



Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud

Esquema de referencia para el informe del país

País	Guatemala
Organización	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Facultad de CCMM de la Universidad de San Carlos, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Nombre del Programa	INSTRUMENTO 3: Descripción del Programa del Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas

INSTRUMENTO No. 3

Descripción del programa Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas desde las perspectivas de los actores de la implementación

País	Guatemala
Organización	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Nombre del Programa	Programa de Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas

I. Perfil del programa

El Programa de Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas EPS-EM, surge de la necesidad de dotar a los hospitales del interior del país de recurso humano, capaz de brindar la atención médico-hospitalaria.

Para el año 1998, un grupo de actores clave del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, identifica necesario mejorar la red hospitalaria del interior del país, pues en ese momento solo los Hospitales de Referencia Nacional disponían de atención por especialista lo que implicaba una elevada demanda de servicios de todo el territorio nacional, provocando su saturación, representando además un problema económico para el sistema y afectando en consecuencia el acceso geográfico y cultural de la población de los departamentos y municipios del interior del país, siendo aun más sensible el problema en las poblaciones rurales, indígenas y pobres. La carencia de especialistas con disposición para laborar en los hospitales del interior del país, se constituía en uno de los factores críticos para el desarrollo de la oferta de servicios y su capacidad resolutive.

El programa de Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas EPS-EM inicia su implementación en el año 2000 (tras concluir la fase preliminar en el año 1999) dotando de residentes de ultimo año de especialidad a los hospitales del interior del país. Dicho programa consiste en realizar una práctica en el último año de la formación, como requisito para obtener su certificación como especialistas. El residente en EPS-EM, se inserta en el equipo del hospital seleccionado para completar el programa que incluye acciones de docencia, servicio e investigación.

En los hospitales participantes del programa, los residentes atienden la demanda de consulta externa y hospitalización en horario regular de lunes a viernes y en turnos a los cuales el EPS-EM acude solo cuando es necesario; así también los residentes desarrollan un programa de capacitación al personal del servicio de salud, para mejorar las competencias y su desempeño; y el tercer componente el residente desarrolla el análisis de situación de salud e investigaciones operativas, este es un

aporte hacia el establecimiento que se beneficia al mejorar el conocimiento de los problemas prevalentes de salud.

Tras su implementación, se ha dotado de residentes de especialidades básicas, y cada año se ha incrementado el número de hospitales y regiones del país cubiertas, se han agregado nuevas especialidades como Radiología y Anestesia, complementando el trabajo entre sí.

II. Los efectos esperados

El programa de EPS-EM incorpora a residentes del último año de especialidades básicas a la red hospitalaria nacional, lo cual a ha ocurrido en los últimos doce años ininterrumpidos; las expectativas del programa en el sistema de salud y en la población se describen a continuación:

Corto plazo:

- Reducir la brecha de dotación y distribución de recurso humano especialista en el interior del país

Mediano plazo:

- Mejorar el acceso de la población a servicios de atención por especialidad de calidad.
- Mejorar la capacidad resolutive de la red hospitalaria en donde se implementa el programa, de acuerdo a las prioridades de atención y su cartera de servicios.
- Desconcentrar la atención hospitalaria hacia centros urbanos del interior del país.
- Mejorar la calidad de la referencia a los hospitales de referencia nacional.

Largo plazo

- Racionalizar e integrar el sistema de referencia y respuesta.
- Fortalecer las acciones del primer y segundo nivel de atención como centro de referencia para estos.
- Extensión del programa para cubrir todo el territorio nacional.
- Creciente capacidad de la red para atender nuevos desafíos en la provisión de servicios de salud con calidad.
- Impacto en los indicadores de salud.
- Avanzar en las metas de RHS.

Además se espera que el programa contribuya a mejorar la capacidad del residente para comprender el contexto local y sus efectos en la salud, enfrentar los desafíos de salud de grupos poblacionales semi urbanos y se sensibilice en su compromiso de contribuir a desarrollar la capacidad institucional para enfrentar los problemas de salud de su especialidad. Que el EPS-EM aproveche la práctica y los roles que debe asumir, para incrementar sus capacidades de gestión de la salud en problemas prioritarios de su especialidad.

De los recursos humanos se podrá considerar que el programa logra los efectos esperados si avanza en reducir la brechas de razón de densidad, aplanar las diferencias entre la distribución urbana y rural de especialistas.

La presencia de residentes del programa de EPS-EM, ha impulsado para que administradores y directores de la red hospitalaria del interior del país, paulatinamente van asignando más recursos tecnológicos, insumos y materiales para desarrollar el tipo y calidad de servicio de salud que estos realizan en la población que atienden, resultando en incrementar las capacidades resolutivas de los servicios.

Otro resultado (no esperado) que se produce tras la implementación del programa de EPS-EM es la habilitación de nuevos centros de formación de especialistas. Esto resulta relacionado con una mayor demanda y capacidad resolutiva de estos hospitales, lo que poco a poco fue creando las condiciones para actuar como un hospital-escuela; y al reclutamiento de médicos especialistas para los hospitales departamentales, la mayoría de ellos ex participantes del programa de EPS-EM, propiciando los elementos básicos para la creación de estos programas de formación desconcentrados.

De esa cuenta se han creado residencias en 07 hospitales del interior del país de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía, Traumatología, Anestesia.

Estas nuevas cohortes de especialistas permitirán avanzar en la internalización y distribución de especialistas (al menos durante el EPS-EM), ya que estos se distribuirán a nivel municipal en servicios de segundo y tercer nivel de atención, principalmente en los CAIMI (Centros de Atención Integral Materno Infantil), contribuyendo a mejorar el acceso a la salud en un contexto más cercano a las condiciones de vida de la población.

Otro efecto del programa es haber contribuido en una mejor distribución de médicos especialistas en el interior del país. Entre los factores relacionados están las mayores oportunidades laborales en establecimientos públicos y privados en lugares donde el recurso humano en salud y especializado es escaso, establecimiento de compromisos familiares y cambios en la percepción sobre la calidad de vida en el interior país.

III. Actividades del programa

El programa cada año administra una nueva cohorte de residentes, para el ejercicio profesional supervisado; para ello realiza actividades administrativas

- a. Realiza la planificación presupuestaria para el año con 6 meses de anticipación
- b. Evalúa eventualidades en el periodo, que podría implicar el cierre o apertura de lugares de práctica.
- c. Elabora listado de hospitales y otros servicios para la práctica del EPS-EM.
- d. Elabora listado de residentes para el programa de EPS-EM.
- e. Asignación de residentes a los lugares de práctica de acuerdo a normativo.
- f. Inicio del Ejercicio Profesional Supervisado: Acciones de Docencia, Servicio e investigación.

- g. Reuniones de docencia y coordinación con docentes defase IV.
- h. Reportes mensuales de avances y producción.
- i. Visitas trimestrales de supervisión y otras extraordinarias.
- j. Resolución de conflictos y aplicación del reglamento.

El programa en su estructura define que se establecerá el comité central de EPS-EM, el cual está integrado por el coordinador de especialidades médicas de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad de San Carlos, un representante del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y un representante del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, al comité le corresponde aplicar el reglamento del programa y su normativo; así también, es responsable de identificar los hospitales que cumplen los requisitos para su inclusión dentro del programa.

Al MSPAS y al IGSS le corresponde proporcionar los recursos presupuestarios para financiar los estipendios de acuerdo a la cantidad de residentes que estarán en el programa.

La supervisión del médico residente del programa tiene diferentes niveles y actores:

- a. **Supervisores centrales:** para esta función, el programa se apoya en el Vice ministerio de Hospitales para el caso del MSPAS y en la unidad de supervisión para el caso del IGSS.
- b. **Supervisión local:** Instancia de supervisión, monitoreo y evaluación, que de acuerdo a normativo del programa se conforma por el Director de área de salud, Director de hospital, Director hospital del IGSS y Jefe de departamento (si existiera).
- c. Equipo de **supervisores de la Facultad de Ciencias Médicas** a través del programa del Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas, quienes integran un equipo para la supervisión y evaluación del cumplimiento de actividades de docencia, servicio e investigación.

Existen factores externos que afectan el programa de EPS-EM y su eficacia, principalmente factores relacionados con el periodo de elecciones para cargos de elección popular, cambio de autoridades en el Gobierno, en la Universidad y el Seguro Social. Estos cambios se extienden a cambios en las autoridades hospitalarias que son aún más frecuentes que los cambios de gobierno.

También hay factores de logística (distancia, desplazamiento, condiciones de vivienda y desarrollo local, inseguridad en el territorio nacional) y de contexto sociocultural (idiomáticas, patrones culturales, pobreza etc.)

No se han estructurado indicadores para evaluar el desarrollo de las actividades del residente en EPS-EM, ni se ha estructurado como se evaluarán los resultados y efectos del programa.

IV. Recursos del programa

Humanos:

Residentes de último año de especialidad
Representantes del Ministerio de Salud, IGSS y USAC-FCCMM.
Autoridades hospitalarias en donde se implementa el programa
Integrantes del equipo de salud de los hospitales donde se realiza el programa
Población que se atiende

Económicos:

Asignación presupuestaria anual del MSPAS
Asignación Presupuestaria anual del IGSS

Infraestructura hospitalaria: Red hospitalaria consistente en

02 Hospitales de Alta Complejidad
24 Hospitales Departamentales de Mediana complejidad
10 Hospitales Distritales de baja complejidad
07 Hospitales Especializados.

V. Etapa de desarrollo

Planificación y formulación del programa (1998-1999);

- Creación del anteproyecto en el marco de la reforma del sector salud con participación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Creación de las comisiones de trabajo con participación interinstitucional y de otros actores involucrados.
- Implementación de plan piloto en 12 hospitales con 52 especialistas.
- Estudio de las condiciones de los hospitales para selección de lugares de práctica de acuerdo a las criterios definidos.
- Presentación a autoridades y distintos actores para su discusión y modificación.
- Elaboración del reglamento del programa discusión y aprobación.
- Acciones estratégicas para reducir la resistencia al programa: Mejora en el estipendio (salario), bono por transporte, alimentación, transporte y lavado de ropa, ofrecimiento de extender su contrato laboral por un año.
- Compromisos institucionales a través de carta de entendimiento entre el MSPAS, IGSS y USAC en la que se establecen las responsabilidades de las partes para la implementación del programa.
- Acuerdo ministerial creando el programa y aprobando la asignación de los recursos.
- Aprobación por la Junta Directiva de Facultad de Ciencias Médicas y Consejo Superior Universitario.
- Acuerdo de Gerencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, asumiendo los compromisos institucionales y asignando los recursos.
- Selección de los lugares de práctica por parte de los residentes de acuerdo a criterios definidos en el normativo.

Implementación del programa (2000- a la fecha)

- Asignación presupuestaria para el pago de estipendios a los residentes en su EPS.
- Readecuación paulatina de las condiciones de los hospitales departamentales para el ejercicio de las especialidades médicas en los hospitales del interior del país.
- Integración de los residentes de Especialidades Médicas a la red de hospitales del Interior del país.
- Asignación de responsabilidades a los residentes en tres áreas del desempeño: Docencia, servicio e Investigación.

Docencia:

- o Elaboración de programa de educación autodidacta (educación a distancia)
- o Plan de capacitación a personal de salud
- o Educación en gestión y análisis de la situación de salud

Servicio:

- o Provisión de servicios de su especialidad
- o Elaboración del Análisis de Situación de salud con personal local

Investigación:

- o Investigación operativa para identificar y resolver un problema de salud en su especialidad.

VI. Contexto en el que se desarrollo el programa:

La República de Guatemala es un Estado libre, democrático, independiente y soberano. Cada 4 años se eligen representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Tiene una extensión territorial de 108.889 km², dividida administrativamente en 8 regiones, 22 departamentos y 333 municipios, con 20,485 poblados y para el 2012 se estima que hay 15.07 millones de habitantes; su moneda es el Quetzal el tipo de cambio nominal para el 2012 fue de 7.90 quetzales por 1.00 dólar de los Estados Unidos de América. Aproximadamente 53.71% de la población vive en condiciones de pobreza, y 13.33% se encuentra en condiciones de pobreza extrema (1). La incidencia de la pobreza es mucho mayor en la zona rural (74.5% de la población) que en la urbana (27.1%). Los índices más altos de pobreza se observan entre la población indígena (77.3% de la población) en comparación con la no indígena (41,0%). El índice de desarrollo humano (IDH) en 2012 fue de 0.581 en comparación con 0.523 en 2000, por lo que ocupa el puesto 133) de 187 países donde se realiza la medición (el peor de la región centroamericana). El IDH de la capital del país (0.795) presenta grandes variaciones respecto del IDH del interior (0.457 en el departamento de Sololá, con 96.4%de población indígena).

Las regiones de mayor pobreza concentran las tasas más altas de desnutrición: 80% de los niños con desnutrición crónica se encuentran debajo de la línea de pobreza

general. La tasa global de fecundidad es mayor entre las mujeres pobres, que tienen en promedio dos hijos más (cuatro) que las no pobres (dos). La incidencia de la desnutrición crónica en las poblaciones indígenas (69.5%) es casi el doble de la que se observa en la población no indígena (35.7%). El problema de la distribución de la tierra cultivable sigue siendo prioritario en todo el país, pero afecta especialmente a los sectores indígenas. La mitad de los productores agropecuarios del país son indígenas, pero solo controlan 24% de la tierra que trabajan (incluyendo tanto las tierras propias, como las arrendadas). La proporción del ingreso nacional que corresponde al decil más pobre de la población es de 1% y el decil más rico abarca el 47.4%. La desigualdad es elevada, cualquiera que sea el indicador que se utilice.

Hay 4,791,512 personas económicamente activas; 20.8% tienen entre 10 y 18 años; 31.2% entre 19 y 30 años; 33.9% entre 31 y 50 años, y 14.0% más de 50 años. La participación no indígena en la PEA es de 55.2%. Se calcula que 74.5% de las personas económicamente activas se desempeñan en el sector informal, 86.8% trabajan sin contrato y 59.6% cumplen jornadas de más de 40 horas semanales. El salario mínimo al día para actividades agrícolas es de US\$ 8.60 y de US\$ 7.91 para actividades exportadoras y de maquila. Únicamente 12.5% de la PEA está afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y su proporción ha ido decreciendo con los años. El sector agropecuario es el que más empleo genera (32.3%), seguido por el comercio (29.0%) y la industria manufacturera (13.7%). Hay 108,050 personas desempleadas (el 3.84% de la PEA), de las cuales 60.3% son hombres y 47.0% tienen entre 19 y 30 años de edad. (2)

En 2004 el aumento del PIB fue de 2.7% y fue superior en 2007 (6.3%) y nuevamente presenta un comportamiento menor de 3.0 en el 2012 (3); en estos periodos la tasa de crecimiento del PIB fue superior a la tasa de crecimiento poblacional, la cual se sitúa en de 2.5% para el 2012. El PIB per cápita aumentó de US\$ 1.823,4 en 2001 a US\$ 3,343.20 en 2012. (3)

A partir de 2002 las remesas familiares superaron a los ingresos por exportación de productos tradicionales (café, oro, banano, azúcar y cardamomo). Se estima que en 2012 las remesas alcanzaron los US\$ 4,782.7 millones (3). Se benefician de las remesas familiares 3.4 millones de personas, correspondientes a 774.000 hogares receptores (31.2% del total nacional). El déficit fiscal fue de -1.9 en 2001, y de 2.4 en 2012. La tributación del país se considera baja: alrededor de 10.9% del PIB en 2012. En los sectores de educación, ciencia y cultura se invierte 2.89% del PIB, y en salud 2.58%. En salud se invierte el 26% el total del gasto social y el 35% de este se invierte en los Q1 y Q2 mas pobres, mientras el 20% de este gasto se invierte en el Q5, es decir la población más rica.

El Congreso de la República ha ratificado Tratados de Libre Comercio con los Estados Unidos, Centroamérica y la República Dominicana, Chile, Colombia México, Panamá y Taiwán.

La proporción de los ingresos que percibe el 20% de la población con menos ingresos muestra la vulnerabilidad de los más pobres. La relación de ingresos entre los quintiles más altos y más bajos de la población ha aumentado sostenidamente desde 1984 de 19.3 a 34.2 en 2004. Guatemala tiene uno de los índices de mayor desigualdad en el mundo y ocupa el lugar 13 de 111 países evaluados por el PNUD, cuyos valores oscilan entre 0.20 y 0.61.

En el año de 1,996, los Acuerdos de Paz firmados entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca plantean una concepción integral de la salud, acorde con los ODM. Las prioridades sanitarias son: la lucha contra la desnutrición, como forma de combatir la pobreza extrema, y la ampliación del saneamiento ambiental para garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; asimismo, se hará hincapié especial en la reducción de la mortalidad materna e infantil mediante la expansión y fortalecimiento de los servicios de atención primaria enfocados sobre estas poblaciones más vulnerables. Estos son puntos en común entre ambos documentos. Otros aspectos, como los acuerdos sobre medicamentos, equipos e insumos, así como los referidos a la salud preventiva, también permitirán avanzar en el logro del ODM 5 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades).

Según las proyecciones basadas en el Censo de Población 2002, la tasa de alfabetismo de la población de 15 años o más es de 69.1%; el aumento más marcado del alfabetismo se registra en el grupo de 15 a 24 años de edad. Dos de cada tres personas analfabetas son mujeres. Hasta 2002 persistían las tendencias de escolaridad, puesto que los hombres de todos los grupos de edad tenían más años de escolaridad que las mujeres, y la población no indígena más que la población indígena. Por otra parte, los habitantes de la zona urbana tenían más años de escolaridad que los de la zona rural.

En materia de nutrición, se estima que 23% de la población (equivalente a 2.8 millones de personas) percibe ingresos mensuales insuficientes para cubrir los costos de la canasta básica. La fortificación de alimentos es la principal estrategia para disminuir y controlar las deficiencias de micronutrientes: se fortifica la harina con hierro y ácido fólico para la prevención de la anemia, la sal con yodo para la prevención de hipotiroidismo, y el azúcar con vitamina A para la prevención de la ceguera.

Con respecto a las amenazas naturales, el país presenta un promedio de 200 desastres naturales por año. Los sismos, las inundaciones y deslizamientos son los fenómenos más frecuentes y de mayor impacto. Otros eventos son las erupciones volcánicas, períodos de frío intenso con granizadas y nevadas, explosiones e incendios forestales.

Existen 1,733 poblados de alto riesgo en los cuales habitan 219,821 personas. Los departamentos con mayor número de poblados amenazados y población en riesgo son Escuintla, Zacapa, Santa Rosa y Petén. Aproximadamente 30% de la población reside en zonas de sismos; se trata de 641 poblados y 84,000 personas que habitan muy cerca de las grandes fallas. Aproximadamente 5,500 km² (que representan 5.1% del total del territorio del país) se consideran como de alto y muy alto riesgo de daños por sequía.

Según datos proyectados del Instituto Nacional de Estadística- INE la población del país para el 2012 es de 15,073,375 habitantes, con una densidad media de 138 habitantes por km² y extremos departamentales que oscilan entre un máximo de 1,509 habitantes por km² en la ciudad capital y un mínimo de 18 habitantes por km² en el departamento de Petén, y una tasa de masculinidad de 48.7%. La pirámide poblacional proyectada para el año 2012 muestra una alta proporción (40.8%) de jóvenes menores de 15 años, 44.2% de 15 a 44 años, 10.5% de 45 a 65 años y únicamente 4.41% de mayores de 65 años de edad.

Las tasas de crecimiento poblacional del país se encuentran entre las más altas de la Región y muestran una distribución diferenciada dentro del país, con diversas tasas globales de fecundidad para cada región y según grupo étnico.

La esperanza de vida al nacer para la población total en el quinquenio 2000–2005 fue de 68.9 (65.5 años para los hombres y 72.5 años para las mujeres) y para el 2011 fue de 71.7 (67.60 años para los hombres y 74.72 años para las mujeres). La tasa bruta de natalidad por 1,000 habitantes en 2004 fue de 30.97 (32.16 en hombres y 29.82 en mujeres) y para el 2012 (banco Mundial) fue de 32 por 1,000 habitantes. En 1998, 44% de la población residía en centros urbanos, mientras que para 2011 esta cifra llegó a 50% de la población total.

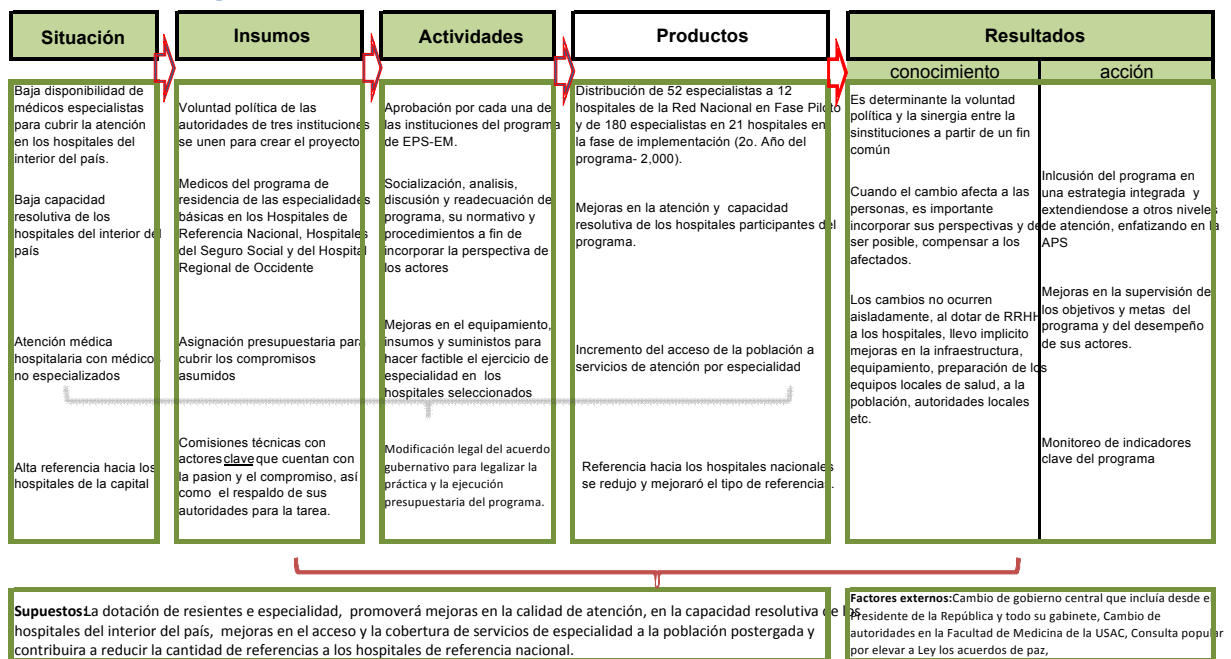
El país posee gran riqueza cultural, étnica y lingüística. Los grupos indígenas constituyen 41% de la población total y se reconocen como pertenecientes a las siguientes etnias: los pueblos maya, con 21 grupos, los xinca y los garífuna. Los tres grupos mayas de mayor población son: k'iche' (28.8%), q'eqchi' (19.3%) y kaqchikel (18.9%); 68.3% de la población maya y 44.3% del grupo no indígena residen en la zona rural. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, 43.4% de la población maya es monolingüe y habla únicamente uno de 21 idiomas mayas (no español).

La tasa de mortalidad general en el período 2001–2003 fue de 5.71 por 1,000 habitantes y para el año 2009 fue de 5.12. Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos correspondieron a influenza y neumonía (14.7% del total) y diarrea (6.6% del total). La tasa de mortalidad de los hombres fue de 6.74 por 100,000 habitantes. La primera causa de muerte fue la neumonía, con una tasa de 105 por 100,000, seguida de eventos de intención no determinada (50.2 por 100,000), homicidios (44.8 por 100,000), afecciones de origen perinatal (48.4 por 100,000) y enfermedades infecciosas intestinales (47.8 por 100,000). En los siguientes lugares se encuentran la cirrosis, la desnutrición y las anemias nutricionales, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares. La tasa de mortalidad de las mujeres fue de 4.73 por 1,000 habitantes. Las primeras cinco causas de defunción de mujeres correspondieron a influenza y neumonía (tasa de 86.1 por 100,000), enfermedades infecciosas intestinales (38.2 por 100,000), afecciones de origen perinatal (34.9 por 100,000), desnutrición y anemias nutricionales (25.9 por 100,000) y diabetes (22 por 100,000). Los siguientes lugares los ocupan las enfermedades cerebro vasculares, las complicaciones de la insuficiencia cardiaca, la enfermedad isquémica del corazón, los eventos de intención no determinada, y la

cirrosis. Según el sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 64.4% de las muertes fueron certificadas por médicos, 8.9% por personal empírico o comadronas y el resto (26.7%) por otra autoridad.

Desde el año 1971, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos ha desarrollado los programas de post grado como respuesta a las necesidades de formación de recursos humano especializado en diferentes áreas de la medicina. Estos programas se desarrollan en el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la Universidad de San Carlos de Guatemala, dicha formación ocurre en los hospitales-escuela que se encuentran ubicados en la ciudad capital y en la ciudad de Quetzaltenango y en ellos se ofrece la formación de especialistas en las siguientes áreas clínicas: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Anestesiología, Radiología e imágenes Diagnósticas, Neurocirugía, Neurología Pediátrica y de Adultos, Neurofisiología Clínica, Patología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Neonatología, Urología y Oftalmología.

VII. Modelo lógico:



¿Cuál fue el proceso seguido para desarrollar el programa? (Se sugiere que se pueda desarrollar un ARBOL DE CONSULTAS Y DECISIONES, identificando los actores y unidades institucionales involucradas y la secuencia de decisiones que permitieron poner en marcha el programa evaluado)

El proceso pasa por etapas de formulación inicial del anteproyecto, viabilización técnica, aprobación de las instituciones relacionadas, socialización análisis y

modificaciones del proyecto por los actores involucrados, fase de prueba, viabilización operativa y presupuestaria y lanzamiento. Muchas acciones ocurren simultáneamente y en algunos casos se tuvo que regresar a etapas previas.

Los principales actores por instancia se resumen en el cuadro siguiente:

VIII. Actores del programa

MSPAS	USAC, Facultad de CCMM - Fase IV	IGSS	Residentes de Especialidad
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ministro de Salud</i> • <i>Viceministerio Técnico,</i> • <i>Dirección general del Sistema de Atención en Salud-D-SIAS,</i> • <i>Coordinación de Hospitales y asesores del SIAS</i> • <i>Jefes de departamento de hospitales</i> • <i>Dirección de hospitales incluidos en el programa</i> • <i>Coordinadores de hospitales escuela</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consejo Superior Universitario,</i> • <i>Junta Directiva de la Facultad,</i> • <i>Decano de la facultad de CC.MM,</i> • <i>Dirección de especialidades de Fase I.</i> • <i>Comité de Fase IV</i> • <i>Delegados para integrar las comisiones.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gerente General del IGSS</i> • <i>Subgerencia de prestaciones en salud</i> • <i>Director de docencia</i> • <i>Coordinador de Post Grados de especialidades clínicas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Residentes del Hospital San Juan de Dios.</i> • <i>Residentes del Hospital Roosevelt.</i> • <i>Residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social</i> • <i>Residentes del Hospital Regional de Occidente</i> • <i>Residentes del Hospital de Salud mental</i> <p><i>Los residentes de cada lugar nombraron sus representantes</i></p>

Este grupo de actores les correspondió atender las más diversas situaciones lo que represento importantes desafíos tanto al interno como afuera de sus instituciones. Se debe señalar que existió decisión y compromiso político de las autoridades de cada institución, lo que ha sido determinante; sin embargo de manera explícita o no, hubo oposición y obstáculos al proyecto por diferentes motivos. En el siguiente cuadro se resumen las situaciones más significativas y las decisiones/acciones tomadas para superar las mismas.

Actores	Situación	Como afectaba	Qué decisión se tomó
MSPAS	El MSPAS decide iniciar un proceso para dotación de médicos especialistas para la red del interior del país. Plantea el proyecto a autoridades de la Facultad de Medicina	Se debía obtener el aval de la USAC para instituir este programa como parte de la formación de especialistas.	Desarrollar reuniones de cabildeo y presentación del proyecto.

USAC- FCCMM	USAC- analiza el proyecto y obtienen dictamen técnico que indica que el mismo no es viable. Inviabilidad del proyecto, por requerimiento de crearlo en hospitales acreditados	No existían hospitales acreditados para el programa en el interior del país, ni las condiciones para iniciarlo	Se modifico el texto del proyecto para que se conceptualizara como una práctica profesional supervisada de Especialidades Médicas - EPS-EM. Se presenta a autoridades de la facultad quienes lo aprueban y lo elevan al Consejo Superior Universitario quienes también lo avalan.
MSPAS, FCCMM- USAC e IGSS	Falta de certeza de que se honrarían los compromisos para ejecutar el programa	En época de eventos electorales y con recientes cambios de autoridades de la facultad, se corría el riesgo que las instituciones no cumplieran con sus compromisos.	Tras un largo proceso de socialización se firma carta de entendimiento entre las instituciones Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Facultad de ciencias Médica - USAC y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MSPAS Coordinación de Hospitales, apoyo de OPS. USAC- FCCMM	Condiciones de la red hospitalaria inadecuadas para el ejercicio de las especialidades médicas	No era posible ejercer la especialidad por la falta de un ambiente facilitante y el acceso a equipo, insumos y otros recursos.	Se realizó plan piloto en 1999 y se evaluó la experiencia. Se dio la readecuación paulatina de los servicios, su equipamiento y mejoras en sus procedimientos. Se autoriza la compra de productos e insumos. Se realiza estudio de caracterización rápida de las condiciones de la red hospitalaria nacional.
Residentes, Comisión interinstitucional	Inconformidad de los residentes pues se cambiaba las condiciones del pensum de estudios agregando un año más a la especialidad lo que difería del plan original de estudios de la especialidad.	Posibilidades de bloquear el inicio del programa por parte de los residentes, se amenazaba con ir a huelga, lo que desataría un problema antes de la implementación.	Se elabora la fase piloto con 52 médicos que finalizaron su especialidad todos ellos fueron enrolados voluntariamente y fueron asignados a 12 hospitales. En la fase de implementación del programa se adopta postura flexible de negociación hacia los residentes a quienes afectaría el programa por el cambio en su plan de estudios. 1. Equiparar la jefatura de residentes con el EPS-EM 2. Exonerar a los que pudieran demostrar que habían sido recibidos en un programa de formación en el extranjero y cuya duración era igual o mayor a un año. 3. Mejorar las condiciones de contratación, por lo que se incrementó el salario (estipendio) y otras prestaciones a otorgar, haciendo este programa muy atractivo económicamente. 4. Se brindaran oportunidades de

			un contrato por un año adicional al terminar el EPS
Residentes de especialidades.	Expectativas con respecto al proceso de escogencia del sitio donde se realizaría el EPS-EM	Posibilidades de insatisfacción por el lugar que les tocaría para la práctica. Se debía evitar el tráfico de influencias	Se sometió a análisis y discusión la propuesta de criterios para la escogencia de sitios de práctica hasta llegar a consenso. Se nombraron representantes de los residentes para incorporarlos al proceso de planificación a fin de incorporar sus intereses Se creó programa informático que reunió los criterios acordados y su ponderación para la escogencia del sitio de práctica. Se realizan las tablas de plazas por hospital y por especialidad y se da el proceso de escogencia del lugar de práctica.
MSPAS	Heterogeneidad de los POA para programar los recursos para el pago de residentes en EPS-EM	Criterios mal definidos lo que afectaría el registro del gasto con reparos ante el órgano contralor	Se crea la categoría de gasto en la dirección general de presupuestos con aval de la oficina de servicio civil
Residentes EPS-EM y directores de hospitales participantes del programa	Asignación de tareas de otras áreas que no son de la especialidad	Ante la escases de médicos en los hospitales, las autoridades locales asignaban tareas que no correspondían a la especialidad, generando descontento en los especialistas	Se realizó inducción a las autoridades hospitalarias sobre el programa y los roles de cada actor. Se crea el reglamento de práctica
Comisión interinstitucional	Incertidumbre sobre roles y responsabilidades en el EPS-EM por parte de los residentes que estarían en el programa.	La falta de claridad de roles y responsabilidades, podría afectar el desempeño del programa	Se diseñó un programa de Inducción sobre las funciones y atribuciones del EPS-EM que incluyó el análisis FODA de la fase piloto del programa.
MSPAS, USAC - Fac. CCMM, IGSS, Residentes en EPS-EM	Tras haber sorteado los obstáculos políticos, legales, normativos, académicos, presupuestarios, logísticos, de infraestructura y equipamiento básico, y de rechazo por los afectados, finalmente se tienen los elementos para iniciar la fase de implementación del programa de EPS-EM	Una ceremonia de inauguración podría dar la formalidad y realce al programa así como el respaldo político necesario.	Lanzamiento por autoridades del programa de EPS-EM. Dichas actividades incluyeron en su momento un programa especial y conto con la participación del Presidente de la República, El Ministro de Salud, El Gerente del IGSS y el Decano de la Facultad de Medicina de la USAC, así como miembros de las comisiones y el grupo de residentes de especialidades básicas.

El presidente de la República, el Ministro de Salud, el Gerente del IGSS y el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC consideraron que este es un proyecto que beneficiará a la población y atenderá necesidades particulares de la red hospitalaria nacional por lo que designan a actores estratégicos al proyecto y se conforman las comisiones de trabajo.

Elaboración del proyecto el cual es presentado ante las autoridades académicas para su aprobación.

La Junta Directiva de la Facultad de Ciencias médicas de la USAC a través del acta 42-98 avala el EPS-EM y lo remite al Consejo Superior Universitario, máximo órgano de la Universidad de San Carlos, quien el 7 de Julio de 1999 lo aprueba con el acta 21-99.

Fase preliminar:

- Evaluación y adecuación de 12 hospitales departamentales para el programa
- Contratación de 52 Especialistas recién egresados del programa de especialidades clínicas de Fase IV, de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Cirugía, Traumatología y Anestesia.
- El 17/12/1998 el Presidente de la República, Ministro de Salud, Gerente del IGSS, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, inauguran la primera fase del EPS-EM y el 2 de enero de 1999 da inicio la implementación de la primera fase (piloto) del programa.
- Análisis de salidas legales al contrato en vigencia con los residentes de especialidad por parte del MSPAS y el IGSS.

Segunda Fase (implementación del EPS-EM)

- Elaboración del plan para la implementación del EPS enero-1999 por el comité interinstitucional.
- Formulación y presentación ante Consejo Superior Universitario para la aprobación del EPS-EM y este el 7 de Julio de 1999 aprueba el proyecto de creación del EPS-EM con el acta 21-99.
- Estructuración del Marco Regulatorio Legal de la práctica que posteriormente se convierte en el normativo de la práctica de EPS-EM.
- En 1999 se presenta para análisis y discusión del normativo del programa de EPS-EM a la Comisión Interinstitucional, posteriormente a los representantes de los residentes, y luego al comité de Fase IV, luego es elevado a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, quedando aprobado por esa instancia el 7 de Octubre de 1999 a través del acta 23/99.
- Adecuación de programas académicos: Dentro del plan de implementación, la fase IV coordina con cada una de las especialidades para la readecuación del pensum de estudios a fin de incluir en ellos el EPS-EM. Esta readecuación también implicó que para obtener el reconocimiento de la especialidad por parte de la universidad era necesario completar dicha práctica
- Análisis FODA de la primera fase en cada uno de los hospitales participantes del plan piloto, con importante recomendaciones para la implementación del programa.
- Adecuación de un nuevo nivel de estipendios (salarios) y otras prestaciones, modificación del acuerdo gubernativo 117-86 en donde se establecía los niveles de residencia y los salarios que se percibían. -con el nuevo Acuerdo Gubernativo se permitiría legalizar los cambios en la escala salarial.

- Censo Nacional de Hospitales, para caracterizar las condiciones hospitalarias y determinar su participación en el programa.
- Selección de 23 hospitales para el programa y número de plazas para cada hospital por especialidad
- Se socializan los criterios para el proceso de escogencia de hospitales de práctica, y tras el análisis y aportes de los diferentes actores se oficializa la metodología.
- Creación de programa informático que interrelaciona los datos de la escogencia con los criterios establecidos para la distribución de residentes por hospital.
- Distribución de 100 residentes para el EPS-EM en los Hospitales del MSPAS y otro número similar para los hospitales del Seguro Social.
- Se diseño un programa de inducción al EPS-EM sobre las funciones y atribuciones del residente que incluyó el análisis FODA de la fase piloto del programa.
- Inauguración del programa por autoridades con representación de la entidad formadora y las entidades prestadoras de servicios (USAC-FCCMM, MSPAS, IGSS)

¿Hasta qué punto las partes interesados en el país han participado en el desarrollo del programa?

Indicar: A menudo (AM) - A veces (AV) – No incluido (NI)

<i>Sindicatos</i>	<i>NI</i>	<i>OPS</i>	<i>AM</i>
<i>Asociaciones Profesionales de Salud</i>	<i>NI</i>	<i>ONGs</i>	<i>NI</i>
<i>Sector privado</i>	<i>NI</i>	<i>Organismos Donantes</i>	<i>NI</i>
<i>Instituciones de Cuidados de Salud</i>	<i>AM</i>	<i>Miembros del Observatorio</i>	<i>AV</i>
<i>Regiones de Salud / Unidades de Salud</i>	<i>AM</i>	<i>Universidades</i>	<i>AM</i>
<i>Otros departamentos gubernamentales</i>	<i>NI</i>	<i>Colegios Comunitario (¿?)</i>	<i>NI</i>
<i>Organizaciones Públicas</i>	<i>AV</i>	<i>Otros (listar y describir)</i>	<i>NI</i>

IX. Implementación del Programa

¿Qué acciones e actividades han sido implementadas en este programa?

- Dotación de residentes de las especialidades básicas de último año, para la atención médica especializada de la red hospitalaria.
- Los residentes de especialidades desarrollan su práctica en los siguientes ejes programáticos

Docencia:

- Elaboración de programa de educación autodidacta (educación a distancia).
- Plan de docencia a personal de salud en su servicio o de médicos generales del hospital.
- Curso de Gerencia Clínica y análisis de la situación de salud.

Atención:

- Provisión de servicios de su especialidad, aumentando la cobertura en población desatendida.
- Referencia de casos, que por su complejidad escapan a la capacidad de resolución del establecimiento.
- Atención de emergencias de su especialidad

Investigación:

- Elaboración del Análisis de Situación de salud con personal local
- Investigación operativa para identificar y resolver un problema de salud en su especialidad.

Gestión del servicio:

- Elaboración de procedimientos hospitalarios de su especialidad.
- Organización de funciones y atribuciones en el servicio.
- Identificación de mejoras hospitalarias para la provisión de servicios.
- Desarrollo de acciones para la resolución de problemas de organización identificados en su servicio.

- Actividades de supervisión y aplicación del reglamento por parte de la coordinación interinstitucional.

¿Cuáles son los principales éxitos del proceso de implementación del programa en relación con el objetivo general?

- Se creó el marco legal y normativo para la implementación del EPS-EM (acuerdo gubernativo para el caso Ministerio de Salud Pública, Acuerdo de Gerencia para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Aprobación de la práctica de EPS-EM y su normativo y la readecuación curricular ante Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas y Consejo Superior Universitario de la USAC.)
- Se realizó la adecuación de programas académicos para la inclusión de la práctica.
- Se logró la asignación ininterrumpida de los recursos financieros por parte del MSPAS e IGSS para el programa desde el año 2,000 hasta la fecha.
- Se ha dotado a los hospitales del interior del país de médicos en el último año de la especialización, incrementándose cada año el número de residentes y de hospitales en el programa abarcando de 12 hospitales en la fase piloto a 34 hospitales en la actualidad.

- El nuevo programa académico es aplicado a las nuevas cohortes de residencia de especialidades médicas, este ha quedado sistematizado y se han agregado nuevas especialidades.
- Se ha incrementado el tipo, calidad y productividad de servicios de especialidad de los hospitales del interior del país.
- Implementación de nuevos procedimientos y conductas en el área hospitalaria
- Se han mejorado las condiciones y calidad del sistema de referencia y respuesta, reduciendo referencias hacia hospitales de la ciudad capital.
- Se han implementado programas de residencia en hospitales nuevos, fuera de la ciudad capital.

¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas en el proceso de implementación de programa de RHS?

- Es determinante la decisión política y la sinergia entre las instituciones, pues a partir de ella, los equipos técnicos identificaron un fin común y las oportunidades para viabilizar el proyecto.
- Los actores claves deben ser personas apasionadas por los proyectos de cambio con liderazgo para enfrentar los desafíos y la resistencia y debidamente respaldados por las autoridades de las instituciones que representan.
- Se requiere flexibilidad en la negociación. Cuando el cambio afecta a las personas, es importante incorporar sus perspectivas y de ser posible, compensar a los afectados.
 - **Residentes de Especialidad:** para el caso de Guatemala el programa inicia con una cohorte de especialistas a los cuales se les cambio las condiciones de sus contratos y el pensum de estudios, por ello se negociaron condiciones para reducir la resistencia a la implementación del programa; entre ellas: a. readecuación de salarios y prestaciones hacia un nuevo nivel salarial, lo que incremento en aproximadamente un 100% de lo devengado en los años previos, lo que también incluyó un bono para financiar los gastos en que se incurrirían por esa práctica (lavado de ropa, traslados, alimentación y vivienda); b. Se les otorgó la categoría de especialistas pendientes de llenar requisito de práctica en los hospitales, c. Se incorporaron sus observaciones al reglamento de la práctica, d. Equiparar la Jefatura de residencias con el EPS-EM, d. Exoneración de la práctica a los residentes que comprobaron fehacientemente haber sido aceptados en un programa de formación en el extranjero e. oportunidad para prolongar su contrato de servicios por un año más, f. Se establece la metodología para el proceso de escogencia del sitio de práctica.
- Se necesita que cada entidad asuma el rol que le corresponde.

- Algunos tecnicismos pueden obstaculizar los proyectos, para este programa al requerirse que los hospitales fueran acreditados para ser incluidos en el programa de EPS-EM obstaculizaba la viabilidad del proyecto.
- Los cambios no ocurren aisladamente, al dotar de RRHH a los hospitales, llevó implícito que se debían hacer mejoras en la infraestructura, equipamiento, preparación de los equipos locales de salud, a la población, autoridades locales etc.

¿Cuáles son los mayores desafíos?

- Viabilizar políticamente el proyecto académico del Ejercicio Profesional de Especialidades Clínicas, en la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas Fase IV, teniendo en cuenta las implicaciones que esto tendría y las implicaciones políticas que podría tener para las autoridades universitarias de turno.
- Aceptación del programa por parte de los residentes, por cambio en el programa de residencia y los contratos vigentes.
- Asignación presupuestaria por parte del MSPAS e IGSS para el programa que implicaba un nuevo nivel salarial y prestaciones, así como bono para los gastos.
- Proceso metodológico para la escogencia de hospitales que permita el mismo con objetividad.
- Creación de condiciones de infraestructura, equipamiento, insumos y suministros para la práctica de especialidades en los hospitales del interior del país.
- Reglamento de práctica a fin de delimitar las funciones y responsabilidades de los residentes en su EPS-EM.
- Modificación legal del acuerdo gubernativo para legalizar la práctica y la ejecución presupuestaria del programa.
- Acreditar el tipo de gasto ante la dirección general de presupuesto.
- Optimizar la gestión del desempeño de los residentes de especialidades.
- Agregar valor académico la práctica de EPS-EM.

¿Cómo podría mejorar el actual proceso de implementación del programa?

- Mejorar el proceso de inducción a fin de que el residente conozca las expectativas de desempeño que el sistema tiene de su incorporación al programa.
- Fortalecimiento del proceso de supervisión interinstitucional de los residentes de Especialidades Médicas, que apoye la mejora en el desempeño integral del residente en las áreas de asistencia, docencia e investigación.
- Agregar valor académico a la práctica de EPS-EM a través de mejoras al curso de Gerencia Clínica y otros cursos que integren la capacidad del residente entre las áreas clínicas y de gestión de la salud.

- Definir indicadores y metas al programa en sus diferentes componentes de atención, de docencia e investigación.
- Hacer una evaluación formal del programa para mejorarlo; atendiendo a las lecciones aprendidas, reenfoquándolo de ser necesario hacia las necesidades de la población, de la integración y desarrollo del sistema de salud y de la formación integral de los residentes. cabe destacar la necesidad de completar el proceso de rediseño del programa de acuerdo al siguiente esquema:

- NOMBRE DEL PROGRAMA
- MARCO LEGAL O JURÍDICO
- ANTECEDENTES
- JUSTIFICACIÓN
- MISIÓN
- VISIÓN
- OBJETIVOS: Caracterización, Modos de actuación profesional, Objetivos de años, Objetivos de módulos, Asignaturas o cursos
- CONTENIDOS: plan temático. Esquema general de enseñanza, del contenido analítico en módulos, asignaturas, cursos
- ASPECTOS METODOLÓGICOS: Definición del curso o especialidad, estrategia general del plan de estudios, estrategias por años o módulos, orientaciones metodológicas de las asignaturas, formas de organización de la enseñanza, métodos de enseñanza
- MODELO DE EVALUACIÓN ENSEÑANZA APRENDIZAJE: General, por año, por modulo, por asignatura, tarjeta de evaluación y listas de cotejo.
- DE LA INSTITUCION: Acreditación institucional, acreditación del curso o especialidad, soporte material, planta docente
- DE LOS ALUMNOS Requisitos de entrada, cumplimiento de los requisitos, requisitos de egreso.
- DEL IMPACTO: Aporte del programa al desarrollo nacional e internacional en recursos humanos en salud. Pertinencia, evaluación del impacto, evaluación de la competencia y el desempeño
- BIBLIOGRAFIA

¿El desarrollo del programa y el proceso de implementación han tenido resultados negativos o no deseados? ¿A qué factores pueden ser atribuidos tales resultados no deseados?

A pesar de que no se han evaluado, los actores consideran que los beneficios superan considerablemente los resultados negativos o no deseados; sin embargo se pueden identificar algunos aunque estos no sean de responsabilidad exclusiva del programa por ejemplo:

Resultados	Factores que pueden estar relacionados
Cambios en la terapéutica entre médicos generales y especialistas.	La falta de aplicación de protocolos de atención, en algunos casos deja espacio a la discrecionalidad del especialista, lo que podría derivar en el incremento del uso de productos de segunda o tercera elección.
Aumento del costo de la atención	Por uso de productos más costosos Por incremento en el uso de métodos de diagnóstico
Aumento de la tasa de complicaciones	A pesar de que el especialista puede estar mejor preparado, esto no ha ocurrido en igual proporción con el resto del equipo que brinda la atención, por lo que puede darse mayores errores de cuidado médico, cumplimiento de órdenes médicas. También puede ocurrir que se realicen procedimientos de mayor complejidad y que se encuentran fuera de la capacidad de resolución del establecimiento, lo que puede implicar mayor riesgo de complicaciones

X. Resultados del programa

¿Qué acciones se han producido como resultado del programa u iniciativa?

- Mejoras en la atención y capacidad resolutoria de los hospitales participantes del programa
- Incremento del acceso de la población a servicios de atención por especialidad
- Referencia hacia hospitales nacionales se ha reducido y mejorado la calidad de las referencias

¿En qué medida el programa ha logrado los resultados previstos?

Objetivos:	Resultados del programa
<ul style="list-style-type: none">• Mejorar la calidad de la atención de la red hospitalaria nacional, utilizando de manera racional los recursos humanos, materiales, educativos y de apoyo, desarrollando la capacidad de resolución de los problemas prevalentes, de acuerdo al grado de complejidad requerido.	<p>Se ha mejorado la calidad de atención en los hospitales del programa, mejorando el acceso a servicios hospitalarios a la población.</p> <p>Se ha incrementado el tipo, calidad y productividad de servicios de especialidad de los hospitales del interior del país.</p> <p>Se han mejorado las condiciones y calidad del sistema de referencia y respuesta, reduciendo referencias hacia hospitales de la ciudad capital.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollar acciones de integración docente-asistencial a través de la docencia, el servicio y la investigación de los principales problemas de salud y sus determinantes.	<p>A pesar de ser los ejes del desempeño de los residentes de EPS-EM, la atención médica absorbe el tiempo que debe destinarse a las acciones de docencia e investigación. Por lo que en este aspecto el programa es sujeto de mejoras para cumplir con este objetivo</p>
<ul style="list-style-type: none">• Optimizar el uso de la infraestructura médico hospitalaria de la red nacional y desarrollarla.	<p>El programa ha contribuido al desarrollo de la red hospitalaria, implementando nuevos servicios, procedimientos y mejores capacidades en dichos establecimientos.</p> <p>Con cada rotación se ha mejorado el equipamiento, el tipo de insumos y medicamentos, los cuidados de salud etc.</p>

	<p>Se ha identificado la necesidad de otras especialidades por lo que se ha ampliado a otras residencias clínicas.</p> <p>Nuevos establecimientos han sido incorporados al programa, llevando la capacidad de resolución hospitalaria a lugares donde existía infraestructura pero no la capacidad para brindar los servicios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Complementar la formación de los médicos residentes del Programa de Especialidades Médicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud, implementando en el último año de residencia, una práctica que permita la provisión de servicios en los hospitales del territorio nacional integrando los conocimientos y experiencia adquiridos y relacionarlos con la realidad epidemiológica nacional 	<p>El aprovechamiento de la práctica EPS-EM aun no logra significar un proceso de educación continua efectivo e integrador para los residentes participantes del mismo.</p> <p>La escasa supervisión, no ha permitido desarrollar una agenda para mejorar el desempeño de los residentes en los 3 ejes definidos para este programa.</p> <p>Limitadas capacidades logísticas de la entidad formadora para asesorar en investigación no permiten mejorar sus capacidades en esa área.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a los médicos residentes del último año de especialidad, con las necesidades de salud de la población que acude a los hospitales de la red nacional, manteniendo una actitud positiva a la integración con el equipo de salud y la población. 	<p>En un elevado porcentaje los EPS-EM al desarrolla contacto cercano con la población y sus características.</p> <p>Esto se traduce en diferentes grados de empatía con la comunidad.</p> <p>Al finalizar dicha práctica, un número considerable de especialistas han decidido residir en dichos lugares y emplearse en los hospitales donde desarrollaron su EPS-EM</p>
<ul style="list-style-type: none"> Favorecer el acceso de la población guatemalteca a servicios especializados en el interior del país. 	<p>Sin duda la población guatemalteca del interior del país, percibe las diferencias desde que se ha implementado el programa, por lo que los servicios de salud de especialidad en el interior del país tienen una elevada demanda.</p>

¿Qué factores facilitaron el logro de los resultados previstos?

El apoyo político _____ x _____
Los niveles de participación _____ x _____
El presupuesto del programa _____ x _____
La coordinación del programa _____ x _____
La implementación del programa _____ x _____
Claridad de los objetivos _____ x _____
Diseño del programa _____ x _____
La falta de claridad de rol _____
La falta de apoyo de datos / información _____
Otro _____

El apoyo político de las autoridades quienes convencidos del beneficio del proyecto, tomaron las decisiones para impulsar el proyecto en cada una de sus fases.

Los delegados de las instituciones participantes, asumieron un rol muy activo para procurar la ejecución del proyecto. En este sentido la asignación y respaldo hacia los actores claves es determinante dado los desafíos que se enfrentaron.

La voluntad política, también se refrendó con la asignación de los recursos para el programa, en una proporción adecuada para cumplir con los compromisos asumidos.

El liderazgo y nivel de apoyo hacia los actores designados fue clave para enfrentar las dificultades en cada etapa del proceso.

La realidad del problema hospitalario nacional, que desde diferentes perspectivas era irrefutable; por lo que los objetivos del programa eran identificables desde la óptica de los actores y sus intereses institucionales los cuales se integraron, siendo esta una verdadera experiencia de coordinación interinstitucional.

¿Cuáles son las brechas que aún persisten con respecto a la consecución de los objetivos del programa?

Enumerar y describir.

El apoyo político _____
Los niveles de participación _____
El presupuesto del programa _____
La coordinación del programa _____ x _____
La implementación del programa _____
Claridad de los objetivos _____ x _____
Diseño del programa _____ x _____

La falta de claridad de rol _____ x
La falta de apoyo de datos / información _____ x
Otro: Optimización del desempeño de los Residentes en EPS-EM x

- Para una mejor comprensión de los resultados del programa y de las brechas que persisten, se considera necesario hacer una evaluación formal del programa para mejorarlo; atendiendo a las lecciones aprendidas, reenfoquándolo de ser necesario hacia las nuevas necesidades de la población, de la integración y desarrollo del sistema de salud y de la formación integral de los residentes.
- Es una materia pendiente el fortalecimiento del proceso de supervisión interinstitucional de los residentes de Especialidades Médicas, que apoye la mejora en el desempeño integral del residente en las áreas de asistencia, docencia e investigación.
- Agregar valor académico a la práctica de EPS-EM a través de mejoras al curso de Gerencia Clínica y otros cursos que integren la capacidad del residente entre las áreas clínicas y de gestión de la salud.
- Definir indicadores y metas al programa en sus diferentes componentes de atención, de docencia e investigación; creando mecanismos para la captura, procesamiento y análisis de información.
- Mejorar el proceso de inducción a fin de que el residente conozca las expectativas de desempeño que el sistema tiene de su incorporación al programa

¿En qué medida el programa ha contribuido al fortalecimiento del personal de salud?

Este programa incide en que se mejore el desempeño de las instituciones de salud a partir de los siguientes procesos:

- a. Procesos de docencia a personal de salud que se extiende en algunos casos a otros temas más allá de la especialidad.
- b. Mejoras en los procedimientos para la atención, el cuidado y seguimiento de los pacientes
- c. Reducción de riesgos laborales al implementarse mejores prácticas las cuales son más habituales en los hospitales donde se formaron los residentes.
- d. Introduce innovación al servicio pues los residentes de especialidad han pasado por un proceso intenso de formación con los paradigmas más recientes de la atención a los problemas de salud de la población.
- e. Induce la educación médica continua de otros profesionales del servicio, que no desean sentirse obsoletos en sus conocimientos.
- f. Mejora el conocimiento de los problemas de salud al realizar pequeñas investigaciones operativas en el área de su especialidad, por lo que el resto del equipo mejora su conocimiento del comportamiento de estos problemas en la población de influencia.

15. ¿En qué medida el programa ha mejorado la prestación de los servicios de salud?
Marque todo lo que corresponda.

La atención primaria se expandió _____x_____

La eficiencia del programa aumentó _____x_____

La efectividad del programa ha mejorado _____x_____

Equidad de los servicios _____x_____

El acceso a servicios ha mejorado _____x_____

La integralidad de la atención mejoró _____x_____

La satisfacción del paciente aumentó _____x_____

Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos _____x_____

Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido _____x_____

Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó _____x_____

Otro _____

¿Qué nuevo programa o intervenciones son necesario para seguir avanzando en la agenda de RHS?

- Continuar con las revisiones curriculares en distintos niveles y disciplinas de salud basadas en el perfil epidemiológico y las necesidades del país.
- Programas encaminados a la mejora de condiciones de trabajo del recurso humano en salud (ambientes laborales adecuados, equipamiento, higiene y seguridad laboral, entre otros)
- Programa de desarrollo de gestión en recurso humano en salud para personal clave del Ministerio de Salud
- Mejorar los programas de formación para atender las brechas en APS
- Mejorar los programas de formación, regionalizarlos para atender las brechas en APS.
- Junto a las instituciones formadoras analizar la implementación de nuevas especialidades en los campos de Medicina Familiar, Epidemiología y Atención Primaria de acuerdo con las necesidades y perfiles de salud que requiere el país.
- Fortalecer los programas de pregrado y postgrado existentes, actualizar los programas de pregrado y especialidades con las instituciones educativas que los implementan.
- En relación al Programa de EPS-EM, se realizarán nuevos análisis para reformarlo con un abordaje integral, toda las especialidades de cada EPS y además se estará ampliando la cobertura del mismo, de acuerdo a las necesidades de cada región.
- En cuanto al Programa de Formación Técnica Universitaria de Partería. En el año 2014 se iniciará este programa en las regiones con mayor problema de Salud Materno-Infantil, se privilegiarán a las participantes de la región y serán becadas. Al finalizar la formación serán contratadas para trabajar en sus áreas de origen.
- Proceso de revisión curricular para la formación de recurso humano del nivel técnico universitario de enfermería: Este proceso deberá iniciar el seguimiento de los compromisos adquiridos por todas las instituciones educativas y de salud participantes: avances de los programas en los siguientes aspectos: Contenidos de las asignaturas, de la evaluación de la enseñanza aprendizaje, Evaluación de alumnos y de los profesores, del impacto de dicha intervención unificada.

- Ley de Carrera Sanitaria: Desarrollar el perfil o profesiograma de los trabajadores, reducir la brecha de trabajo precario y modificar el tipo de contratación. Ubicar a las personas en los lugares correctos de acuerdo al perfil que se requiere y con remuneración digna.