

1. DATOS GENERALES

+ FACULTAD:

- **FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

+ SEDES:

- **HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"**
- **HOSPITAL IQUITOS: "CESAR GARAYAR GARCIA"**
- **CENTROS DE SALUD I-4 DE IQUITOS: SAN JUAN, BELLAVISTA NANAY, MORONA COCHA.**

+ NOMBRE DEL PROGRAMA DE POSTGRADO:

- **ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

+ DURACION:

- **6 SEMESTRES**

+ DIPLOMA OFRECIDO:

- **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA**

+ VIGENCIA DEL PROGRAMA

- **JULIO DEL 2010 - JUNIO 2012**

+ REFERENCIA DE LA FACULTAD

- **Dr. Jorge Arévalo Melho, Ph.D.**
Decano de la Facultad
- **M.C. Javier Vásquez Vásquez, Mgr. SP**
Jefe de la Sección de Post Grado
- **Dr. Yuri Alegre Palomino**
Coordinador y Tutor de Sedes de Medicina Familiar y Comunitaria

2. FUNDAMENTO:

La sociedad peruana en especial la amazónica demanda médicos que tengan una concepción integral de la persona y de los problemas de salud.

La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido ratificada como una estrategia para fortalecer el primer nivel de salud.

Las evidencias muestran que en los países donde se fortalece la APS, los indicadores sanitarios mejoran. Por otro lado tenemos que tener en cuenta que el perfil epidemiológico ha cambiado, estamos frente a incremento de las enfermedades crónicas, de los problemas psicosociales y de los accidentes muy ligados a los estilos de vida y al contexto social.

El Perú desde hace años empezó la reforma de salud, que ha tenido aciertos y desaciertos, que se ve reflejada en la modernidad del Ministerio de Salud, Descentralización de la Salud, la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el inicio del Sistema único de Salud y la puesta en marcha del Aseguramiento Universal. Así mismo como parte de la reforma ha habido avances y retrocesos en el fortalecimiento del Recurso Humano del primer nivel de salud como es la especialidad de Medicina Familiar.

Por otro lado sabemos que en el primer nivel de salud debe de resolverse del 80 al 85% de la morbilidad que se presenta en la comunidad, y esto es fundamental considerando la gran extensión geográfica de Loreto, los niveles de pobreza, los aspectos culturales y sociales.

La actual oferta de servicios de salud es fragmentada, incompleta e interrumpida, que desaprovechaba oportunidades para una atención integral de la salud de las personas y sus familias, así como los serios problemas de eficiencia e insuficientes niveles de calidad, las importantes limitaciones al ejercicio de los derechos ciudadanos, así como la pobre participación de los propios trabajadores de los servicios, de los usuarios y de la población en general.

La salud entendida como un derecho y que es la persona humana el centro del sistema de salud, y no un órgano o sistema, se requiere una mirada integral, que responda a las necesidades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona en el contexto de su familia, comunidad y el ambiente, manteniendo una continuidad en la atención, permitiendo la participación ciudadana y la orientación de la atención hacia el logro de la

equidad.

En este proceso de reforma, y para lograr implementar una Atención Integral, no solamente se requieren lineamientos de política y programas de acción; sino, fundamentalmente recursos humanos adecuadamente preparados para enfrentar esta tarea. En este sentido, debe considerarse que actualmente es un hallazgo común que los servicios de salud periféricos estén en manos de personal con poca motivación, sin perspectivas definidas de carrera y con una preparación incompleta, que les permita dar solución inmediata a los problemas más frecuentes, que pueden ser mejorados con medidas simplificadas de bajo costo y con gran impacto en la población. Tales servicios suelen existir al margen de las actividades docentes y de investigación que realizan las facultades de medicina.

La responsabilidad de las universidades en la formación de recursos humanos capacitados para enfrentar el desafío de la atención primaria y la salud integral es sin lugar a duda, ineludible. Para este fin es conveniente una integración eficiente de las instituciones responsables de la docencia y los servicios, para proveer a estos últimos con los recursos humanos adecuados a sus objetivos en los diferentes niveles de atención.

En tal sentido el primer nivel de salud, debe ser fortalecido con especialistas médicos, como lo considera la norma de categorización de establecimientos de salud vigente, y el recurso clave es el especialista en medicina familiar. Los médicos de medicina familiar son el recurso humano ideal para este tipo de modelo, ya que se trata de médicos de atención primaria, con una formación de post grado que los capacita para satisfacer y resolver la mayor parte de las necesidades de salud que pueden presentar las personas en las diferentes etapas de la vida.

El Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria es el responsable de la atención inicial de la persona, es competente clínicamente para resolver problemas de salud con un enfoque integral, y orienta su atención a la familia y a la comunidad de manera continuada. Estos atributos confieren a los sistemas de salud basados en profesionales con conocimientos especializados en Medicina Familiar, una mayor resolutivez de la atención primaria, con niveles más altos de satisfacción del usuario y una notoria optimización del uso de los recursos, tan necesarios en el Perú.

A nivel mundial se reconoce la necesidad de contar con médicos de esta especialidad que puedan brindar una atención médica integral de calidad de modo que por su preparación sean capaces de resolver la mayor parte de los problemas de menor complejidad.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

En Perú, desde hace más de una década se tiene formando médicos familiares, pero con un pobre respaldo del sistema de salud, por lo que no ha habido un cambio en la atención del primer nivel de salud, sin embargo ante la necesidad de la especialidad, nuevamente el Ministerio de Salud, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), diversas universidades nuevamente están promocionando la especialidad, que se refleja en la creación de plazas o incremento de las mismas. Según la Resolución Ministerial N° 167 - 2009/MINSA, donde se establecen las especialidades y sub especialidades prioritarias para la formación de especialistas en medicina humana, a parece la Medicina Familiar y Comunitaria como número uno en prioridad.

Sin embargo y como era de esperarse, a nivel nacional se han establecido una serie de desarrollos interesantes en la Medicina Familiar. Así, las primeras generaciones de médicos familiares e integrales se encuentran actualmente desempeñando en lugares de importancia en el ámbito sanitario actual, se ha establecido un importante vínculo con las organizaciones internacionales de la especialidad, y se ha generado un conjunto de nuevas experiencias docente-asistenciales a partir de este desarrollo.

La Universidad Nacional de la Amazonia, líder en la formación médica en la amazonia, con 17 promociones de medicina y 335 de egresado, se suma al esfuerzo nacional y regional para contribuir en mejorar la salud de las personas.

El presente documento desarrolla la propuesta de plan curricular para la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

3. BASE LEGAL

- A. Ley N° 23733. Ley Universitaria, donde se define la estructura y funciones del sistema universitario, incluyendo la formación de segunda especialización.
- B. Ley general de Salud
- C. Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud.
- D. Ley No 27658. Modernización de la Gestión del Estado
- E. Ley No 28175. Ley Marco del Empleado Público
- F. Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización y sus modificatorias por las Leyes N° 27950, 28139 y 28274.
- G. Resolución Suprema RS 002-2006-SA del 1 de marzo del 2006, reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico.
- H. Documento con los "Estándares mínimos de Formación para el Programa de Segunda especialización en "Medicina Familiar" del Comité Nacional de Residentado Médico - CONAREME. 2002.
- I. Resolución Ministerial N° 167 - 2009/MINSA, del 19 de marzo del 2009, Establecen las especialidades y sub especialidades prioritarias para la formación de especialistas en medicina humana.
- J. D.S. N° 013-2002-SA Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- K. D.S. 014-2002-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- L. R.S. 014-2002-SA Lineamientos de Política de Salud
- M. R.M. 729-2003-SA Oficializa la Atención Primaria de Salud como base del Modelo de Atención Integral de Salud
- N. R.M. 589-2007/MINSA Resolución Ministerial del 20-07-07 que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud"
- O. D.S. N° 005-2003-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
- P. R.S. 002-2006-SA Resolución Suprema RS 002-2006-SA del 1 de marzo del 2006, donde se aprueba el reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico.
- Q. Documento con los "Estándares mínimos de Formación para el Programa de Segunda especialización en "Medicina Familiar y Comunitaria" del Comité Nacional de Residentado Médico - CONAREME. 2002. En este documento se enuncian los principales logros y contenidos con los que debe contar la especialidad de Medicina Familiar
- R. R.S. N° 014-2002-SA Aprueban "Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- S. R.M. N° 1007-2005/MINSA Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de salud.
- T. R.M. N° 469-2007/MINSA Asignan funciones a Director de Programa Sectorial III.
- U. R.J. N° 968-2005-IDREH//J de fecha 19/09/2005 que aprueba la Directiva IDREH N° 002-DGFP-2005 "Norma Técnica para las Actividades de Capacitación Basadas en el Enfoque Educativo por Competencias" para dar cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 452-2005/MINSA que consta de VIII Numerales.

4. ANTECEDENTES

A inicios del siglo XX tomo fuerza —impulsada por el informe Flexner publicado en 1910 en EEUU— un movimiento para orientar la enseñanza de la medicina a su estudio científico por especialidades. Un efecto colateral de este proceso de diferenciación y tecnificación fue la tendencia al sobre-especialización, la cual alentó la atomización de la persona en sistemas, aparatos, órganos. Esta perspectiva, casi ignoró la dimensión socio-psicológica de la salud y la enfermedad, con el consecuente abandono de la percepción integral y armónica de la persona y una mayor despersonalización de la relación entre los usuarios de los servicios y sus proveedores. En dicho período, se apreció la devaluación de la atención en el nivel básico o primario de servicios de salud, y la pérdida del espacio de la medicina general en los ámbitos académicos, hasta el punto de casi desaparecer de la curricula de los programas de formación.

Como contracorriente a este movimiento, diversos países buscaron revalorizar la herencia recibida de los antiguos médicos de cabecera. Una de las experiencias más destacadas en este sentido fue la consolidada por Inglaterra, quien desde la década de los 40 reforzó su sistema de *General Practitioners*, buscando desarrollar profesionales capaces de atender al paciente sin importar sexo, raza, padecimiento, etc.

Esta experiencia posteriormente se traslado a Estados Unidos donde producto de una recomendación contundente en 1966, para formar nuevos especialistas capaces de ofrecer "...una atención integral y continua, que incluya no solo el diagnostico y tratamiento de la enfermedades sino también la prevención, cuidado, soporte y rehabilitación.."; en 1969 la Academia de Medicina Americana (AMA) aceptó a la MEDICINA FAMILIAR como 20ma especialidad.

En Latinoamérica y el Caribe, también se han desarrollado diversas iniciativas en el área de la medicina familiar e integral, en países de la región como México, Brasil, Bolivia, Costa rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Chile, Venezuela, entre otros, donde se tienen programas de post grado en Medicina Familiar desde las décadas de 1960 y 1970. Un particular desarrollo en este sentido ha sido alcanzado por México donde, en el primer nivel de la Atención del Sistema de la Seguridad Social, existe un médico familiar por cada especialista, y en Cuba, donde desde fines de los 60's e inicios de los 70's se consolidó un sistema de salud basado en médicos familiares, los cuales orientan hacia la demanda de familias adscritas, con un énfasis en la atención comunitaria, orientada a la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, con un enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

En Perú, los primeros intentos en este sentido se iniciaron en 1973, donde luego de un seminario viajero en el que docentes conocieron experiencias de la región, se hicieron intentos de introducir la especialidad de "Medicina Familiar" en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), sin lograr el apoyo y aceptación de las autoridades de dicha universidad.

Luego de este inicio infructuoso de los programas de formación en la especialidad, en 1989 se inició oficialmente la especialidad en la UPCH la cual se denominó inicialmente "Medicina Familiar" y poco después Medicina General Integral, para estar en concordancia con las otras universidades que desarrollaban dicho programa. La residencia se creó con 4 plazas; siendo su primer coordinador el Dr. Manuel Quimper Herrera.

En 1998 la especialidad en la UPCH adquirió el nombre oficial de Medicina Familiar, con la cual egresaron los especialistas desde dicho año.

El 5 de diciembre del 2002, el Comité Nacional de Residentado Médico - CONAREME, aprobó los Estándares mínimos de Formación para el Programa de Segunda especialización en "Medicina Familiar y Comunitaria", así mismo en febrero del 2003, se entregó a las Universidades incorporadas al Sistema Nacional de Residentado Médico -SINAREME, la potestad de elegir entre 3 denominaciones consideradas como equivalentes: Medicina General Integral, Medicina Familiar o Medicina Familiar y Comunitaria.

En los siguientes años diversas universidades del país ha iniciado la especialización de medicina familiar.

Durante su periodo previo de vigencia en la UPCH, la calidad de la formación de sus residentes en la disciplina universal de la Medicina Familiar experimentó un crecimiento cualitativo gradual. Así, por circunstancias comunes al desarrollo de los programas de Medicina Familiar en diversas partes del mundo, esta especialidad fue manejada inicialmente como un conjunto de rotaciones hospitalarias y por centros de salud periféricos, en la modalidad de un "internado grande".

A partir del 2003, con la incorporación de médicos familiares como profesores del programa de residencia en la UPCH y otras universidades, y con el establecimiento de importantes vínculos de estos profesores con las organizaciones internacionales de la especialidad, se logró generar una consistente experiencia docente-asistencial, a través del esfuerzo compartido del cuerpo docente, de los residentes y de los especialistas ya formados. Por todo ello, a pesar de la falta de recursos, el programa de especialización llevado por los especialistas actualmente egresados en Medicina Familiar de la UPCH, ha estado a la vanguardia en el país, y en niveles equivalentes a los de muchos o tros países de La tinoamérica.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

En el año 2007 se ofertaron 51 vacantes en total, se presentaron 118 postulantes, e ingresaron sólo el 25% (30), ocupándose en este caso el 58% de las vacantes ofertadas. Ello demuestra un aumento significativo en la demanda de la especialidad (300%) con relación al año 2003, y un aumento en 15% en la cobertura de las vacantes con respecto a ese mismo año. Sin embargo, la diferencia entre el número de postulantes y el número de ingresantes evidencia una brecha con el nivel exigido para ingresar a la especialidad que debe evaluarse.

5. MARCO TEÓRICO

A. Medicina Familiar:

La Medicina Familiar puede ser vista desde varios perfiles. Es, a la vez una especialidad médica, una forma de práctica médica, y un movimiento de alcance universal.

Mientras el médico general de antaño no era considerado, por convención, especialista en ningún lugar, su sucesor, el médico de familia moderno, sí es considerado y designado, en muchos países, un especialista. En estos países, el médico de familia es formado en un programa de residencia de postgrado, después de egresar de la Facultad de Medicina.

No sólo es la Medicina Familiar una disciplina clínica y una especialidad médica, sino que también es una forma, un estilo de práctica médica distinta a la de las otras especialidades médicas. La aplicación de los principios de la Medicina Familiar, hacen que el médico de familia tenga un estilo de práctica de trabajo, distinto al de otros especialistas. Utiliza una serie de instrumentos que agilizan la consulta, tales como la historia clínica orientada a problemas, con su lista de problemas, lista de medicaciones, planilla de seguimiento de intervenciones preventivas, familiograma, notas de seguimiento en formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan), instrumentos como el Test de APGAR familiar para evaluar la funcionalidad familiar, etc.

Mc Whinney afirma que la Medicina Familiar es una disciplina con principios universales que tienen aplicación local, según las realidades epidemiológicas y los recursos disponibles en el lugar.

El antiguo paradigma, conocido también como modelo biomédico incluye como tarea principal del médico el diagnóstico de la enfermedad y la prescripción de un remedio específico, en el que el médico es normalmente un observador indiferente y el paciente se comporta como receptor pasivo en este proceso. Este paradigma encaja bien con ciertas categorías de enfermedades, especialmente aquellas que dominaron el ejercicio de la medicina en el siglo XIX. Sin embargo, en otros contextos, especialmente en Medicina de Familia, se están encontrando anomalías que cada vez resultan más difíciles de ignorar.

De acuerdo con el nuevo paradigma, que surge diseñado para tener en cuenta esas anomalías, la enfermedad no está conceptualmente separada de la persona, ni ésta de su medio ambiente. Las tareas del médico

consisten en comprender la naturaleza física de la enfermedad, así como entender al paciente y al significado que tiene la dolencia para él.

La epistemología de la medicina abarca cuestiones como ¿Qué es el conocimiento médico?, ¿Qué debemos conocer sobre nuestros pacientes? y ¿Cómo se puede adquirir ese conocimiento?

Se trata, pues, de cambiar el concepto positivista del conocimiento -la creencia de que el único conocimiento válido es el obtenido por el método empírico—que dominó desde el siglo XIX la medicina, por el entrenamiento de la capacidad perceptiva, el conocerse a sí mismo para comprender al otro; la Medicina Familiar concede más importancia a los aspectos subjetivos y emocionales de la medicina, reconoce los fenómenos de transferencia y contratransferencia y los utiliza de manera terapéutica en la consulta. Utiliza sus propias emociones y su respuesta emocional al paciente como instrumento diagnóstico importante y busca entender los sentimientos de sus pacientes.

El modelo biopsicosocial proporciona una teoría sobre la que basar el ejercicio profesional del Médico de Familia.

B: Psicopedagógicos: Enfoque educativo basado en competencias

Todas las especialidades poseen un cuerpo particular de conocimientos, códigos, habilidades/destrezas y tecnología que les permiten configurar una identidad como tales. Estos atributos están implícitos en la misma definición de cualquier especialidad médica. Ahora es preciso definir y describir los instrumentos que la medicina familiar emplea y que le dan un marco conceptual diferente a esta especialidad.

Desde el primer año de la especialidad, y siguiendo con el ejercicio profesional, el médico de familia debe adquirir los elementos que subyacen a la información "cruda" y que se relacionan con el proceso de la toma de decisiones, de la comunicación con el paciente y de la misma práctica. El principio fundamental del proceso de aprendizaje del adulto, a diferencia del de los niños, es que se realiza en respuesta a una necesidad tangible.

Los contenidos de la formación del médico familiar deben estar centrados en el paciente y en la familia y no en una disciplina, así como deben estar basados en la comunidad y no en el hospital. Deben proveer el conocimiento y las destrezas necesarias de la medicina ambulatoria. En este paradigma, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento deben ser

enseñados para cubrir las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades, y no presentados como componentes del dominio de las especialidades.¹

Las revisiones sistemáticas de ensayos aleatorios de calidad muestran que las formas tradicionales de formación continuada (incluidas las clásicas conferencias o clases impartidas) son incapaces de modificar el rendimiento clínico o de mejorar el pronóstico de salud de los pacientes^{2, 3} Las estrategias de formación continuada que se han mostrado más eficaces son aquellas que tienen una mayor vinculación con la práctica diaria.

Asumimos el constructivismo como corriente pedagógica que afirma que el conocimiento de todas las cosas es un proceso mental del individuo, que se desarrolla de manera interna conforme el individuo obtiene información e interactúa con su entorno.⁴

El modelo constructivista asumido por el ex IDREH⁵ suscribe los siguientes presupuestos metodológicos que recogemos:

- El aprendizaje es un proceso interno de construcción de estadios en los cuales el sujeto va adquiriendo estructuras cada vez más complejas.
- El aprendizaje ocurre por descubrimiento, es decir el sujeto que aprende debe ser enfrentado a crecientes desafíos para potenciar su capacidad de resolver situaciones problemáticas y estar habilitado para demostrar su aprendizaje a situaciones nuevas.
- El aprendizaje es un proceso dual que se inicia a partir de la interacción con los demás y con el medio y luego pasa a ser parte de las estructuras cognitivas del individuo, como nuevas competencias.

La aplicación del modelo constructivista a la capacitación en la formación de los especialistas en medicina familiar implica el reconocimiento de que

¹ Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, Editorial Médica Panamericana, 2da. Edición, Argentina, 2006 Sección 1;1:15-16

² Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274:700-5. Citado en Vol. 11-Num.2-Febrero 2001 Medfam 2001;11:83-91

³ Davis DA, Thombosn MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274:700-5. Ibid.

⁴ [http://es.wikipedia.org/wiki/Constructivismo_\(pedagog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Constructivismo_(pedagog%C3%ADa))

⁵ Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos-IDREH. **Ibid.** p.10

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

cada persona aprende de diversa manera, requiriendo estrategias metodológicas pertinentes que estimulen sus potencialidades y recursos y que propicien la confianza en sus propias habilidades para resolver problemas, comunicarse y seguir aprendiendo.

El modelo exige tener en cuenta los conocimientos que ya tienen los médicos que se están especializando, de tal manera que el diseño del currículo considera los contenidos más significativos y pedagógicamente presentados, en función de los perfiles reales de las personas que se capacitan.

El otro rasgo del modelo está dado por el enfoque educativo para el desarrollo de competencias.

Anteriormente el entrenamiento de médicos familiares se basaba en centrar la formación del residente en la experiencia docente disponible en el hospital universitario, la cual no necesariamente consolida su preparación para las situaciones que deberá vivir en su futura práctica laboral. Un modo de superar estas limitaciones es entrenar al futuro especialista en Medicina Familiar de acuerdo a la metodología pedagógica de formación por competencias.

Las competencias representan una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes/valores que conducen a un desempeño adecuado, oportuno y de calidad. En este sentido, la competencia tiene un sentido práctico y está relacionada a "saber qué hacer, sobre algo específico y con determinadas actitudes/valores", pero siempre en un contexto propio del futuro laboral del residente, bajo situaciones a encontrarse con relativa frecuencia y dentro de los escenarios de actuación esperados para su desempeño.

Esta modalidad formativa permite definir las experiencias docentes y espacios educacionales requeridos para lograr las competencias deseadas, así como garantizar la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes/valores correspondientes. Acerca la formación al empleo y empleabilidad.

La formulación específica de competencias tiene dos ventajas. Por un lado transparentan las acciones laborales prácticas que se desea que los residentes adquieran durante su formación, y por otro lado permite crear herramientas concretas para diagnosticar el nivel basal en que estas competencias se encuentran dentro del bagaje original del residente, y posteriormente contribuyen a evaluar el efectivo logro de su adquisición durante la residencia.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

La identificación de las competencias se realiza usando la metodología del Análisis Funcional. Esta metodología permite elaborar una descripción integral y exhaustiva de los desempeños esperados en términos del propósito clave del perfil profesional en el cual se sustentan, y de las unidades y los elementos de competencia que se pondrán en juego en dicho desempeño. El diseño curricular basado en competencias, al tomar como punto de partida de su elaboración la identificación y la descripción de los elementos de competencia de un rol o de un perfil profesional, pretende promover el mayor grado posible de articulación entre las exigencias del mundo productivo y la formación profesional a desarrollar.

6. OBJETIVOS

Objetivo principal

Formar especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con las competencias adecuadas para ofrecer una atención médica humanitaria, científica e integral con el fin de mejorar la salud de la población a la que sirve.

Objetivo específicos

1. Formar médicos especialistas que brinden una atención personalizada y humanitaria, con énfasis en la calidad.
2. Formar médicos especialistas que brinden una atención integral en cada etapa de la vida, con énfasis en la medicina basada en evidencia y la prevención y promoción.
3. Formar médicos especialistas que brinden una atención a la familia.
4. Formar médicos especialistas que brinden una atención a la comunidad, con un enfoque epidemiológico y de gestión por resultados acorde a los lineamientos de política sectorial y regional
5. Formar médicos especialistas que desarrollen la docencia y la investigación en el primer nivel de salud.
6. Asumir su rol con visión transformadora y compromiso social, en el contexto socio sanitario del país.
7. Interiorizar la naturaleza integral de los problemas de salud individual y colectiva a sus conocimientos médicos y de gestión sanitaria.
8. Aplicar conocimientos científicos y tecnológicos, y las habilidades indispensables, para la prevención de enfermedades, ejecución e interpretación de los procedimientos de diagnóstico y la aplicación de los esquemas terapéuticos relacionados con la especialidad.
9. Atender a los pacientes portadores de enfermedades de mayor prevalencia en las áreas de medicina, cirugía, ginecología -obstetricia, pediatría y psiquiatría, así como las emergencias médico quirúrgicas, en el primer nivel de atención.
10. Identificar los sistemas de redes y su capacidad de resolución que permitan un flujo adecuado de las referencias y contrarreferencias.
11. Derivar oportuna y adecuadamente a los pacientes con patología de mayor complejidad utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia
12. Efectuar adecuadamente informes médico legales de su nivel de competencia.
13. Aplicar los fundamentos de la salud del medio ambiente en el manejo de la salud individual y colectiva.
14. Participar en equipo en el manejo de situaciones de emergencias y

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

desastres.

15. Realizar trabajos de investigación, orientados a la generación de información, de nuevos conocimientos y nueva tecnología.
16. Participar activamente en la docencia, capacitación de otros profesionales, trabajadores de la salud y de la comunidad en general, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención y a su desarrollo integral.
17. Administrar consultorios, servicios, programas o proyectos de la especialidad.
18. Impulsar el trabajo en equipo y su proyección como líder en salud de la comunidad.
19. Continuar su autoformación permanente.
20. Aplicar los principios y valores éticos que le permitan intervenir en la solución de los problemas de salud con sentido humanitario y vocación de servicio, en el marco de las disposiciones legales vigentes.

7. PRINCIPIOS Y VALORES

Mc WHINNEY⁶, declara los siguientes PRINCIPIOS de la MEDICINA FAMILIAR:

- El compromiso del Médico de Familia es más con la persona que con un conjunto de conocimientos organicistas, con una entidad nosológica o con una técnica especial.
- El Médico de Familia trata de comprender la enfermedad en el contexto biopsicosocial.
- El Médico de Familia considera el conjunto de sus pacientes como una población de riesgo, visualizando al individuo como parte de un grupo.
- El Médico de Familia fundamenta su atención en la relación médico-paciente, y destaca el valor de los aspectos subjetivos, la conducta y los sentimientos del paciente, el establecimiento de claras y precisas responsabilidades mutuas, así como el uso apropiado de la comunicación personal.
- El Médico de Familia considera cada contacto con el paciente como una oportunidad para practicar la prevención y la educación sanitaria.
- El Médico de Familia es parte de los servicios de salud a los cuales recurre en beneficio del paciente.
- Debe compartir, en lo posible, el ambiente comunitario del paciente.
- Atiende a los pacientes en la comunidad, en el domicilio y en el hospital.
- Coordina los recursos que la comunidad puede ofrecer al paciente.
- El Médico de Familia debe ser capaz de hacer referencias adecuadas a otros especialistas y al hospital. Interconsultar es una habilidad esencial.
- La familia se considera como unidad de atención, pues se enfoca como causa de muchos problemas de salud de sus miembros, y como apoyo para solucionarlos y prevenirlos.
- Debe saber tomar decisiones con un alto nivel de incertidumbre, identificando precozmente los problemas graves, manejar problemas indiferenciados, identificar riesgos y ligeras desviaciones de la normalidad, y saber utilizar sus conocimientos sobre las personas para observar tempranamente el inicio de las

⁶Mc Whinney Y. *Medicina de Familia*. Madrid: Mosby - Doy ma Libros, 1995.

- enfermedades e impedir su progreso.
- Utiliza adecuadamente el tiempo en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, e identifica los procesos graves en los que se requiere una intervención rápida.
- Debe no solo informarse sino educarse, autoevaluarse constantemente, e identificar sus necesidades de aprendizaje en la práctica. Es importante aprender fundamentado en la actitud reflexiva y crítica sobre la experiencia diaria e inmediata de su propio trabajo, que debe ser analizado aplicando la metodología científica. Su principal fuente de aprendizaje es la experiencia de su propia práctica.
- El Médico de Familia debe tener un mayor conocimiento de las condiciones comunes que raramente llegan al especialista.
- El Médico de Familia combina las opiniones y habilidades de muchos consultores con las necesidades específicas de cada paciente.

Se han descrito también LOS VALORES PROFESIONALES DEL MÉDICO DE FAMILIA⁷, los mismos que definen sus compromisos profesionales con la sociedad. Así, el aprendizaje y la interiorización de estos valores son imprescindibles para una adecuada actividad profesional.

...“Enseñar, transmitir estos valores, forma parte del trabajo de un tutor; aprenderlos y asimilarlos es esencial para que un residente llegue a ser un buen Médico de Familia”...

Los valores del Médico de Familia se resumen en 5 compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad y con la ética.

1.1 Compromiso con las personas: El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el Médico de Familia, sus actuaciones por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas dan sentido a la profesión, se persigue obtener su confianza para que consulten siempre que lo precisen. El mejor Médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud del colectivo al que atiende.

Respetar la autonomía del ciudadano no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud, por lo que el Médico de Familia facilita la información necesaria para que el propio paciente decida, con su colaboración, el curso

⁷ Casado VV, et al. *Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid-España; 2005.

de la atención que prefiere. A este respecto, la promoción de la autonomía del paciente para auto cuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial; utópicamente, el Médico de Familia persigue que sus pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarle. Su fin no es hacerse imprescindible para los pacientes, sino procurar que aprendan a auto cuidarse.

Al Médico de Familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o asistir enfermedades; sino que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible que también es objeto de su quehacer diario.

1.2 Compromiso social: El Médico de Familia en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, o mejor aún, de agencia de salud de los ciudadanos o de gestor de casos y coordinador de flujos, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo representa un riesgo de Iatrogenia para el paciente, sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el Médico de Familia tiene un compromiso social en el uso eficiente de los recursos sanitarios y en evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.

Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, el Médico de Familia debe asegurar una atención rápida a los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que dificulten el acceso a sus servicios o que favorezcan el acceso directo de los mismos a otros servicios más especializados. Por ello el Médico de Familia se esfuerza en organizar su trabajo y el de sus colaboradores, de tal forma que pueda atender sin demoras las demandas de los ciudadanos.

El Médico de Familia conoce la relevancia de su papel dentro del sistema sanitario pero la ejerce con humildad, porque sabe la influencia que tienen en la salud los factores sociales y económicos y por ello detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida de la población a la que atiende.

1.3 Compromiso con la mejora continua: El Médico de Familia toma sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y por ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, reconociendo a estos efectos el valor del equipo en el que

trabaja y minimizando la posibilidad de cometer errores a través de la mejora continua y el compromiso científico con la especialidad.

El perfil profesional del Médico de Familia y su compromiso con la persona, con la sociedad y con la mejora continua, le convierten en un profesional necesario para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

- 1.4 Compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales:** La polivalencia, la transversalidad y la incertidumbre con la que trabaja continuamente el Médico de Familia, no se consideran una limitación sino una característica propia de la especialidad y un incentivo para participar activamente en el desarrollo, consolidación y actualización del cuerpo doctrinal de esta especialidad.

El Médico de Familia sabe que su especialidad puede mejorar y, por ello valora y participa en la formación de nuevos residentes, a los que transmite, sin limitaciones cuanto sabe, contribuyendo a que los nuevos especialistas sean incluso mejores que él mismo.

Como tutor de nuevos profesionales, el Médico de Familia ayuda a aprender a las nuevas generaciones de residentes, sabiendo que en el proceso de enseñar él mismo también aprende.

El compromiso del Médico de Familia con su especialidad determina también, su disposición a investigar sobre aquellas cuestiones que son pertinentes para el desarrollo de la misma a fin de ofrecer un mejor servicio a la sociedad.

- 1.5 Compromiso ético** El Médico de Familia es exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario, reivindicando su buen funcionamiento. Las limitaciones de dicho sistema no le impiden mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja y con la industria farmacéutica. El compromiso ético del Médico de Familia se basa sobre todo en el respeto a la autonomía del paciente, asegurando su derecho a la intimidad y a la confidencialidad de su proceso. En sus actuaciones clínicas y teniendo en cuenta su ámbito de actuación, antepone de manera especial el principio de no-maleficencia al de beneficencia del paciente.

El Médico de Familia es especialmente cuidadoso y honesto en sus relaciones con la industria farmacéutica y en sus tareas de docencia y de investigación, evitando que sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

8. ESTRUCTURA CURRICULAR BASADO EN COMPETENCIAS

Un desafío es entrenar al futuro especialista en Medicina Familiar y comunitaria de acuerdo a la metodología pedagógica de formación por competencias.

Las competencias representan una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes/valores que conducen a un desempeño adecuado, oportuno y de calidad. En este sentido, la competencia tiene un sentido práctico y está relacionada a "saber que hacer, sobre algo específico y con determinadas actitudes/valores", pero siempre en un contexto propio del futuro laboral del residente, bajo situaciones a encontrarse con relativa frecuencia y dentro de los escenarios de actuación esperados para su desempeño.

Esta modalidad formativa permite definir las experiencias docentes y espacios educacionales requeridos para lograr las competencias deseadas, así como garantizar la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes / valores correspondientes.

La formulación específica de competencias tiene dos ventajas. Por un lado transparentan las acciones laborales prácticas que se desea que los residentes adquieran durante su formación, y por otro lado permite crear herramientas concretas para diagnosticar el nivel basal en que estas competencias se encuentran dentro del bagaje original del residente, y posteriormente contribuyen a evaluar el efectivo logro de su adquisición durante la residencia.

9. PERFIL DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El residente de medicina familiar y comunitaria durante su formación adquiere conocimientos, destrezas y desarrolla actitudes que le permitan lograr las características del perfil del Médico Familiar y Comunitario.

Al término del programa, el egresado será responsable de ofrecer atención médica integral al individuo y su familia, por lo que debe poseer alta capacitación clínica, administrativa, docente y de investigación, así como establecer vínculos de responsabilidad compartida con el equipo de salud. Derivar adecuadamente y oportunamente a los pacientes que lo ameriten. Actuando con humanismo, en apego a la ética profesional, bajo una sólida conciencia social e institucional.

El perfil del Médico de Familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud.

Estas características específicas del perfil profesional del Médico de Familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico: el de la Atención Primaria y de una forma propia de llevar a cabo dicha atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo.

A efectos didácticos, éste perfil profesional se plasma en las siguientes cinco áreas competenciales sobre las que existe un alto nivel de consenso a nivel mundial:

1. **Área de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico y bioética.**
 - a. El Médico de Familia desarrolla una práctica clínica centrada en el paciente, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados.
 - b. El médico de Familia fomenta un trabajo de armónico, de calidad, eficiente y eficaz.

- c. Lidera el equipo multidisciplinario que interviene en la atención integral de salud.
- d. Actúa ética y moralmente con el mayor respeto por la vida humana.
- e. Fomenta la participación de los pacientes, la familia y la comunidad en las decisiones y acciones que afectan su salud.
- f. Fomenta en los proveedores de salud, la cultura de respeto, comprensión y aceptación de la cultura de la población.
- g. Promueve la atención equitativa, digna y oportuna, con enfoque de derecho e interculturalidad, acorde con las necesidades del usuario en el nivel correspondiente del sistema de salud.
- h. Demuestra capacidad creativa y de autoformación.
- i. Impulsa el desarrollo del potencial humano de la institución valorándolos como los principales agentes del cambio.
- j. Proporciona y utiliza información relevante para la solución de problemas y la toma de decisiones en salud.

2. Área de competencias relativas a la atención a la persona.

- a. El Médico de Familia es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes.
- b. El Médico de Familia aborda las diferentes necesidades de salud de la persona humana como es la promoción de salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud en cada etapa de la vida abarcando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- c. El Médico de Familia trabaja en equipo con otros especialistas y trabajadores de la salud, así como realiza una oportuna referencia y un seguimiento a la contrareferencia.
- d. Demuestra conocimiento actualizado de la especialidad y de la realidad sanitaria del país.
- e. Promueve la nutrición adecuada en la población, priorizando a los niños, madres gestantes y adultos mayores para prevenir riesgos y daños nutricionales; así mismo efectúa el tratamiento de pacientes con malnutrición.
- f. Proporciona atención integral considerando que los factores determinantes de enfermedad más relevantes requieren ser modificados por acciones con enfoque biosicosocial dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y al ambiente.
- g. Aplica y consolida las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas según etapa de vida y Prioridades sanitarias nacionales.
- h. Diagnostica y trata al paciente y su familia con enfermedades agudas o crónicas, de mayor incidencia y prevalencia en las

diferentes etapas de vida y ciclo vital familiar.

- i. Analiza e interpreta procedimientos y estudios básicos de especialidades médico quirúrgicas, tendientes a un enfoque integral en la atención y a facilitar la coordinación con los diferentes especialistas que el caso requiera.
- j. Atiende emergencias médico quirúrgicas del primer nivel de atención y de los siguientes niveles en los casos en que no existe el especialista correspondiente y no sea posible la referencia oportuna,
- k. Resuelve en su nivel de competencia los problemas médico legales.

3. Área de competencias relativas a la atención a la Familia

- a. El Médico de Familia trabaja con las familias.
- b. El Médico de Familia realiza un diagnóstico de la familia: estructura, funcionalidad y etapa familiar.
- c. El Médico de Familia orienta a las familias.
- d. El Médico de Familia en su abordaje individual considera a la familia para el diagnóstico, tratamiento y seguimientos.

4. Área de competencias relativas a la atención a la Comunidad

- a. El Médico de Familia trabaja por problemas y en diferentes escenarios: La escuela, la casa, la comunidad, el hospital y el centro de trabajo.
- b. El Médico de Familia es un educador permanente y gestor del desarrollo comunitario.
- c. Evalúa la organización y desempeño del Sistema de Servicios de salud y las políticas de salud en su área de influencia
- d. El Médico de Familia trabaja con criterio epidemiológico y técnico administrativo a fin de integrarse a los servicios en el marco de las políticas nacionales y regionales de salud.
- e. Promueve, programa, ejecuta y evalúa permanentemente en equipo acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, trabajando con la comunidad organizada y sus agentes de salud.
- f. Participa en acciones intersectoriales e interinstitucionales para el control de riesgos de la salud, promoviendo ambientes y prácticas saludables.
- g. Coordina acciones de salud con organizaciones locales de la sociedad civil.
- h. Interviene en la solución de situaciones de emergencias y desastres en coordinación con el Comité Local de Defensa Civil

5. Área de competencias relativas a la docencia e investigación

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- a. El Médico de Familia fomenta la investigación en el primer nivel de salud, la docencia y la educación continua.
- b. Interviene en actividades de docencia, capacitación, educación continua y en eventos científicos de salud en su nivel de competencia.
- c. Organiza programas de información, educación y comunicación (IEC), adecuándolos a la cultura local.
- d. Investiga acerca de los problemas de salud y enfermedad de la comunidad y los factores que los condicionan.
- e. Promueve la investigación y eventualmente la incorporación científica y racional de los recursos terapéuticos alternativos de la medicina tradicional en los procesos de atención.
- f. Elabora el mapa epidemiológico local contribuyendo al registro información nacional.

Como tal, el especialista en Medicina Familiar tendrá las siguientes funciones:

1. De Atención Esencial:
 - Brindar una atención con una adecuada entrevista clínica.
 - Brindar una atención con conocimientos de bioética.
 - Brindar una atención de calidad y con calidez.
 - Participar de los equipos técnicos, potenciando sus recursos, y asegurando su funcionamiento armónico, de modo que sean efectivos instrumentos de servicio a las familias y la comunidad.
2. De Atención a la Persona:
 - Brindar una atención con enfoque bio-psico-social a la persona en cada etapa de la vida, con un enfoque promocional e intercultural.
 - Brindar una atención mediante una historia clínica orientada por problemas.
 - Atender las emergencias médico-quirúrgicas que pudieran presentarse en su área de influencia y de acuerdo a su nivel de resolutiveidad.
3. De Atención a la familia:
 - Usar los instrumentos de Medicina Familiar para un adecuado diagnóstico de las familias.
 - Realizar un diagnóstico oportuno de requerimientos de soporte por las familias para superar los estresores normativos y no normativos que enfrenten en las diferentes etapas de su etapa vital familiar.
 - Brindar orientación a las familias para el logro de una mejor dinámica y funcionalidad familiar
 - Transferir a terapia familiar las familias cuyo abordaje de problemas sobrepase las posibilidades de la orientación que puede ser ofrecida por el médico familiar.

4. De Atención a la Comunidad:

- Apoyar el fortalecimiento de las organizaciones comunales, como un modo de promover y estimular su participación ciudadana en la salud.
- Orientar y colaborar con la comunidad en la realización de diagnósticos locales y planes de desarrollo, así como en las coordinaciones que deriven de ellos.
- Colaborar en las acciones de desarrollo local, control ambiental y acciones de solidaridad, como un modo de contribuir a resolver los problemas de salud de las familias y sus miembros.
- Organizar estructural y funcionalmente los establecimientos de salud en los que trabajen, orientándolos a una atención integral, con calidad y eficiencia; articulados con otros sectores y la comunidad.
- Usar la epidemiología como herramienta básica para una planificación de las acciones sanitarias y elevar el nivel de salud de la población.
- Administración basada en una gestión por resultados y una gestión sanitaria en evidencias.,
- Liderar los equipos técnicos, potenciando sus recursos, y asegurando su funcionamiento armónico, de modo que sean efectivos instrumentos de servicio a las familias y la comunidad.
- Vincular a los servicios de salud con la comunidad y el resto de organizaciones prestadoras de servicios sociales en su entorno.

5. De Atención a la Docencia e Investigación:

- Brindar educación continua para los miembros del equipo de salud y para los recursos de la comunidad (agentes comunitarios, organizaciones de base, otras instituciones, etc.), de modo que puedan cumplir de la manera más efectiva y eficiente sus objetivos de contribuir a mejorar la salud de las familias y la comunidad.
- Estudiar la realidad de salud y sus factores determinantes, contribuyendo a la generación y evaluación de nuevas tecnologías y soluciones, apropiadas para la resolución de los problemas de salud de las familias y la comunidad.

Así mismo los conocimientos, destrezas y actitudes del médico de familia son las siguientes:

a. Conocimientos

- i. De la persona humana común un ser integral.
- ii. De las Guías clínicas en cada etapa de vida
- iii. De los instrumentos de medicina familiar
- iv. De las actualizaciones y evidencias científicas del conocimiento médico
- v. De los aspectos de docencia, investigación, administración,

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

epidemiología y salud comunitaria para mejorar la capacidad resolutiva y la salud de la población.

b. Actitudes

- i. Posee una actitud de servicio
- ii. Posee una actitud de mantener una relación médico-paciente-familia
- iii. Tiene una actitud de centrarse en la persona en el contexto de la familia y comunidad.
- iv. De coordinar las acciones de salud y trabajar en equipo.
- v. Reconoce sus límites y deriva oportunamente a los pacientes
- vi. Tiene interés de un aprendizaje de por vida
- vii. Promueve la docencia y la investigación
- viii. Compromiso con la salud pública

c. Destrezas

- i. Comunicación adecuada con sus pacientes y equipo de salud.
- ii. Reconoce factores de riesgo individual y colectivo
- iii. Examen clínico adecuado y diagnóstico oportuno
- iv. Negocia el tratamiento
- v. Identifica los problemas familiares y comunitarios
- vi. Enseña e investiga

10. CAMPO DE TRABAJO

El área de trabajo del especialista de medicina familiar y comunitaria lo constituye el primer y segundo nivel de salud, con mayor énfasis en el cuarto nivel de complejidad (centros de salud con internamiento).

El médico de familia actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, que le garantiza una adecuada atención y/o derivación oportuna.

Los establecimientos de salud del primer nivel de salud con la presencia de un médico familiar están con la capacidad de tener una resolutivez de un 80% a 85%. El médico de familia mantiene un contacto con los especialistas que laboran en el segundo y tercer nivel, lo cual asegura el seguimiento del paciente.

El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria.

Por otro lado según las características del médico familiar, puede desempeñarse en otros cargos y trabajar en las áreas administrativas, de docencia y de investigación.

Los especialistas en Medicina Familiar tienen diversas oportunidades de laborar en los establecimientos públicos de EsSALUD y del Ministerio de Salud (Puestos y Centros de Salud, Policlínicos, Unidades básicas), así como en campos clínicos privados (medicina ambulatoria, unidades móviles, etc.). Además, algunos egresados han realizado sus carreras en el ámbito de la gestión de redes de servicios regionales y sub-regionales, tanto del MINSA como de ESSALUD, y en diversos ámbitos del trabajo de la gestión de servicios privados.

11. CONDICIONES NECESARIAS PARA EL LOGRO DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS

A. DESCRIPCION DEL PLAN DE FORMACION DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

a. Estructura

El Programa de Residencia en Medicina Familiar se desarrollará en 3 años de entrenamiento y constará de:

i. Rotaciones de Medicina Familiar: (Anexo 1)

Constituyen el núcleo de la formación del médico familiar. Ella se realizará en forma continua desde la incorporación del residente al programa, con actividades académicas: Clases teóricas, prácticas en el consultorio externo de medicina familiar, en las guardias hospitalarias y en la comunidad.

ii. Rotaciones en diversos servicios de las otras especialidades:

Representan las rotaciones por las diferentes especialidades, en la mayoría son intra-hospitalarias, sin embargo debe de enfocarse a la práctica de la consulta ambulatoria de las diferentes especialidades.

iii. Rotaciones Electivas

Rotaciones a tiempo completo por campos de la medicina familiar en especial en lugares donde hay un desarrollo de la especialidad de medicina familiar.

Se propone rotaciones electivas según el interés del residente, que le permita reforzar aquellas áreas que sean consideradas prioritarias para su desarrollo posterior.

b. Docentes:

La administración del Programa estará a cargo de un profesor responsable, y será desarrollado por un equipo de docentes y tutores docentes, especialistas y/o magísteres en Medicina Familiar y Salud Comunitaria

Se contará con un staff de docentes en Medicina Familiar y Salud Comunitaria, que mediante convenio interinstitucionales tendrán contacto directo o indirecto con los residentes.

Así mismo se contará con un staff de especialistas, para el fortalecimiento de las competencias en el campo clínico.

El desempeño (performance) del equipo docente será revisado semestralmente los primeros dos años y luego anualmente.

c. Sedes Docentes: (ANEXO 2)

Para lograr las competencias, los objetivos curriculares y los logros mínimos, el Programa debe garantizar las oportunidades de experiencias de enseñanza-aprendizaje.

Los centros de formación deben ser instituciones de salud del primer y segundo nivel acreditado que ofertan servicios con enfoque de salud familiar y/o que permitan desarrollar actividades con la familia y la

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

comunidad, así mismo del tercer nivel para las actividades que correspondan del acuerdo al plan curricular institucional.

Las sedes docentes deben prever la infraestructura, recursos materiales, sistema de referencia y contrarreferencia operativo y el pago de derechos y beneficios laborales a los residentes de la especialidad.

Las sedes docentes en Iquitos son las siguientes:

Sede Principal:

✚ HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

✚ HOSPITAL IQUITOS: "CESAR GARAYAR GARCIA"

Sub Sedes

✚ CENTROS DE SALUD I-4 DE IQUITOS:

- MORONA COCHA
- SAN JUAN
- BELLAVISTA NANAY

Todas las rotaciones hospitalarias tienen un desarrollo semejante y constituyen períodos en los cuales se aprovechan los espacios docentes de las especialidades colaboradoras asentados en los servicios hospitalarios de las especialidades, para que los residentes de medicina familiar adquieran un conjunto de conocimientos y de habilidades adquiridas con el fin de entrenar competencias comunes a dichas especialidades y a la medicina familiar. En las rotaciones los residentes de medicina familiar, se integran con las mismas responsabilidades y obligaciones de los residentes de la misma especialidad, con mayor énfasis en la patología ambulatoria.

d. Metodología del Programa:

El Programa debe desarrollarse en la modalidad escolarizada, de formación en servicio con entrenamiento y responsabilidad progresiva, y con la tutoría de personal docente idóneo y suficiente.

El Programa debe desarrollarse a través de la aplicación de técnicas o herramientas educativas participativas e interactivas basadas en situaciones reales o simuladas donde el alumno profundiza e intercambia conocimientos y experiencias impulsando el aprendizaje en equipo.

Preferentemente, el trabajo del residente debe ser directo con los pacientes, la familia y la comunidad, salvo en aquellos procedimientos que generen riesgos, en cuyo caso, la habilidad inicial deberá lograrse en situaciones simuladas.

Durante el proceso de formación, el médico residente debe realizar las actividades y procedimientos con algún tipo de supervisión, dependiendo de la complejidad de éstos y del año de estudio. En todo caso, siempre debe existir algún tipo de supervisión de parte del tutor.

e. Número de residentes:

Un número de residentes que permita una enseñanza adecuada y lograr las competencias en cada rotación dependerá del número de docentes designados.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

f. Horario

La residencia requiere de dedicación exclusiva, sin embargo hay un horario mínimo de permanencia en las rotaciones.

g. Vacaciones

Por cada año se tiene un mes de vacaciones, sin embargo se debe aprovechar dicho tiempo en hacer rotaciones electivas.

h. Tesis

Para graduarse el residente de medicina familiar debe desarrollar una tesis cada año de estudio.

i. Desarrollo de las rotaciones

1) ROTACIONES DE MEDICINA FAMILIAR

a. CLASES TEORICAS

(Miércoles Y Sábado / 8 horas semanales)

✓ Hospital o Centro de Salud

b. CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR (Martes y Jueves / 8 horas semanales)

✓ Hospital

✓ Centro de Salud

c. GUARDIAS

(Una vez a la semana / 12 horas semanales)

✓ Emergencia del hospital (Deberá tener coherencia con la rotación)

✓ Emergencia del centro de Salud

d. TRABAJO COMUNITARIO

(Viernes en la tarde- noche / 4 horas)

✓ Comunidad

2) ROTACIONES EN OTRAS ESPECIALIDADES

(Lunes a Viernes de 7 a.m. a 13 p.m) y Lunes de 13 a 18 pm

✓ Medicina interna y especialidades: Infectología, Geriátría, Dermatología y electivas.

✓ Pediatría general, neonatología, adolescencia y especialidades electivas.

✓ Ginecología general, Obstetricia y electivas.

✓ Cirugía general y especialidades: Otorrino y oftalmología, anestesiología, urología y electivas.

✓ Psiquiatría

✓ Laboratorio de salud pública y Radiología (Imágenes)

✓ Administración, gestión y epidemiología

A partir del segundo año, hasta 3 rotaciones por año se puede hacer en otras sedes docentes, siempre y cuando se incorpore al plan de medicina familiar de dicha universidad.

3) ROTACION ELECTIVAS:

A tiempo completo (Lima o el extranjero)

- ✓ Internas: en el País
 - Según el perfil del médico
- ✓ Externas: Extranjero
 - Centro de Medicina Familiar

j. De la Evaluación (ANEXO 3)

El médico residente debe ser evaluado permanentemente por el tutor a través de la observación directa de las actividades y procedimientos que realiza y a través de otras fuentes de información (RIII, RII, según corresponda).

Para la evaluación preferentemente se hará uso de los siguientes instrumentos y técnicas:

- Lista de cotejos
- Reporte de procedimientos
- Escala de calificaciones
- Guía de autoevaluación
- Pruebas orales
- Pruebas escritas
- Calificación final

La evaluación de las competencias adquiridas se realizará en forma continua tanto en forma estructurada -exámenes escritos, y otras pruebas para evaluación de competencias- como en forma no estructurada, en todo contacto entre los profesores y los residentes, midiendo competencias en el área personal-social, procedimientos diagnósticos y juicio clínico y terapéutico, así como la relación médico-paciente.

Se desarrollará un trabajo de investigación de acuerdo a las normas establecidas por la dirección de investigación.

La nota mínima aprobatoria será de 13 y la valoración de las evaluaciones se hará llegar a la Dirección de Post-Grado mensualmente.

1. Evaluación de las Unidades Formativas basadas en Rotaciones hospitalarias

La evaluación será permanente con calificación mensual basada en dos grandes notas:

- La nota de la rotación.
- La nota de las actividades de Medicina Familiar I

Las notas que sean colocadas por los tutores de la rotación se promediarán con un peso de 70% con la evaluación de las actividades de Medicina Familiar que se promediarán con un peso de 30%. Si no hubiera actividades de medicina familiar el peso de la rotación es de 100%. Si hubiera cursos y estos tuvieran nota mensual, se promediará con la nota final del mes.

La nota de las actividades de Medicina Familiar I evaluará los siguientes tópicos:

- Asistencia, puntualidad y presencia.
- Iniciativa, responsabilidad y colaboración.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- Conocimiento de los contenidos diferenciales de Medicina Familiar ofrecidos durante el mes. Se evaluará con un examen escrito.
- Desempeño en Consultorio hospitalario de Medicina Familiar
- Desempeño en el trabajo comunitario
- Desempeño en la guardia (hospitalaria / centro de salud)

2. Evaluación de competencias

Habrà una evaluación de competencias de contenido teórico-práctico, al final de las Unidades Formativas de Medicina Familiar I, II y III, y una evaluación de competencias al finalizar el primer año de la residencia, las cuales evaluarán hasta qué punto el residente ha alcanzado las competencias esperadas para el período, y considerará:

- Un examen teórico de opciones múltiples
- Una evaluación práctica y/o examen oral.

El examen escrito y el examen oral o práctico, se promediarán entre sí con pesos de 50%.

3. Nota anual

La nota anual resultará de promediar las 12 notas mensuales y la nota de la evaluación de competencias, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$\text{Nota anual} = \frac{12 \text{ notas mensuales} + \text{evaluación de competencias}}{13}$$

13

k. **MONITOREO Y EVALUACION DEL PROGRAMA**

La monitorización y evaluación de los programas estará a cargo de la Dirección de Post-Grado y especialización.

Los residentes serán monitoreados permanentemente con instrumentos específicos preparados para cada una de las actividades.

A seguir se enumeran los instrumentos a aplicarse:

- Formato para registro de actividades de atención individual en el Consultorio Hospitalario de Medicina Familiar.
- Formato para registro de actividades de atención individual en los *servicios hospitalarios donde realiza sus rotaciones* en el hospital.
- Formato para registro de actividades de atención individual en el Consultorio del Centro de Salud sede.
- Formato para registro de actividades con familias que han sido citados al Consultorio Hospitalario de Medicina Familiar, o al Consultorio del Centro de Salud sede.
- Formato para registro de actividades en las *Guardias en servicios de emergencia* en el hospital.
- Formato para registro de actividades del *Diagnóstico de Salud en espacios comunitarios del ámbito del Centro de Salud* sede.
- Formato para registro de actividades *Preventivo-Promocionales en espacios comunitarios del ámbito del Centro de Salud* sede.
- Formato para registro de actividades *de gestión del Centro de Salud* sede, incluyendo *mejoramiento de la calidad y desarrollo de recursos humanos*.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- Formato para registro de actividades *en oficinas o Direcciones de Epidemiología, Salud de las Personas y Promoción de la Salud de la DISA o RED.*
- Formato para registro de actividades a desarrollarse en las Reuniones académicas

Al final de cada rotación o actividad académica se tomará una encuesta a los médicos residentes sobre su apreciación del programa académico y su importancia en la formación profesional. Igualmente se desarrollará una evaluación semejante al finalizar cada año académico, y una encuesta anual a los docentes para que den su apreciación sobre el programa y sobre los residentes que se están formando, buscando evaluar si están cumpliendo o no con los objetivos curriculares y las competencias esperadas, y los egresados están cumpliendo con el perfil propuesto.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

B. MAPA CURRICULAR DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
(Anexo 8)

		<h1>ROTACIONES</h1>					
		MESES					
CICLOS	1,2,3,4,5,Y6	1	2	3	4	5	6
I	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	MEDICINA I	MEDICINA II	MEDICINA III	CIRUGIA I	CIRUGIA II	CIRUGIA III
II		PEDIATRIA I	PEDIATRIA II	PEDIATRIA III	GINECO OBSTETRICIA I	GINECO OBSTETRICIA II	GINECO OBSTETRICIA III
III		MEDICINA IV	MEDICINA V	CIRUGIA IV	CIRUGIA V	PSIQUIATRIA I	PSIQUIATRIA II
IV		PEDIATRIA IV	PEDIATRIA V	GINECO OBSTETRICIA IV	GINECO OBSTETRICIA V	LABORATORIO CLINICO/IMAGENES	VACACIONES
V		MEDICINA VI	CIRUGIA VI	GERIATRIA I	GERIATRIA II	ADMI / EPI/GESTION	ADMI / EPID / GESTION
VI		PEDIATRIA VI	GINECO OBSTETRICIA VI	ELECTIVO I	ELECTIVO EXTERNO II	ELECTIVO EXTERNO II	VACACIONES

Consideraciones:

- Las rotaciones hospitalarias, tienen un mayor peso en la consulta ambulatoria
- La rotación del primer nivel es desde la primera semana
- Los electivos deben escoger preferentemente en sedes de medicina familiar (Lima o exterior)

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

**12. ESTÁNDARES MÍNIMOS DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA DE
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

El alumno del Programa de Segunda Especialización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria en formación debe realizar determinadas actividades y procedimientos para lograr las competencias, éstas se expresan de manera cualitativa y cuantitativa por año de estudio. Por la naturaleza y duración de la especialidad, el número y calidad esperada de algunas actividades y procedimientos pueden lograrse al finalizar el último año.

Las actividades y procedimientos especificados en cada año de estudio exigen ser valorados cualitativa y cuantitativamente. No se trata sólo del cumplimiento del número requerido sino que sean realizados óptimamente para ser considerados como logro mínimo.

Las áreas a evaluarse son las siguientes:

Los estándares mínimos de formación para el programa de segunda especialización en medicina familiar y comunitaria	Los estándares en el Programa de la UNAP
Personal Social	Atención Esencial
Atención directa: Individual y familiar	Atención Personal
	Atención a la familia
Proyección a la comunidad	Atención a la Comunidad (y administración)
Administración en servicios de salud	
Docencia	Docencia e Investigación
Investigación	

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

A. COMPETENCIAS A ADQUIRIR POR ÁREAS:

Actividades y procedimientos para el logro de las competencias (anexo 2)

Área Atención esencial:

- Competencia 1 (E1):
Transmitir los elementos de la disciplina de la Medicina Familiar que respaldan su práctica y hacer abogacía por la especialidad.
 - Aplicar principios y valores éticos que le permitan intervenir en la solución de los problemas de salud de paciente, familia y comunidad, con sentido humanitario y vocación de servicio
 - Demostrar actitud de cambio frente al sistema de salud de manera que sus acciones contribuyan a la mejoría de la atención médica
 - Demostrar capacidad y actitud para continuar y profundizar su autoformación
- Competencia 2 (E2):
Realizar una Entrevista Clínica adecuada
- Competencia 3 (E3):
Elaborar y ejecutar un plan para el mejoramiento continuo de la calidad, teniendo como base la bioética.
 - Aplicar normas y disposiciones legales en el ámbito de la salud
 - Participa en la elaboración, ejecución y monitoreo un Plan para el mejoramiento de la Calidad
 - Participa en la elaboración, ejecución y monitoreo un Plan para el mejoramiento de la Calidad (2)
- Competencia 4 (E4):
Desarrollar una cultura de trabajo en equipo, respeto profesional y al paciente.
 - Demostrar actitud crítica y auténtica que le permita evaluar con objetividad su trabajo y proyecciones, así como el de su equipo
 - Demostrar actitud para integrarse al equipo de salud para planificar, programar, ejecutar y evaluar las actividades de la especialidad, y particularmente en su proyección como líder en salud en la comunidad.
 - Contribuir a un adecuado clima organizacional en el entorno del trabajo
 - Demostrar actitud de confraternidad y apoyo mutuo entre médicos residentes y con el equipo médico
 - Fomentar en el equipo de salud, la cultura de respeto, comprensión y aceptación de la cultura de la población
- Competencia 5 (E5):
Realizar una Historia Clínica Orientada al Problema y Abordar al paciente según los Procesos Orientados a las tareas en el cuidado de la Salud (TOPICS) que le corresponden
 - Realizar el abordaje al paciente según los procesos orientados a las tareas en el cuidado de la Salud.

Atención a la Persona:

Participar en la atención de un mínimo de 4 pacientes agudos y crónicos principalmente de los 6 a 10 problemas de salud más frecuentes que afectan a la población general en el primer nivel de atención, según etapas de vida; utilizando

**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR**

adecuadamente el sistema de referencia y contrarreferencia y los protocolos actualizados de las especialidades que se listan abajo:

- **Competencia 6 (P1):**
Realizar un diagnóstico y un manejo integral de los problemas de salud que tiene un paciente en cada etapa de la vida según las guías clínicas actuales.
 - Realizar el manejo integral con enfoque bio-psico-social de los problemas de la persona. (120)
 - Realizar la historia clínica orientada al problema e historia semi-estructurada por etapas de vida. (120)
 - Habrá llenado los instrumentos para la atención individual en Medicina Familiar. (120)
 - Preparar la presentación de caso individual-familiar (30)
 - Revisar y proponer actualizaciones de protocolos de atención. (2)
 - Realiza detección y registro de reacciones adversas a drogas.
- **Competencia 7 (P2):**
Realizar el abordaje de las necesidades de mantenimiento de salud y desarrollo de las personas en cada etapa de vida.
 - Realizar el plan de mantenimiento de la salud. (120)
- **Competencia 8 (P3):**
Atender o transferir las emergencias médico-quirúrgicas que se presenten de acuerdo a su nivel de resolutivez.
- **Competencia 9 (P4):**
Realizar en cada atención un enfoque de derechos, de promoción de la salud e interculturalidad
 - Participar en los programas de prevención en ejecución. (120)
- **Competencia 10 (P5):**
Realizar una referencia oportuna y adecuada.

AREA MEDICINA: (24 – 40)

- Cardiología
- Infectología
- Dermatología
- Gastroenterología
- Psiquiatría
- Gerontología y geriatría
- Endocrinología
- Nutrición y trastornos metabólicos
- Neumología
- Neurología
- Reumatología
- Oncología
- Toxicología y reacción adversas a drogas*
- Emergencias
- Medicina legal*

*La medicina legal , toxicología y reacción adversa a drogas pueden estar incluidas en cada especialidad o procedimiento.

AREA DE CIRUGÍA (24 a 40)

- Cirugía menor (cirugía de día)
- Otorrinolaringología
- Oftalmología

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- Traumatología
- Emergencias

GINECO OBSTETRICIA (24 a 40)

- Evaluar a niña y adolescente
- Evaluar a la mujer en edad fértil
- Planificación familiar
- Evaluar a la mujer climatérica.
- Controlar a la gestante y puérpera
- Realizar la atención de parto eutócico
- Emergencias

PEDIATRÍA (24 a 40)

- Evaluar al recién nacido
- Controlar al niño sano
- Evaluar al niño enfermo
- Evaluar al adolescente
- Emergencias

Atención a la Familia

- Competencia 11 (F1):
Llenar adecuadamente la la Ficha Familiar y los instrumentos en Medicina Familiar.
 - Aplicar los instrumentos para la atención familiar.(60)
 - Identificar las necesidades de atención familiar. (60)
- Competencia 12 (F2):
Realizar un adecuado diagnóstico de las necesidades de salud familiares, con énfasis en los problemas psico-sociales o de la dinámica familiar con apoyo de los instrumentos de Medicina Familiar.
 - Formular los diagnósticos de necesidades de atención familiar a nivel intra y extra mural.(60)
 - Desarrollar un plan de intervenciones en salud familiar necesarias intra y extramural (visitas domiciliarias) y realizará las transferencias respectivas cuando los problemas escapen a su nivel de resolución. (40)
- Competencia 13 (F3):
Desarrollar las orientaciones a la familia que sean necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas familiares identificados.
 - Realizar el plan de prevención familiar y realizará las Consejerías Familiares programadas (30)
 - Realizar una entrevista familiar basada en el abordaje sistémico y realizará la orientación familiar básica en problemas de dinámica familiar en la comunidad. (06)
- Competencia 14 (F4):
Desarrollar las relaciones médico-paciente y familia
- Competencia 15 (F5):
Realizar una referencia oportuna y adecuada.

Atención a la Comunidad

- Competencia 16 (C1):
Llenar adecuadamente los instrumentos para el diagnóstico comunal y de identificación de familias en riesgo.
 - Identificar las necesidades de atención en salud comunitaria. (3)

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- Aplicar los instrumentos diseñados y aprobados para la atención comunitaria (en escuelas, municipalidades, comunidades). (6)
- Competencia 17 (C2):
Realizar un diagnóstico participativo de los problemas de la comunidad
 - Formular diagnósticos de necesidades de atención comunitaria. (1)
 - Elaborar un diagnóstico situacional de salud local (2)
- Competencia 18 (C3):
Realizar programas comunitarios para abordar los problemas de la comunidad, contando con una adecuada participación comunitaria y social
 - Participa en la elaboración, ejecución y monitoreo de los Planes para la organización de los servicios basados en la Atención Integral (2)
 - Desarrollar planes de intervención en salud comunitaria. (1)
 - Evaluar proyectos de intervención y desarrollo social. (1)
 - Realizar acciones en promoción de la salud, conociendo los determinantes de la salud de la comunidad (saneamiento básico, vivienda, nutrición etc). (4)
 - Participar en programas de promoción de salud ambiental (2)
 - Realizar actividades en Educación para la Salud (4)
 - Participar en la elaboración de material de información, educación y comunicación para los diversos grupos étnicos del país. (1)
 - Realizar actividades de abogacía (advocacy) en la comunidad organizada y municipios. (2)
 - Realizar intervenciones en la comunidad para la promoción de la donación voluntaria de sangre y de órganos para trasplante. (2)
 - Promover acciones de prevención en patología prevalente. (2)
 - Realizar consejería genética básica (6)
- Competencia 19 (C4):
Desarrollar una cultura de análisis con la información generada en un establecimiento de salud y elaborar la sala situacional de salud, que permita gerenciar según el perfil epidemiológico.
 - Realizar vigilancia epidemiológica
 - Elaborar los mapas epidemiológicos locales.
- Competencia 20 (C5):
Contribuir a la elaboración de un Plan de Salud Local o Plan Operativo Institucional, que incluya la reorganización de los servicios basados en la atención integral y el respectivo monitoreo y evaluación.
 - Participa en la elaboración, ejecución y monitoreo el Plan de Salud Local o Plan Operativo Institucional de acuerdo a la organización de los servicios de salud. (2)

Docencia e Investigación

- Competencia 21 (D1):
Elaborar un plan de capacitación efectivo para los miembros del equipo de salud.
 - Elaborar un Plan de Capacitación de los Recursos Humanos de un establecimiento del primer nivel de atención.
- Competencia 22 (D2):
Preparar y Desarrollar, actividades docentes en el marco del plan de capacitación para los miembros del equipo de salud.
 - Desarrollar actividades académicas relacionadas a la especialidad.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- **Competencia 23 (D3):**
Desarrollar una investigación en la realidad en la que trabaja como médico familiar.
 - Elaborar y desarrollar el proyecto de investigación, para titulación en temas de interés del establecimiento de salud y de la comunidad
 - Participar en proyectos de investigación del establecimiento de salud
 - Participar en investigaciones operativas, diseño y aplicar proyectos de intervención y desarrollo social y humano.
 - Participar en los estudios sobre problemas etnoculturales
 - Publicar o presentar experiencias o artículos relevantes relacionados con la especialidad.
- **Competencia 24 (D4):**
Establecer una rutina personal de Aprendizaje Basado en el Problema (ABP), fundamentada en los casos que aborda en su práctica cotidiana.
 - Asistir a eventos de la especialidad cuando menos 6 días, 48 horas o 3 créditos al año
- **Competencia 25 (D5):**
Desarrollar capacidades docentes para permitirse educar a sus pacientes y al equipo técnico.
 - Participar en la supervisión de actividades y procedimientos del médico residente del año inmediato inferior.

13. ROTACIONES

ROTACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

1) OBJETIVO GENERAL

La rotación de Medicina Familiar tiene como objetivo el contribuir a que los residentes reciban conocimientos básicos acerca de los principios y fundamentos de la Medicina Familiar, atención al individuo, la familia, la comunidad, docencia e investigación desempeñándose con eficiencia y eficacia, manteniendo los principios éticos y además con una elevada sensibilidad humana, en el ámbito preventivo-promocional, pero también en la resolución de los problemas de salud que se presentan en el paciente individual, así como a nivel familiar, comunitario y de establecimiento de salud de primer nivel de atención.

2) OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer los principios de la medicina familiar y manejar convenientemente la relación médico-paciente como factor determinante de los recursos utilizados por el médico familiar.
2. Conocer las guías clínicas y las recomendaciones preventivas para cada etapa de la vida
3. Conocer los instrumentos de medicina familiar y los aspectos de la familia
4. Conocer los principales aspectos de la atención a las comunidades.
5. Conocer elementos de epidemiología, administración en salud, investigación y docencia, que le permitan al Médico Familiar cumplir sus funciones para con los equipos de salud y con la comunidad en general.

3) ACTIVIDADES

• ACTIVIDADES ACADÉMICAS

- a) Contenidos diferenciales de medicina familiar
- b) Contenidos específicos del área de competencia
- c) Temas clínicos, con énfasis en la medicina ambulatoria.
- d) Casos clínicos personales y familiares, con un aprendizaje basado en problemas (ABP)
- e) Revista de Revistas
- f) Avances de la Tesis

• ACTIVIDADES ASISTENCIALES-ADMINISTRATIVAS

- Centro o Consultorio de Medicina Familiar
 - Acciones preventivas y promocionales
 - Abordaje por problemas y/o diagnósticos
 - Tratamiento
 - Rehabilitación
 - Referencias oportunas
- Guardias Hospitalarias
 - Abordaje y manejo de emergencias
- Proyección a la comunidad
 - Visita domiciliaria
 - Abordaje familiar y comunitario
 - Sistema de vigilancia comunal

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

- Educación a la comunidad
- Elaboración del plan de salud local

4) DURACION DE LA ROTACION

La rotación es durante los tres años a tiempo parcial:

Primer año (Medicina Familiar I): 12 meses

Segundo año (Medicina Familiar II): 08 meses.

Tercer año (Medicina Familiar III): 08 meses.

5) CONTENIDOS

Introducción a la Medicina Familiar: 6 meses

- Elementos de la disciplina de la Medicina Familiar y manejo integral con enfoque bio-psico-social
- Historia Clínica Orientada al Problema y Registros en Medicina Familiar
- TOPIC
- Entrevista Clínica
- Bioética
- Calidad

Persona: 6 meses

- Necesidades de mantenimiento y desarrollo
- Guías clínicas del Niño
- Guías clínicas del adolescente
- Guías clínicas del Adulto
- Guías clínicas del adulto mayor
- Guías clínicas de emergencias
 - Referencias respectivas con oportunidad

Familia: 6 meses

- Fundamentos de la Atención a la Familia
- Instrumentos de la Atención a la Familia.
- La familia
- Programa de Familia
- Plan de Prevención Familiar
- Entrevista familiar, consejería, Familiar e intervención en Dinámica Familiar: Orientación Familiar Básica.

Comunidad: 6 meses

- Atención Orientada a la Comunidad (APOC).
- Bioestadística y Principios de epidemiología
- Administración y Gestión

Docencia e Investigación: 4 meses

- Docencia y andragogía
- Investigación

ROTACIÓN DE MEDICINA

I OBJETIVO GENERAL

La rotación de Medicina Interna y las sub especialidades tiene como objetivo el de contribuir a que los residentes de Medicina Familiar se desempeñen con eficiencia y eficacia, manteniendo los principios éticos y además con una elevada sensibilidad humana en las afecciones de los adultos y adulto mayor, en el ámbito preventivo, en el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como en el manejo ambulatorio del paciente adulto, a nivel familiar, comunitario y de establecimiento de salud de primer nivel de atención.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ii. Formar Especialistas en Medicina Familiar con conocimientos para hacer un diagnóstico integral y oportuno; brindar un tratamiento adecuado y completo; y realizar un seguimiento de los adultos y adultos mayores.
- iii. Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar, que mejoren la cobertura y concentración de la atención del paciente adulto y adulto mayor a nivel de la comunidad y establecimientos de salud así como disminuir la morbi-mortalidad.
- iv. Favorecer la formación de especialistas en Medicina familiar con el criterio necesario para recurrir a niveles de atención de mayor complejidad cuando sea necesario.

III DURACION DE LA ROTACION

La rotación durará 6 meses de acuerdo al siguiente cronograma:

- Primer año: 3 meses
 - 1 mes Medicina Interna
 - 1 mes (Infectología y Dermatología)
 - 1 mes (Cardiología y Endocrinología)
- Segundo año: 2 meses
 - 1 mes (Infectología y Dermatología)
 - 1 mes Neumología
- Tercer año: 1 mes
 - 1 mes: Neurología o Reumatología o Gastroenterología

ROTACION EN PEDIATRIA

I OBJETIVO GENERAL

La rotación en Pediatría tiene como objetivo el de formar especialistas en Medicina Familiar con conocimientos, habilidades y destrezas que permita una atención eficiente y eficaz de los niños y adolescentes, tanto en el ámbito preventivo, como en el diagnóstico y tratamiento oportuno, a nivel familiar, comunitario y de establecimiento de salud, manteniendo los principios éticos y además con una elevada sensibilidad humana.

II. OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Formar Especialistas en Medicina Familiar con conocimientos para hacer un diagnóstico integral y oportuno; brindar un tratamiento adecuado y completo; y realizar un seguimiento de los niños y adolescentes.
2. Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar, que mejoren la cobertura y concentración de la atención de los niños y adolescentes a nivel de la comunidad y establecimientos de salud así como disminuir la morbi-mortalidad.
3. Favorecer la formación de especialistas en Medicina familiar con el criterio necesario para recurrir a niveles de atención de mayor complejidad cuando sea necesario.

III DURACION DE LA ROTACION

La rotación dura 6 meses de acuerdo al siguiente cronograma:

- Primer año: 3 meses
 - 2 meses: Pediatría general
 - 1 mes: Neonatología
- Segundo año:
 - 1 mes: Adolescencia
 - 1 mes: Adolescencia
- Tercer año: 1 mes
 - 1 mes: Pediatría general

ROTACION DE CIRUGIA

I. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar que se desempeñen con eficiencia y eficacia, y actúen de acuerdo a los principios éticos y deontológicos en las afecciones quirúrgicas, en el ámbito preventivo, en el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como en el manejo ambulatorio del paciente quirúrgico, a nivel familiar, comunitario y de establecimiento de salud de primer nivel de atención.

II. OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar que reconozcan la situación de la Cirugía dentro de la realidad poblacional y socio-económica de nuestro país.
2. Formar Especialistas en Medicina Familiar con conocimientos quirúrgicos para hacer un diagnóstico oportuno y un manejo quirúrgico de acuerdo a su capacidad resolutive.
3. Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar, que mejoren la cobertura y concentración de la atención del paciente quirúrgico a nivel de la comunidad y establecimientos de salud así como disminuir la morbi-mortalidad.
4. Lograr que el especialista en Medicina Familiar pueda realizar un seguimiento apropiado del paciente quirúrgico, en la atención ambulatoria.

III. DURACION DE LA ROTACIÓN

La rotación dura 6 meses de acuerdo al siguiente cronograma:

- Primer año: 3 meses
 - 1 mes: Cirugía general
 - 1 mes: Traumatología
 - 1 mes: Otorrinolaringología - Oftalmología
- Segundo año: 2 meses
 - 1 mes: Urología - Neurocirugía
 - 1 mes: Anestesiología
- Tercer año: 1 mes
 - 1 mes: Cirugía general

ROTACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

I. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar capaces de desempeñarse con eficiencia y eficacia y actuar de acuerdo a los principios éticos y deontológicos, en las afecciones prevalentes de Ginecología y Obstetricia, en la comunidad y en los establecimientos de salud de primer nivel.

II. OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar que reconozcan la situación de la Ginecología y de la Obstetricia dentro de la realidad poblacional y socio-económica de nuestro país.
2. Formar Especialistas en Medicina Familiar con conocimientos de la Ginecología y de la Obstetricia para hacer un diagnóstico oportuno y un manejo médico-quirúrgico de acuerdo a su capacidad resolutive.
3. Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar, que mejoren la cobertura y concentración de la atención de la Ginecología y de la Obstetricia a nivel de la comunidad y establecimientos de salud así como disminuir la morbi-mortalidad.
4. Lograr que el especialista en Medicina Familiar pueda realizar un seguimiento apropiado del paciente con problema del área Ginecología y de la Obstetricia, en la atención ambulatoria.

III. DURACIÓN

- Primer año: 3 meses
 - 3 meses: Obstetricia y Ginecología
- Segundo año:
 - 1 mes Obstetricia y Ginecología (énfasis en Planificación Familiar)
 - 1 mes Obstetricia (ecografía)
- Tercer año:
 - 1 mes Obstetricia / Ginecología del adolescente

ROTACION EN LABORATORIO - IMAGENES

I OBJETIVO GENERAL

Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar con conocimientos necesarios de los exámenes auxiliares de laboratorio y radiología para poder orientar, hacer uso apropiado incluso poder hacer aquellos que sean más sencillos.

II OBJETIVOS INTERMEDIOS

Conocer los exámenes de laboratorio e imágenes de modo que pueda hacer uso racional de ellos, orientar al paciente y la familia desde la recolección de la muestra hasta la interpretación adecuada de los resultados, y en caso necesario poder desarrollar aquellos que sean elementales.

V DURACIÓN

Estas rotaciones se llevan a cabo durante el segundo año, según el cronograma:

Segundo año: Quince días de laboratorio
Quince días de imágenes (rx y ecografía general)

ROTACION EN PSIQUIATRIA

I OBJETIVO GENERAL

Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar con capacidad para actuar científica, ética y deontológicamente en las áreas prevalentes de la Psiquiatría y la Salud Mental.

II OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Reconozcan la situación del enfermo mental dentro de la realidad poblacional y socio-económica del país.
2. Mejorar la cobertura de la atención del enfermo mental y promuevan la salud mental a nivel de la comunidad y centros de salud.
3. Reconocer condicionantes sociales que influyen sobre la salud mental y cómo corregirlos.
4. Aprender a realizar una orientación familiar

III. DURACION

Rotación que se lleva a cabo durante el segundo año y el tercer año de la residencia según el cronograma:

Segundo año: (Consulta externa / farmacodependencia / Terapia de familia)
Tercer año. (Psiquiatría infantil - psicogeriatría- terapia de familia)

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

ROTACION DE EPIDEMIOLOGIA Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

I OBJETIVO GENERAL

Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar con capacidad de gerenciar un establecimiento de salud o una microred, con un enfoque epidemiológico y de gestión por resultados.

II OBJETIVOS INTERMEDIOS

- Organizar estructural y funcionalmente los establecimientos de salud en los que trabajen, orientándolos a una atención integral, con calidad y eficiencia; articulados con otros sectores y la comunidad.
- Usar la epidemiología como herramienta básica para una planificación de las acciones sanitarias y elevar el nivel de salud de la población.
- Administración basada en una planificación estratégica, gestión por resultados y una gestión sanitaria en evidencias.,
- Liderar los equipos técnicos, potenciando sus recursos, y asegurando su funcionamiento armónico, de modo que sean efectivos instrumentos de servicio a las familias y la comunidad.

III. DURACION

Rotación que se lleva a cabo durante el segundo año y el tercer año de la residencia según el cronograma:

Segundo año:	1 meses (Epidemiología - Estrategias Sanitarias - Servicios de Salud - Calidad)
Tercer año.	1 mes (Planeamiento y Recursos Humanos)

ROTACIONES ELECTIVAS

I OBJETIVO GENERAL

Contribuir a formar especialistas en Medicina Familiar con capacidad para actuar científica, ética y deontológicamente.

II OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de las áreas o especialidades que el residente decida.
2. Fortalecer la docencia e investigación de la medicina familiar.

III. DURACION

Rotaciones que se lleva a cabo durante el segundo año y el tercer año de la residencia según el cronograma:

Estas rotaciones de preferencia se deben hacer en el extranjero

Tercer año. 2 meses de medicina familiar
Tercer año: 1 mes: Medicina legal, oncología, cirugía, G-O

CURSOS

PRIMER AÑO

Medicina Familiar I Prácticas	40 créditos
Metodología de la Investigación	3 créditos
Medicina Familiar I	2 créditos

SEGUNDO AÑO

Medicina Familiar II Prácticas	40 créditos
Medicina Familiar II	2 créditos

TERCER AÑO

Medicina Familiar III Prácticas	40 créditos
Medicina Familiar III	2 créditos

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

14. ENLACES y BIBLIOGRAFIA

Colegio Mundial de Asociaciones y Sociedades de Medicina Familiar (WONCA) :
<http://www.globalfamilydoctor.com/>

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF-WONCA)
<http://www.cimfweb.org/>

Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud.

FMH San Fernando-UNMSM
ver: http://medicina.unmsm.edu.pe/upg/aviso_2007_FCORR.pdf

FMH Alberto Hurtado-UPCH.
ver: http://www.upch.edu.pe/famed/postgrado/em_admision.asp

FMH Hipólito Unanue-UNFV
ver: http://postgrado.medicinaunfv.org/Admision_2007.htm

FMH Universidad San Martín de Porres.
ver: <http://www.medicina.usmp.edu.pe/000data/residentado/000data/cronograma.html>

BIBLIOGRAFIA PARA LOS TOPICOS DE MEDICINA FAMILIAR

GUIAS CLINICAS

1. Swanson, Richard W. **Family Practice Review: A problem Oriented Approach**, Third Edition Mosby 1996.
2. Murtagh, John E. **Práctica de Medicina General**, Edición Mc Graw Hill Interamericana 1997
3. MINSA, **Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva**. 2004
4. Revista Boliviana de Medicina Familiar, vol 1, num 2, 2002.

COMUNIDAD

5. Karl, Sidney L. **Atención Primaria Orientada a la Comunidad**. Edición Doyma 1994
6. Proyecto Salud y Nutrición Básica: **Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa**.

TERAPIA FAMILIAR Y RELACION MEDICO PACIENTE

7. Mayenberger, Carlos S. **Modelación de la Dinámica de Ecosistemas**. Editorial Trillas 1998.
8. Ochoa de Alada, Inmaculada. **Enfoques en Terapia Familiar Sistémica**. Editorial Herder 1995.
9. Balint, Michael. **El Médico, el Paciente y la enfermedad**. Libros Básicos Buenos Aires 1961

MEDICINA FAMILIAR

10. Castillo, Víctor. **Fundamentos de Medicina Familiar**. La Paz 1998.
11. Yen, Ernest. **Revisión y Evaluación en el Ejercicio de la Medicina de Familia**. Impreso en Litobrit, Caracas. 1995.
12. Rubinstein, Adolfo. **Medicina Familiar y Practica Ambulatoria**. Edit Panamericana 2001. (parcial)
13. Sloane, Philip D. **Essentials of Family Medicine**. (parcial)
14. Saucedo Juan M y Maldonado J. Martín, **La Familia: Su Dinámica y Tratamiento**. OPS 2003.
15. Mc Daniel, Susan; Campbell Thomas L y Seaburn David. **Orientación Familiar en Atención Primaria: Manual para médicos de Familia y otros profesionales de la salud**. Edición Springer New York. 1990
16. Solorzano María y Brand César. **Familiología**. 2001.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR

ANEXO N° 1 ROTACIONES Y SEDES

ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR - UNAP

ROTACION: A

TURNO	HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
MAÑANA	7 a 13	ROTACION HOSPITALARIA					MED FAM
TARDE	15 - 18	ROTACION HOSP*	CONSULTORIO	MED FAM	CONSULTORIO	COMUNIDAD	COMUNIDAD
NOCHE		←			GUARDIA	→	(1 mes)

* CONSULTA AMBULATORIA

ROTACION: B

TURNO	HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
MAÑANA	7 a 13	ROTACION HOSPITALARIA					MED FAM
TARDE	15 - 18	CONSULTORIO	ROTACION HOSP*	MED FAM	CONSULTORIO	COMUNIDAD	COMUNIDAD
NOCHE		←			GUARDIA	→	(1 mes)

* CONSULTA AMBULATORIA

ROTACION: C

TURNO	HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
MAÑANA	7 a 13	ROTACION HOSPITALARIA					MED FAM
TARDE	15 - 18	CONSULTORIO	CONSULTORIO	MED FAM	ROTACION HOSP*	COMUNIDAD	COMUNIDAD
NOCHE		←			GUARDIA	→	(1 mes)

* CONSULTA AMBULATORIA

SEDES DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR - UNAP

SEDES I AÑO

ROTACIONES HOSPITALARIAS	CONSULTORIO	GUARDIA	COMUNIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO (HRL)	C.S. SAN JUAN	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
	C.S. BELLAVISTA NANAY	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
	C.S. MORONACOCHA	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
HOSPITAL DE IQUITOS	C.S. SAN JUAN	HOSPITAL APOYO IQUITOS	

SEDES II AÑO

ROTACIONES HOSPITALARIAS	CONSULTORIO	GUARDIA	COMUNIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO (HRL)	C.S. SAN JUAN	C.S. SAN JUAN	
	C.S. BELLAVISTA NANAY	C.S. BELLAVISTA NANAY	
	C.S. MORONACOCHA	C.S. MORONACOCHA	
HOSPITAL DE DE IQUITOS	C.S. SAN JUAN	C.S. SAN JUAN	
HOSPITALES NACIONALES- CONVENIO CREMI			

SEDES III AÑO

ROTACIONES HOSPITALARIAS	CONSULTORIO	GUARDIA	COMUNIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO (HRL)	C.S. SAN JUAN	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
	C.S. BELLAVISTA NANAY	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
	C.S. MORONACOCHA	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
HOSPITAL DE DE IQUITOS	C.S. SAN JUAN	HOSPITAL APOYO IQUITOS	
HOSPITALES NACIONALES E INTERN- CONVENIO			

**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PLAN CURRICULAR**

ANEXO N° 2 PLAN CURRICULAR

ROTACIONES DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR - UNAP

		I AÑO											
RESIDENTE	ROTACION	I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM		
A	HRL	MEDICINA			PEDIATRIA			CIRUGIA			GINECOLOGIA		
		MI	Inf	Card	PG	PG	NEO	CG	T	OTR/OFT	OBS	OBS	GIN
B	HRL	PEDIATRIA			MEDICINA			GINECOLOGIA			CIRUGIA		
		PG	PG	NEO	MI	Inf	Card	OBS	OBS	GIN	CG	T	OTR/OFT
C	HRL	CIRUGIA			GINECOLOGIA			MEDICINA			PEDIATRIA		
		CG	T	OTR/OFT	OBS	OBS	GIN	MI	Inf	Card	PG	PG	NEO
D	HAI	GINECOLOGIA			CIRUGIA			PEDIATRIA			MEDICINA		
		OBS	OBS	GIN	CG	T	OTR/OFT	PG	PG	NEO	MI	Inf	Card

II AÑO

RESIDENTE	ROTACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	HRL	MED		PED		PSQ		GIN		LAB/IMG		CIR	
		Inf	Neu	ado	Ado	CREMI	EsSalud	Eco	PPFF			Uro	Ane
B	HRL	PED		PSQ		GIN		CIR		MED		LAB/IMG	
		ado	ado	CREMI	EsSalud			Uro	Ane	Inf	Neu		
C	HRL	CIR		GIN		MED		PED		PSQ		LAB/IMG	
		Uro	Ane	Eco	PPFF	Inf	Neu	ado	Ado	CREMI	EsSalud		
D	HAI	PSQ		CIR		PED		MED		LAB/IMG		GIN	
		CREMI	EsSalud	Uro	Ane	ado	Ado	Inf	Neu			Eco	PPFF

III AÑO

RESIDENTE	ROTACION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	HRL	GER	GER	ADM-EPI-GEST		MED	CIR	PED	GIN		ELEC	ELEC	ELEC
B	HRL	ADM-EPI-GEST		GER	GER	ELEC	ELEC	ELEC		MED	CIR	PED	GIN
C	HRL	ELEC	ELEC	ELEC		GER	GER	ADM-EPI-GEST		MED	CIR	PED	GIN
D	HAI	MED	CIR	PED	GIN	ADM-EPI-GEST		GER	GER	ELEC	ELEC	ELEC	

ANEXO 3: EVALUACION

CALIFICACION DEL RESIDENTE

ROTACIÓN:.....

MES / AÑO:

DOCENTE:

RESIDENTE:.....

	NOTA	OBSERVACIONES
CONOCIMIENTO		
PROCEDIMIENTOS		
ACTITUD		
PROMEDIO		

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA DEL RESIDENTE

ANEXO N° 4 MONITOREO

MONITOREO DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR - UNAP

NOMBRE DEL RESIDENTE:.....

FECHA:/...../.....

DESCRIBIR

ASISTENCIA PRACTICA	
PRESENCIA	
TARJETA DE PROCEDIMIENTOS	
TEMAS DESARROLLADOS	
NOTA DEL ULTIMO EXAMENES	
ASISTENCIA A SESIONES DE MF	
CONSULTORIO DE MED FAM	
GUARDIA	
COMUNIDAD	

FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL RESIDENTE

ANEXO 5

**SUMILLA DE LAS ROTACIONES DE LA ESTRUCTURA
CURRICULAR**

**ROTACION:
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR – UNAP**

Docente:

Competencia:

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES ESPECIFICAS
1. Conocer:		
2. Realizar:		
3. Saber establecer:		