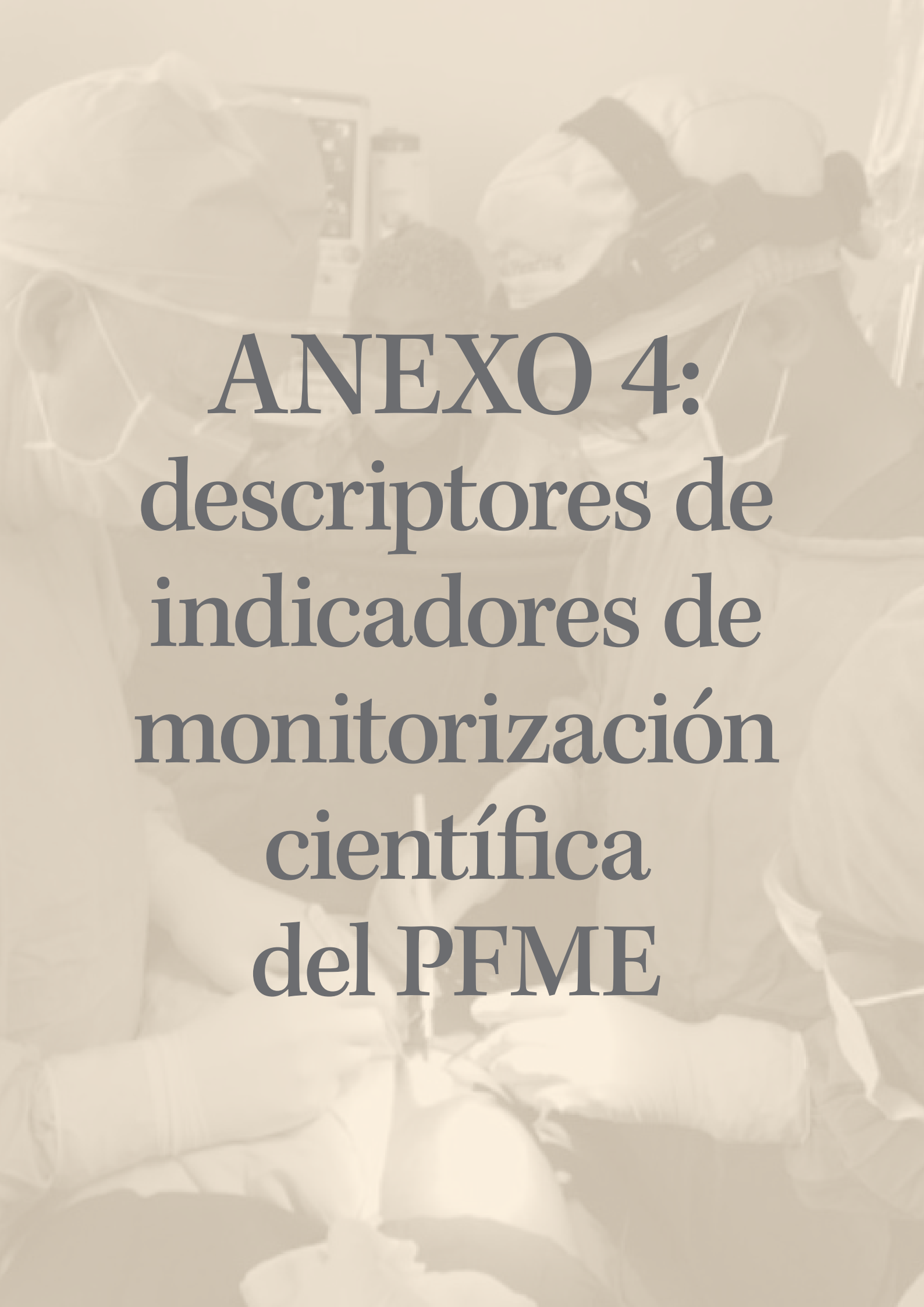
Adjuntar CV. (Se adjunta modelo para uso opcional).

Metodología de implementación de base de profesionales.

- Se contactará con el servicio de informática de AECID para adaptar esta información en un formulario que será lo que tendrá que rellenar cada profesional que quiera participar. Este formulario se colgará en la web de AECID/cualquier otro portal que se considere. Contemplar ley de protección de datos de AECID.
- AECID contactará con las sociedades científicas para solicitar su distribución a todos sus socios/as. Esta se hará a través de un link que conducirá al formulario que han de rellenar, a su vez se distribuirá una carta de máximo de dos páginas de presentación del PFME del objetivo de la base de profesionales.
 - _ En una primera fase se comenzará con las especialidades en las que los distintos programas de cada país están trabajando o tenga convenios (Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Reanimación, Cuidados Intensivos, Traumatología y Ortopedia, Medicina de Urgencias, Radiología.
 - _ En función de las necesidades que vayan surgiendo se continuará completando más especialidades.



- Automáticamente este formulario relleno se descargará en una base de datos que admitirá preguntas según las necesidades de AECID (por ej. necesito saber cuántos especialistas en pediatría con conocimiento de inglés mayor o igual de B2 dispongo en la base de profesionales).
- La secretaría técnica gestionará la base de profesionales. Y El Comité Científico del PFME la idoneidad de profesionales que se necesitan en cada momento.



ANEXO 4:
descriptores de
indicadores de
monitorización
científica
del PFME

RESULTADO 1

| | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|-------------|
| INDICADOR | <ul style="list-style-type: none"> • Especialistas formados debidamente certificados. • Especialistas formados que permanecen en el SNS. • Especialistas distribuidos según prioridades del SNS. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | <ul style="list-style-type: none"> • R1.A • R1.B • R1.C | RESULTADO 1 |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none"> • (R1a) Valor absoluto: N° de especialistas certificados según el procedimiento de cada país. • (R1b) Numerador: N° de especialistas que permanecen en el SNS, al menos, 5 años después como especialistas. Denominador: N° especialistas formados y certificados X 100. • (R1c) Numerador: N° de especialistas distribuidos según prioridades del SNS. Denominador: N° especialistas formados y certificados en el tiempo establecido. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Médicos especialistas formados en las especialidades y centros donde participa el PFME superando las evaluaciones correspondientes y consiguiendo la certificación oficial. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y Proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros autoridad local competente. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Describe la capacidad de formación de médicos especialistas certificados en el país y su adherencia al SNS Público, así como su ubicación en los lugares más necesitados y priorizados para el país socio, aumentando el acceso a la cobertura sanitaria universal. Esto se consigue fruto del diálogo de políticas. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica. Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales y análisis inicial de situación por parte del PFME. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerios/OTC/ Dirección científica del Programa. | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|-------------------------------|
| INDICADOR | <ul style="list-style-type: none"> • Médicos residentes/fellows formados en las necesidades formativas identificadas que cubre el PFME y por hospital. • Necesidades formativas de los currículums de formación cubiertas por el PFME. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | - P1.1A - P1.1B | PRODUCTO (RESULTADO 1) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none"> • (P1.1A) Número de médicos residentes/fellows formado.s • (P1.1B) Numerador: Número de necesidades formativas de los CF cubiertas por el PFME. Denominador: Total de necesidades formativas identificadas X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Médicos en formación de especialidades sobre los que actúa el PFME de manera regular y establecida, seleccionando las competencias curriculares priorizadas en las que precisan de apoyo externo, para poder desarrollar los CF. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y Proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros autoridad local competente y del PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Medir la capacidad del PFME para apoyar la implementación de los CF de los países bien a nivel local o mediante rotaciones externas en España. Mide los médicos formados mediante prueba de evaluación final superada o prueba de que implementan la técnica o conocimientos enseñados. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. CF: Currículum de Formación. UD: Unidad Docente. | LÍNEA DE BASE | Coincide con la definición de las necesidades iniciales. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | UD/OTC/Dirección científica del Programa. | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
| INDICADOR | Programas de Formación de Especialidades abiertos y en funcionamiento. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | - P1.2 | PRODUCTO (RESULTADO 1) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | Número de PF donde participa el PFME. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Se seleccionan las especialidades y los hospitales donde se trabaja desde el PFME de manera regular y establecida. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros autoridad local competente. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Se mide como el PFME actúa facilitando la apertura de nuevos PF, así como el mantenimiento de los mismos en las distintas universidades/hospitales. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PF: Programa Formativo de Especialidad. PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales y del propio PFME. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | OTC/Dirección científica del Programa. | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
| INDICADOR | Formadores debidamente capacitados en los servicios docentes. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | - P1.3 | PRODUCTO (RESULTADO 1) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none"> Número de servicios docentes que cuentan con formadores capacitados para > 70% de competencias definidas en el programa de formación continua de las especialidades priorizadas por el PFME. Numerador: Número de Servicios con > 70% de las competencias de los CF cubiertas. Denominador: Numero de servicios docentes. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Formadores de servicios docentes que reciben formación según un PFC establecido en los servicios docentes seleccionados por el PFME. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y Proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros autoridad local competente y del PFME. Autoevaluaciones internas de actividades formativas sobre competencias incorporadas. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Se definen competencias necesarias a adquirir reflejadas en los CF y se diseña un PFC ad hoc con autoevaluaciones internas. Mide como el PFME fortalece las capacidades docentes los servicios docentes para poder desarrollar un CF. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFC: Programa de Formación Continua para médicos especialistas ya certificados. CF: Currículum de formación. PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. | |
| META | > 80% | RESPONSABLE | UD/OTC/Dirección científica del Programa. | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|---------------------------|
| INDICADOR | Servicios Docentes con relaciones científicas interhospitalarias establecidos. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | - P1.4 | PRODUCTO (PROCESO) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | • Numerador: Número de servicios que realizan encuentros científicos interhospitalarios de forma regular (al menos una por mes). Denominador: Número de servicios donde trabaja el PFME. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Unidades Docentes y Servicios donde trabaja el PFME. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y Proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros autoridad local competente. Acta/programa de la reunión, etc. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Conocer el establecimiento de relaciones profesionales entre médicos especialistas e instituciones afines, que mantienen sesiones, encuentros científicos... de manera regular, así como el establecimiento de acuerdos entre instituciones afines. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | OTC/Dirección científica del Programa. | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|-----------------------------|
| INDICADOR | Servicios en las UD con cultura de investigación clínica establecida. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | - P1.5 | PRODUCTO (RESULTADO) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none">• Numerador: Número de servicios con estudios de investigación en marcha, publicaciones, en cada servicio/UD.Denominador: Número de servicios donde trabaja el PFME. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Unidades Docentes y Servicios donde trabaja el PFME. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y Proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de las UD y del PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Conocer la cultura de investigación de las UD donde interviene el PFME Se trata de medir en los servicios cuantos estudios/proyectos de investigación tienen en marcha, publicaciones científicas, aportaciones a congresos... | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. UD: Unidad Docente. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. Evaluación inicial del PFME. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | OTC/Dirección científica del Programa. | |

RESULTADO 2

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------|
| INDICADOR | Sistema de Organización y Gestión de FME adecuado. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | R2 | RESULTADO 2 |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | Numerador: Número de Unidades Docentes con valoración positiva en > 70% de los ítems de la auditoría de calidad docente. Denominador: Número de unidades docentes totales. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Países y hospitales/UD donde trabaja el PFME | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros autoridad local competente y del PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Bianual o trianual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Conocer la calidad de la organización y gestión del SFME tanto a nivel central como periférico en las propias UD. Se trata de realizar una auditoría de calidad docente, bien la establecida en el país o una diseñada ad hoc, midiendo unos ítems previamente seleccionados en cuanto a organización y gestión de la docencia. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | SFME: Sistema de formación de médicos especialistas. PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales el estado inicial de la auditoría docente. Análisis inicial por parte el PFME. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección científica del Programa. | |

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|-------------------------------|
| INDICADOR | <ul style="list-style-type: none"> • Currículos de Formación de Especialidades Armonizados creados. • Requisitos Mínimos de Acreditación Definidos. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P 2.1A P2.1B | PRODUCTO (RESULTADO 2) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <p>(P2.1A) Numerador: número de currículums armonizados y revisados. Denominador: número total de programas docentes. X 10.</p> <p>(P2.1B) Numerador: número de requisitos de acreditación definidos por programa docente. Denominador: número total de programas docentes. X 100.</p> | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Se incluyen las especialidades en que el PFME trabaja. Se revisa el estado de los currículums y se decide en conjunto con las autoridades locales. | UNIDAD DE MEDIDA | Número y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de las autoridades locales y del propio PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | <p>Mide la existencia, de currículums de formación únicos para las diferentes UD del país, con la finalidad tener estándares similares. Con estándares de calidad establecidos desde las autoridades locales responsables. Estos serán adaptaciones de modelos nacionales o regionales ya existentes o elaboraciones ad hoc para ese país.</p> <p>Así como las condiciones mínimas adecuadas que ha de tener el servicio/UD para que se pueda desarrollar el programa formativo.</p> | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | UD: Unidad Docente. PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección Científica del Programa. | |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|-------------------------------|
| INDICADOR | Países con Estrategia Nacional de FME elaborada. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P2.2 | PRODUCTO (RESULTADO 2) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | Numerador: número de países con estrategia elaborada y actualizada. Denominador: Total de países con PFME establecidos. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Países socios de AECID donde se encuentra implantado un PFME. Se trabaja a nivel central, Ministerio de Salud considerando una estrategia definida para prestación de SME, así como la formación de los cuadros. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros Ministerio y del PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Mide la existencia, dentro de las políticas nacionales, de un plan/estrategia de actuación para capacitación de sus médicos especialistas y la cobertura de las necesidades en materia de recursos humanos especializados. Permite alinear las intervenciones del PFME de AECID con dicho Plan. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | SME: Servicios Médicos especializados. FME: Formación Médica Especializada. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. | |
| META | > 80% | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección Científica del Programa. | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|---|------------------------|
| INDICADOR | <ul style="list-style-type: none"> Herramientas básicas del sistema de gestión de formación de residencias médicas establecido y funcionando. Países con sistema de información de especialistas y de residentes en formación por año de residencia, establecido. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P2.3A P2.3B | PRODUCTO (RESULTADO 2) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none"> (P2.3A) Numero de herramientas diseñadas establecidas en las UD Numerador: Número de UD con > 70% de herramientas de gestión en uso. Denominador: Número total de unidades docentes X 100. (P2.3B) Numerador: Número de países con sistema de SIME establecido. Denominador: Número de países con PFME instaurado. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Países y UD donde existe implantado PFME. Así como a nivel central para estandarizar el modelo de gestión de la FME y disponer de un sistema de información centralizado. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Autoevaluaciones según los estándares del sistema de acreditación. Registros de las autoridades locales/ PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Bianual o por cada fase de proyecto. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | <p>Medir la capacidad de monitorizar y gestionar el proceso de formación en cada país socio a nivel central y de sus UD. Se realizará una autoevaluación interna donde se comprobará la existencia y funcionamiento de los instrumentos de gestión previamente definidos, así como de un registro que permita conocer a tiempo real información sobre el número, año de residencia distribución, de especialistas en formación y ya formados.</p> | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | UD Unidades Docentes. FME: Formación médica especializada. SIME: Sistema de información de especialistas y médicos residentes en formación. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. Evaluación inicial del proyect. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección Científica del PFME. | |

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|-------------------------------|
| INDICADOR | Tutores de FME formados en metodología docente. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P2.4 | PRODUCTO (RESULTADO 2) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none"> • Número de tutores con formación en metodología docente certificada. • Numerador: Número de tutores certificados en los Servicios o Unidades Docentes / Denominador: número total de tutores X 100. • Numerador: Número de servicios o Unidades Docentes con al menos un tutor certificado/ Denominador: Número total de servicios o unidades docentes X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Personas que son responsables o participan de manera activa de la gestión de formación de médicos residentes en aquellos servicios o unidades docentes donde trabaja el PFME. Se extenderá a otras UD que considere la autoridad local. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de autoridades locales y del proyecto. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Mide la formación específica de los responsables de docencia en metodología docente de médicos residentes. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | FME: Formación Médica especializada. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. Evaluación inicial del proyecto. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | OTC/Dirección Científica del Programa. | |

RESULTADO 3

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|-------------|
| INDICADOR | Servicios clínicos docentes funcionando con niveles de calidad asistencial adecuados para la formación de médicos especialistas. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | R 3 | RESULTADO 3 |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <ul style="list-style-type: none"> Numerador: número de servicios con valoración positiva en > 70 % de los ítems en la auditoria de calidad. Denominador: número total de servicios. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Servicios clínicos donde se forman médicos residentes y en donde interviene el PFME. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros del proyecto y hospitales. Autoevaluaciones de medición de la calidad. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Bianual o trianual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | <p>Conocer el grado de calidad en que se desarrolla la asistencia sanitaria que tendrá implicaciones en la formación de médicos residentes Mide como los estándares de calidad sobre los que se decide intervenir por parte del PFME se van consiguiendo, mediante una auditoria calidad que realiza el Ministerio o bien el propio PFM.</p> | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Registros de Unidades Sanitarias. Evaluación inicial por parte del proyecto. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección Científica del Programa. | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|-------------------------------|
| INDICADOR | Especialidades con hoja de ruta definida para el desarrollo de las especialidades priorizadas. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | R 3.1 | PRODUCTO (RESULTADO 3) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | Numerador: número de especialidades con hoja de ruta definida. Denominador: número total de especialidades con PFME implantado. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Especialidades en las que trabaja el PFME. Trabajo realizado a nivel central. Ministerio. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de autoridades locales. Propio PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN | Mide la existencia de un plan nacional para el desarrollo de cada especialidad por niveles de asistencia, incluyendo cartera de servicios, RRHH, material y equipamiento. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección Científica del Programa | |



| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|-------------------------------|
| INDICADOR | Especialidades con definición de equipamiento y material esencial necesario, incluido estrategia mantenimiento. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P3.2 | PRODUCTO (RESULTADO 3) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | Numerador: número de servicios docentes con materiales, equipamiento necesario definido. Denominador: número total de servicios docentes con PFME implantado. X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Servicios docentes donde trabaja el PFME. Equipamiento y recurso materiales esenciales. | UNIDAD DE MEDIDA | Número y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de autoridades locales y del propio PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| DESCRIPCIÓN | Disponer de un listado previamente establecido con los recursos materiales esenciales para un correcto funcionamiento de una unidad clínica asistencial en esa especialidad que permita conocer las necesidades en cuanto a equipamiento y recursos materiales a nivel de cada Unidad docente y especialidad. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales +evaluación inicial del proyecto. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | Ministerio/OTC/Dirección Científica del Programa. | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|---|------------------------|
| INDICADOR | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios/ Unidades Docentes (UD) con procesos asistenciales esenciales definidos. • Servicios/UD con implantación de las recomendaciones definidas para operativizar los procesos asistenciales. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P3. 3A P3. 3B | PRODUCTO (RESULTADO 3) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | <p>P3.3A. Número de procesos asistenciales definidos. Numerador: número de especialidades o UD con sistema procesos asistenciales definidos. Denominador: número total de Servicios o UD. X 100.</p> <p>P3.3B. Numero de Recomendaciones de calidad implementadas. Numerador: número de especialidades o UD que implementa al menos el 70% de las recomendaciones. Denominador: número total de Servicios o UD X 100.</p> | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Servicios o UD por especialidades donde trabaja el PFME. | UNIDAD DE MEDIDA | Valor absoluto y número. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de autoridades locales y del propio PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| DESCRIPCIÓN | <p>Mide el funcionamiento de la asistencia de un servicio docente a través de los procesos asistenciales esenciales. El PFME define estos procesos y establece recomendaciones para la mejora de la calidad de los mismos. Se realiza para ello una auditoría interna para medir la implantación de estas recomendaciones.</p> | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | PFME: Programa de Formación Médica Especializada de AECID. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales y evaluación inicial del PFME. | |
| META | > 80% | RESPONSABLE | OTC/Dirección Científica del Programa. | |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|-------------------------------|
| INDICADOR | Especialidades con sistema básico de información (SBI) definido. Servicios o UD con SBI funcionando. | CÓDIGO Y TIPO DE INDICADOR | P3. 4A P3. 4B | PRODUCTO (RESULTADO 3) |
| FÓRMULA DE CÁLCULO | P3.4A. Numerador: número de especialidades con SBIC Definido / Denominador: número total de especialidades X 100. P3.4B. Numerador: número de servicios o UD con SBIC Funcionando / Denominador: número total de servicios o UD X 100. | | | |
| POBLACIÓN. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | Especialidades y servicios o UD donde trabaja el PFME. | UNIDAD DE MEDIDA | valor absoluto y proporción. | |
| FUENTE DE DATOS | Registros de UD y PFME. | FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN | Anual. | |
| DESCRIPCIÓN | Conocer información básica relevante sobre la actividad y resultados de una unidad docente. Recoge información de indicadores previamente seleccionados. | | | |
| EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS | SBIC. Sistema Básico de Información Clínica. | LÍNEA DE BASE | Definida según registros autoridades locales y evaluación inicial. | |
| META | Según lo pactado en cada país. | RESPONSABLE | OTC/Dirección Científica del Programa. | |



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



aecid



Cooperación
Española

Av. Reyes Católicos, 4
28040 Madrid, España

Tel. +34 91 583 81 00
www.aecid.es