USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

INICIATIVA DE POLÍTICAS EN SALUD

Diseño Curricular del Programa Integrado de Formacion en Salud Familiar y Comunitaria

Junio, 2009
Este informe ha sido producido para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Fue elaborado por Miguel A. Suárez Bustamante como parte de las actividades de Iniciativa de Políticas en Salud-Perú.

USAID|Iniciativa de Políticas en Salud, Perú, es un proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo Contrato N° GPO-I-03-05-00040-00, la Orden de Trabajo N°3 inició sus actividades el 02 de noviembre del 2007 y es implementada por Futures Group International, LLC

DISEÑO CURRICULAR DEL PROGRAMA INTEGRADO DE FORMACION EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Miguel A. Suárez Bustamante
Junio, 2009

Estas actividades han sido posibles gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El contenido de este informe son de responsabilidad de Futures Group International, LLC Orden de Trabajo N°3 y no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

USAID no es responsable del contenido parcial o total de este documento.

CONTENIDO

CONTENIDO 1
ABREVIATURAS 3
AGRADECIMIENTOS 4
RESUMEN EJECUTIVO 5
INTRODUCCIÓN 6
1. MARCO TEÓRICO Y DOCTRINARIO (): 7
1.1 Importancia de la Atención Primaria 7
1.2 Definiciones (). 7
1.3 Diagnóstico Socio-Profesional en la Formación para la especialidad de Salud Familiar 9
1.3.1 Formación en Salud Familiar y Comunitaria en el Mundo 9
1.3.2 Notas para un Estudio de Mercado de la Salud Familiar y Comunitaria en Perú 10
1.3.3 La Estrategia Nacional de Salud Familiar y Comunitaria () 11
1.4 Justificación para un Programa de Formación de Salud Familiar y Comunitaria por Competencias 12
1.5 Fundamentos psicopedagógicos del Programa de Formación de Salud Familiar y Comunitaria. 13
1.5.1 Enfoque de competencias para la Salud Familiar y Comunitaria 13
1.5.2 Enfoque Humanista Tecnológico 14
1.5.3 Enfoque de la Formación en Servicio 14
1.5.4 Enfoque de la Educación Flexible y Certificación Progresiva 15
1.5.5 Enfoque de la Educación a Distancia 16
2. MARCO ESTRUCTURAL 17
2.1 Propósito del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria 17
2.2 Objetivos del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria 17
2.3 Ejes curriculares del Plan de Estudios 18
3. ORGANIZACIÓN CURRICULAR. 20
3.1 Competencias generales y específicas del egresado del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar. 20
3.2 Capacidades del egresado del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar. 21
3.3 Características comunes a los tres Planes de Estudios del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar. 21
3.3.1 Competencias y Capacidades comunes a los tres planes de estudios 21
3.3.2 Estructura por Niveles de complejidad gradual comunes a los tres Planes de Estudios 26
3.3.3 Contenidos comunes a los tres planes de estudios son recibidos en común 26
3.3.4 Programa de Ascenso Piramidal 27
3.3.5 Programa Modularizado no Necesariamente Continuo 27
3.4 Plan de estudios de Medicina Familiar 28
3.4.1 Los módulos educativos en correlación con las competencias 29

3.4.2 Distribución de las Áreas, los módulos educativos y calendarización 55
3.4.4 Sumillas y Estrategias Didácticas de cada Módulo 56
4 ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS 65
4.1 Estrategias Didácticas 65
4.2 Modalidades de estudio según Sedes y Espacios Docentes 66
4.3 Recursos de Aprendizaje 67
4.4 Acción Tutorial 67
4.5 Sistema de Evaluación de los Participantes 67
4.6 Sistema de Evaluación del Programa 68
4.7 Admisión al Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria 68
4.8 Certificación y Titulación por competencias 68
ANEXO 1 - ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA SEGÚN COMPETENCIAS Y CAPACIDADES 70
ANEXO 2 - AQUÍ FALTA UN TÍTULO 89
1 ASPECTOS GENERALES 89
I.1 Antecedentes 89
I.2 Metodología de la Búsqueda Bibliográfica 89
II. LA PRÁCTICA DE LA SALUD FAMILIAR 97
II.1 Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar 97
II.2 Medicina Familiar y Salud Familiar 109
II. 3 Experiencias Internacionales Relevantes en Medicina Familiar y Salud Familiar 113
III. COMPETENCIAS Y ENTRENAMIENTO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS PARA LA SALUD FAMILIAR 121
III.1 Elementos conceptuales sobre competencias y entrenamiento de los equipos de trabajo 121
III.2 Formación e inserción de los equipos básicos para la salud familiar 126
III.3 EXPERIENCIAS DE FORMACION DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD FAMILIAR 133
ANEXO 137
BIBLIOGRAFÍA POR SECCIONES 140

ABREVIATURAS

ACS	:	Agentes Comunales de Salud
AP	:	Atención Primaria de Salud
ABP	:	Aprendizaje Basado en Problemas
AIS	:	Atención Integral de Salud
APOC	:	Atención Primaria Orientada a la Comunidad
ESSALUD	:	Seguro Social de Salud del Perú
HC	:	Historias Clínicas
HTA	:	Hipertensión Arterial
MBE	:	Medicina Basada en la Evidencia
MINSA	:	Ministerio de Salud
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
PREC	:	Programa de Especialización en Epidemiología de Campo
R1	:	Residente de primer año de especialización en la residencia médica
R2	:	Residente de segundo año de especialización en la residencia médica
R3	:	Residente de tercer año de especialización en la residencia médica
RM	:	Resolución Ministerial
SIDA	:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SOAP	:	Subjetivo-objetivo-apreciación-plan
SOPEMFIG	:	Sociedad Peruana de Medicina Familiar e Integral General
TBC	:	Tuberculosis
TOPIC	:	Task Oriented Process In Care (Procesos orientados a la tarea en el cuidado de la Salud)
TP1	:	Módulo Teórico-práctico 1
TP2	:	Módulo Teórico-práctico 2
USAID	:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UPCH	:	Universidad Peruana Cayetano Heredia
WONCA	:	**W**orld **O**rganization of **N**ational **C**olleges, **A**cademies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

AGRADECIMIENTOS

Al Sr. Arturo Jurado Vega por la asistencia en la búsqueda bibliográfica y la elaboración de este documento, así como la presentación correspondiente.

Al equipo de la dirección general de gestión de desarrollo de recursos humanos del ministerio de salud y a la comisión multi-institucional para la elaboración de la estrategia de salud familiar y comunitaria, por sus valiosos comentarios.

RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta una propuesta de diseño curricular de un Programa Integrado de Formación de Salud Familiar y Comunitaria para formar técnicos y profesionales con las competencias necesarias para ofrecer una Atención Integral adecuada a las personas y sus familias, en el marco de la Salud Familiar y Comunitaria.

En la primera parte se expone el Marco teórico y Doctrinario del Programa, con un desarrollo conceptual sobre la Salud Familiar y Comunitaria, en sus acepciones para las diferentes ramas profesionales. Especial valor tienen las lógicas de trabajo basados en servicio y según competencias, dado que el fin explícito de este Programa es la modalidad de titulación por competencias.

En la Organización Estructural del Programa se explicita que será tanto presencial como no-presencial, con una duración variable según el ritmo de avance de cada participante. En el caso de la especialización en Medicina Familiar, el programa ofrecerá actividades docentes por un valor académico de 110 créditos, que se complementará con 70 créditos convalidados por tiempo de trabajo en Atención Primaria, para así completar las 180 horas crédito que se requieren para la titulación por competencias de médicos familiares. Para la especialización en Salud Familiar, en su acepción para las otras ramas profesionales, se propone asumir una estructura semejante aunque con una cantidad de créditos menor, de acuerdo a los estándares propios de cada Escuela.

En este Programa se empleará un modelo educativo que combina elementos de diversos enfoques pedagógicos y con múltiples abordajes tanto presenciales (en sala de clase y en modalidad de pasantías) como a distancia (a través de una plataforma virtual), desarrollándose según una estructura piramidal como la que en su momento uso el Programa de Especialización en Epidemiología de Campo (PREC). El programa se despliega a través de 3 niveles y 7 módulos. El Primer nivel esta constituido por el Diplomado en Atención Integral, que consta de un Curso introductorio con los contenidos esenciales para los ejes curriculares de Atención a la Persona, Familia y Comunidad (impartido tanto a personal técnico como a profesionales), y un módulo complementario con contenidos priorizados en los ejes curriculares de Establecimientos (Gestión y Reorganización), Comunidad (Participación Comunitaria y Organizaciones), así como aspectos de Docencia e Investigación. En el segundo nivel se tiene al Diplomado de Perfeccionamiento Prestacional el cual consta también de un Curso introductorio que presenta algunos elementos centrales a la prestación con enfoque integral y con calidad, y un Módulo teórico-práctico (TP1) que incide fundamentalmente en el trabajo de prevención, promoción y manejo integral de la persona en sus diferentes etapas de vida y en el contexto de su familia, así como el trabajo en la comunidad Finalmente el nivel tres está constituido por un segundo Módulo teórico-práctico que complementa y profundiza dichos contenidos, incorporando la actividad recuperativa y de prevención secundaria y terciaria, por una pasantía de dos meses en una Unidad Docente de Atención Primaria y un módulo final en el que se tocan aspectos más avanzados de Docencia e Investigación y se incorpora un espacio de asesoría individual para completar sus respectivos trabajos en estas áreas principales (Curso de Educación Continua, Guía implementada e Investigación) requeridos para completar su certificación.

Finalmente se abordan los aspectos de Estrategias Didácticas y Materiales Educativos, así como la propuesta de Certificación y Titulación por competencias que conducirá a los participantes que completen todos los requisitos del programa a obtener su título de Salud Familiar y Comunitaria, en sus acepciones para las diferentes ramas profesionales

INTRODUCCIÓN

A través de múltiples evidencias acumuladas en las últimas décadas, se conoce que los sistemas de atención primaria basados en personal especializado en Salud Familiar y Comunitaria ([1]), tienen mayor resolutividad, niveles más altos de satisfacción del usuario, y una notoria optimización del uso de los recursos.

La importancia de este personal ha sido reconocida en el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos. El Modelo de Atención Integral" del año 2003, y su consecuente "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral" (RM 729-2003 y RM 696-2006, respectivamente). En ambos documentos, pero más explícitamente en el primero, se hace una alusión a que los especialistas en Atención Primaria, son el personal ideal para liderar la implementación de la reforma prestacional propuesta.

> *"El elemento clave para garantizar la implementación del Modelo de Atención Integral son los recursos humanos, los cuales deben contar con las competencias necesarias para ofrecer los cuidados esenciales y conducir las acciones estratégicas que se requieren para el logro de los objetivos del modelo. Dentro de la profesión médica, el profesional más idóneo para desempeñar este papel es el Médico General Integral/Familiar, el cual se constituye en el recurso fundamental de la prestación en el primer y segundo nivel de atención. En consecuencia, el Sistema de Salud debe hacer todos los esfuerzos para desarrollar un contingente de profesionales con esta especialización, así como promover que las otras ramas profesionales desarrollen en sus miembros este tipo de competencias".*

El año 2004 al emitirse la RM769-2004 que definía las Normas Técnicas para la Categorización de Establecimientos, se consideraba la posibilidad de contar con un especialista en Atención Primaria, como el Médico Familiar, para los Centros de Salud I-3, lo cual redondearía la posibilidad de incrementar la resolutividad del sistema.

La expresión más reciente del interés de la reforma sanitaria por esta temática se dio el año pasado (2008) con la formulación de la Estrategia Nacional que lleva el mismo nombre que la especialidad "Estrategia Nacional del Médico de Familia" (RM 377-2008). Este último documento da un salto incluso mayor de proximidad al definir como el norte de la reforma del sistema, la dotación de "Médicos de Familia" y sus equipos básicos de salud para las áreas más vulnerables, como un modo de implementar la Atención Integral de Salud.

La presente propuesta, marca un nuevo avance en el conjunto de iniciativas para lograr la implementación de estos ideales, al proponer un diseño curricular que estructure la formación de estos recursos humanos por una modalidad alternativa de especialización por competencias, aprovechando el trabajo en el servicio del personal de los equipos de atención primaria, y complementándolo con un conjunto de contenidos teórico-prácticos, que serán ofrecidos tanto en la modalidad presencial (en sala de clase y en modalidad de pasantías) como a distancia (a través de una plataforma virtual). En la primera parte se expone el Marco Teórico y Doctrinario que da sustento al Programa, y en la segunda se define la Organización Estructural del Programa en módulos articulados y a través de los cuales el personal ira subiendo mediante una estructura piramidal, si completa las evaluaciones de competencias que garanticen una adecuada asimilación de los conocimientos, habilidades y actitudes ofrecidos por el Programa.

---

[1] Entendemos para este documento como Salud Familiar y Comunitaria a la confluencia de la Medicina Familiar y de sus acepciones (especialidades equivalentes) para las diferentes ramas profesionales como la enfermería la obstetricia y en lo sucesivo también para otras ramas profesionales complementarias que se vayan agregando.

1. MARCO TEÓRICO Y DOCTRINARIO ([2]):

1.1 Importancia de la Atención Primaria

Las intervenciones basadas en la Atención Primaria han sido largamente apreciadas porque favorecen el logro de una mayor *Equidad* en el acceso (minimizando las disparidades entre subgrupos poblacionales de modo que los beneficios lleguen a todos por igual), de una efectiva *Contención de Costos* (evitando la escalada económica producto del uso indiscriminado de nueva tecnología que encarece la prestación sin ofrecer beneficios substanciales a cambio) y de la optimización de la salud de la población empleando el más avanzado estado de conocimiento posible, obteniendo una alta *Resolutividad e Impacto sanitario([3]).*

Por tal motivo, muchas reformas sanitarias en Latinoamérica enfatizan la participación de equipos multidisciplinarios, en el marco de los denominados Modelos de Salud Familiar, en los cuales, además de priorizarse los aspectos señalados en el párrafo anterior, se revigoriza la capacidad para ofrecer una Atención Integral con los atributos antes señalados ([4]). De este modo, constituye una prioridad absoluta y tiene amplio valor, por ejemplo para lograr los objetivos de salud del milenio (2015), la Salud Familiar, conceptuada como la organización de la respuesta en salud para ofrecer una Atención Integral a las familias de una población adscrita.

En el Perú, su implantación ha sido impulsada a partir de la búsqueda de concretar el Modelo de Atención Integral de Salud ([5]), mencionado en la sección anterior, y se hace más necesario aún en el contexto de la implementación del Aseguramiento Universal, a través la ley aprobada con ese fin.

1.2 Definiciones ([6]).

Atención Primaria de Salud

Existen diversos modos de conceptuar la Atención Primaria (AP) de Salud. Como un nivel de complejidad de servicios, haciéndola equivalente a un primer nivel de atención, como un paquete de servicios, o finalmente como una estrategia para lograr un conjunto de resultados sanitarios. Aunque, El concepto originalmente más consolidado de AP fue aquel promovido en la conferencia de Alma Ata, particularmente en los países de Europa, la AP ha sido considerada como el conjunto de elementos relacionados al espacio donde se operativiza la puerta de entrada al sistema de salud —denominado primer nivel de atención— y sus atributos relacionados. Una de las definiciones

---

[2] En general, los contenidos de esta primera sección son un resumen de lo consignado en el Anexo 2, Documento Sustentatorio: "Revisión Bibliográfica sobre Aspectos Relacionados con el Desarrollo de Programas de Salud Familiar".

Idem, Sección II.1. "Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar: Medicina Familiar como Especialidad", "Médicos Familiares, Médicos de Familia o Especialistas en Medicina Familiar" y "Otras Ramas profesionales y la Medicina de Familia".

[3] En general Ver Documento Sustentatorio: "Revisión Bibliográfica sobre Aspectos Relacionados con el Desarrollo de Programas de Salud Familiar", Sección II.1. "Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar: Atención Primaria de Salud".

[4] Idem, Sección II.2 "Medicina Familiar y Salud Familiar: Los modelos de Salud Familiar"

[5] Perú Ministerio de Salud. El modelo de atención integral. Lima: MINSA; 2003.

[6] Se pueden ver estas deficiones con mayor detalle en el documento: Idem, Sección II.1 "Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar".

más completas y que engloba a ambos es la del Institute of Medicine (IOM) norteamericano que afirma que la AP es:

"La provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad"([7])

Atención Integral de Salud

La atención integral, desde hace mucho tiempo atrás ya había sido descrita en la literatura especializada en MF como el conjunto de procesos por el cual se brinda cuidado integrado y completo a la persona como un ser bio-psico-social, dentro del contexto de su familia y comunidad ([8]). La integralidad de la atención, exige además, universalidad en el acceso, equidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, participación y promoción de la ciudadanía, descentralización y un manejo intersectorial de los problemas de salud, entre otros.

Salud Familiar

"La salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación, donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia. La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros)" ([9]).

Currículo por Competencias

Es aquel que tiene como elemento central el desarrollo de competencias en los participantes. De acuerdo a la norma nacional respectiva: "las competencias aparecen como una combinación integrada de conocimiento, habilidades o destrezas y actitudes conducentes al desempeño óptimo y oportuno en diversos contextos y que son aplicados en una situación laboral específica. La persona competente es la que sabe, sabe ser y sabe hacer bien las cosas en todo momento y circunstancia"[10]

Este tipo de currículos implica que los elementos normativos de las intervenciones docentes, así como la organización, la ejecución y la evaluación tanto del proceso global como del progreso individual de los participantes está relacionado a conseguir las consecuencias planteadas.

---

[7] Institute of Medicine. Defining Primary Care: An interim report. Washington DC: National Academy Press; 1994.

[8] Coulter D, Llewellyn DJ. The practice of Family Medicine. London: E&S Livingstone; 1971.

[9] González-Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16 (5): 508-12.

[10] RJ No 968-2005-IDREH/J "Norma Técnica para las actividades de capacitación basadas en el enfoque educativo por competencias".

1.3 Diagnóstico Socio-Profesional en la Formación para la especialidad de Salud Familiar

1.3.1 Formación en Salud Familiar y Comunitaria en el Mundo

Si bien en Salud Familiar existen pocos precedentes de programas de habla hispana de formación de especialistas para Enfermería y Obstetricia, la Medicina Familiar, como disciplina equivalente para los médicos, es una especialidad médica con casi medio siglo de desarrollo a nivel mundial y más de 10 años en el Perú.

Los programas para la formación de especialistas en Medicina Familiar duran entre 3 y 5 años (3 años en países como Perú y 5 años en España, por ejemplo) a tiempo completo y dedicación exclusiva, con un mínimo de 60 horas crédito por año (180 en total para alcanzar la especialización). Estos programas de postgrado centran sus actividades académicas según el perfil del especialista que se desea formar, poniendo mayor o menor énfasis, en la atención individual, integral e integrada, en la atención comunitaria o en la familiar.

El paquete de conocimientos, habilidades y actitudes requeridos y los componentes necesarios en la formación de un medico de familia han sido publicados por el Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA) y el Residency Assistance Program, este último creado por un conjunto de instituciones de los Estados Unidos para mejorar la calidad de los programas de formación de residentes de Medicina Familiar. Esta iniciativa redactó un documento con criterios de excelencia para evaluar dichos programas, los cuales en mayor o menor medida han sido adoptados por diversos países que forman este tipo de especialistas[11].

En lo referente a los países hispano parlantes, ocupa un lugar relevante la revisión de los programas de formación de profesionales para la Atención Primaria de España, tanto para enfermeros/as como para médicos. Especialmente en éste último campo, dicho país cuenta con una dilatada experiencia en la formación postgraduada en Medicina Familiar y Comunitaria, cuyos egresados son el eje central del modelo de atención primaria vigente en dicho país desde la década de los 80´s del siglo pasado[12]. Este país publicó el primer programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria elaborado por su Comisión Nacional de la Especialidad en 1985, dicho programa fue reelaborado en 1990 y actualizado en el año 2003, todos ellos con una especialidad de tres años. En el año 2006, se generó un nuevo programa en el que la mayor modificación fue que se elevó la duración del residentado a cuatro años.

En una búsqueda bibliográfica se encontraron pocos programas de formación en Salud Familiar para profesionales de ciencias de la salud. Ellos estuvieron dirigidos fundamentalmente a enfermeras (México y España), aunque también se reportaron experiencias en la modalidad de residentados multi-disciplinarios con participación libre de diversas ramas profesionales (Brasil). Estos programas suelen tener 1- 2 años de duración ([13]).

[11] Idem, Sección III.2 "Formación e inserción de los equipos básicos para la salud familiar: Modalidades Convencionales para el Desarrollo de Competencias Integrales de los Equipos Básicos para la Salud Familiar: La Residencia Médica"

[12] Idem, Sección II. 3 "Experiencias Internacionales Relevantes en Medicina Familiar y Salud Familiar: La experiencia española"

[13] Idem, Sección III.3 "Experiencias de formación de equipos básicos en salud familiar"

1.3.2 Notas para un Estudio de Mercado de la Salud Familiar y Comunitaria en Perú

1.3.2.1 Demanda

Como se mencionó previamente, no existen precedentes en el país para poder medir el grado de interés que ha adquirido específicamente la Salud Familiar en enfermería y obstetricia, dado que la especialidad recién va a ser creada. No obstante, si se pueden tener indicios de su valor a partir de lo ocurrido con la Medicina Familiar, que ha experimentado un repunte en su preferencia dentro de los candidatos a especialidades, de modo que de contar con 34 postulantes en el 2003, se pasó a tener más de 200 el 2008, probablemente, en función de la ampliación de plazas en el sistema, de 4 vacantes en el año 2003 a 40 en el 2008 ([14]).

Un punto de partida para entender el auge relativo de la Medicina Familiar como demanda en el período reciente, surge de revisar lo ocurrido en años previos en algunos países que percibieron la importancia de la Medicina Familiar incrementaron exponencialmente sus médicos familiares, llegando a permitir el ingreso de miles de residentes de primer año en cada período anual. Para ello, en dichos países fue necesario emplear dos opciones: 1) Masificar la especialización con residencias médicas no universitarias. 2) La reconversión por competencias de médicos generales en familiares ([15]).

1.3.2.2 Oferta

En cuanto a Enfermería y Obstetricia, aunque en el país no existen aun programas específicos de especialización en Salud Familiar, hay múltiples programas de especialización en áreas como Salud Pública, Cirugía y Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Enfermería Pediátrica, Gerontología y Geriatría, Salud Sexual y Reproductiva, Promoción de la Salud Materna, entre otras, en claustros como la Universidad Mayor de San Marcos, Villarreal, Cayetano Heredia, San Martín de Porres, Universidad de Trujillo, y diversas Universidades más.

En relación a la especialidad de Medicina Familiar, a pesar de las declaraciones oficiales que colocan a la Medicina Familiar como una de las especialidades de mayor prioridad en el país, la oferta formativa se vio amenazada el año 2009 por la reducción de vacantes para esta especialidad, ya que no hay una real conciencia entre quienes manejan el sistema (hospitales y Direcciones Universitarias de Post Grado) de la importancia de este recurso humano. Así, las vacantes libres para MINSA y ESSALUD se redujeron de 40 en el año 2008 a menos de la mitad en el 2009.

Por otro lado, el sistema de elección del residentado implementado a partir del año 2009 no prioriza a quienes realmente tienen vocación por la Medicina Familiar y realmente anhelan la opción de ejercer en la Atención Primaria, sino que favorece que profesionales que no alcanzaron cupo en las especialidades hospitalarias de su elección elijan Medicina Familiar como un modo de no quedarse desempleados.

---

[14] Suárez-Bustamante MA. La Medicina Familiar en el Perú. Evolución y Desafíos. Rev. Per. De Med. Exp. y Salud Pública.25 (3): 309-315.

[15] Idem, Sección III.2 Formación e inserción de los equipos básicos para la salud familiar.

1.3.3 La Estrategia Nacional de Salud Familiar y Comunitaria ([16])

El nuevo contexto institucional que se planifica para el Sector, la impregnación de la política de la Atención Integral de Salud delineada desde inicios de la década, se acentúa al proponer la "Estrategia Nacional de Salud Familiar y Comunitaria" (cuya aprobación ministerial está en estado avanzado de tramitación) como una vía para implantar sistemas microrregionales sectorizados y cuya prestación de salud está a cargo de equipos competentes, conducidos por especialistas en Salud Familiar como los constituyentes centrales que harán efectiva la respuesta a las necesidades de salud de las personas y familias más vulnerables, al conseguir articular una acción intersectorial orientada al desarrollo social promoviendo personas, familias, comunidades y municipios saludables, que efectivamente contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

Esta "Estrategia Nacional de Salud Familiar y Comunitaria" puede influir tanto en la demanda de formación, al viabilizar las plazas laborales que harán que más egresados de las facultades clave busquen especializarse en Salud Familiar, como en la oferta al incrementar las vacantes para el sistema convencional del residentado, e impulsar un sistema alternativo para la generación de dichos especialistas (denominado reconversión o formación por competencias). Algunos elementos centrales de esta Estrategia en cuyo seno se insertarían los recursos humanos formados por este programa, hasta donde se ha avanzado en su elaboración por el Ministerio de Salud son los siguientes:

Definición:

Se define como una Estrategia basada en la Atención Primaria de Salud, y desarrollada a través de equipos básicos multidisciplinarios orientada a garantizar que universalmente se ofrezca Atención Integral a la Familia y Comunidad, con capacidad para responder a sus necesidades de salud, en un ámbito territorial determinado y con un primer nivel de atención, que gradualmente se constituye en la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

Finalidad:

Tiene como finalidad contribuir a la mejora de la salud de las familias, mediante la implementación de los lineamientos de políticas del sector salud con énfasis en la Atención integral de salud, Aseguramiento Universal en Salud y descentralización.

Objetivos:

Objetivo general:

Ampliar el acceso de las familias a la atención de salud con calidad, fortaleciendo el primer nivel de atención con equipos básicos de salud multidisciplinarios competentes y promoviendo la participación activa de la comunidad, el empoderamiento social y la acción intersectorial.

Objetivo Estratégico:

Dotar, a un porcentaje gradualmente creciente de microrredes del país, con equipos básicos de salud resolutivos los cuales: se vinculen efectivamente con su población asignada, ejecuten los procesos y cuidados previstos por la normatividad operativa, produciendo un cambio cuantificable en la resolución de problemas agudos y control de problemas crónicos

[16] Los contenidos insertados en esta sección, se extraen de documentos preliminares que han circulado entre los equipos a cargo de formular la Estrategia. Como dicha formulación no se ha concretado, se entiende que también es materia pendiente las definiciones finales sobre este punto.

(por lo menos 90% de la demanda), mejoramiento de la dinámica familiar y adquisición de hábitos saludables en las familias asignadas, y generación de entornos saludables con la comunidad.

Concepto de Equipo Básico de Salud:

1. Es el equipo responsable de la salud de un número determinado de familias ubicadas en una zona territorial dentro del ámbito de una determinada microrred de salud, sin tener en cuenta la raza, clase social o cualquier otro factor que resulte discriminatorio.
2. El equipo deberá ofrecer atención integral de salud a la población, adoptando los enfoques más adecuados, en particular el abordaje inter-cultural, y respondiendo a las necesidades de salud individuales y familiares de la población a su cargo, así como impulsar un proceso intersectorial de construcción de comunidades y municipios saludables, a través de Planes de Desarrollo Local concertados. Sus funciones y responsabilidades se enmarcan en la normatividad correspondiente.
3. Dichos equipos estarán inicialmente constituidos por un enfermero (a), médico(a), Obstetra (iz), y técnicos de enfermería, todos ellos adecuadamente capacitados; pudiendo ser incluidos otros profesionales (médicos especialistas, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, etc.) de acuerdo a la disponibilidad de presupuesto. Este equipo se complementará con agentes comunitarios de salud
4. Deben poseer las competencias adecuadas para ser resolutivos al ofrecer la atención integral dirigida a las personas, familias y comunidad de su sector adscrito.
5. Idealmente estos equipos trabajarán bajo una disposición de redes, inmersos en un esquema que favorezca la adecuada supervisión, construcción de un aprendizaje colectivo y adquisición de las competencias requeridas para su desempeño laboral.

Una estrategia de esta naturaleza debe partir de reconocer que para obtener impacto sanitario, no basta con sólo de formar al recurso humano con las características deseadas, sino que se debe garantizar su real resolutividad (mediante soporte en red con otros equipos, evaluación de competencias/desempeño laboral, la dotación de líneas de soporte diagnóstico y terapéutico que incluya equipamiento adecuado, insumos farmacéuticos mínimos y telemedicina), una línea de trabajo articulada con el resto del sistema de salud (Normatividad adecuada), favorecer su adecuada distribución y permanencia en los puntos donde estos especialistas son requeridos (incentivos y línea de carrera), entre los múltiples elementos que serían necesarios para garantizar el éxito de esta Estrategia.

1.4 Justificación para un Programa de Formación de Salud Familiar y Comunitaria por Competencias

Es conocido que para trabajar con eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención, se requieren competencias que muchas veces son diferentes a las adquiridas en el ámbito universitario. Así, la formación hospitalocéntrica recibida en los claustros académicos con frecuencia no ofrece a sus egresados las competencias necesarias para efectivamente dar respuesta a los problemas de salud que encontrarán en sus futuras zonas de trabajo dentro del ámbito de la Atención Primaria. Así, en el primer nivel de atención es común lidiar con una compleja problemática comunitaria no exenta de conflictos de intereses, riñas poblacionales, animadversiones familiares, liderazgos contrapuestos y problemas estructurales sumamente complejos: pobreza extrema, alcoholismo, dificultades de comunicación con los idiomas nativos y de interrelación cultural, entre otros. Al no haber recibido estas competencias profesionales, los egresados de las facultades de Medicina, Enfermería, Obstetricia, entre otras profesiones, ven dificultada su labor programada, así, a menos

que la intervención se acompañe de procesos de desarrollo de estas competencias faltantes, será difícil lograr los objetivos deseados. Es en este escenario que a nivel internacional surgen las especialidades enfocadas en la Atención Primaria como un modo de paliar esta situación[17]. Los miembros de los Equipos de Salud deberán estar preparados para el ejercicio de estas tareas, y ello debe lograrse a través de un proceso gradual de adquisición de competencias específicas, como el que se desarrolla dentro del marco de una Especialización en Salud Familiar.

Por otro lado, en la última década han operado en nuestro país diversos cambios ligados a la implantación del Modelo de Atención Integral formulada el año 2003[18], las cuales han tornado a las mayores instituciones prestadoras de servicios sanitarios del país, el Ministerio de Salud (MINSA) y la Seguridad Social (ESSALUD), concientes de las ventajas de los profesionales especializados en Salud Familiar. Por ello en diversos foros estas instituciones han mostrado interés por contar en el plazo más breve posible, con un contingente amplio de estos profesionales. Responder a dicho requerimiento necesariamente implicará propuestas formativas que sean alternativas a las del residentado médico y las especializaciones convencionales en enfermería y obstetricia.

Ante las limitaciones de los entornos académicos actuales por asumir esta tarea, es necesario que la sociedad en su conjunto impulse la creación de mecanismos que contribuyan a que los profesionales de la salud no sean educados en un vacío, impulsados por sus propias necesidades, sino por las necesidades de las comunidades a las que deben servir. En dicho escenario, es válida la reflexión: "La obligación de los sistemas formativos es dirigir la educación, investigación y actividades de servicios hacia las prioridades sanitarias de la comunidad, región y/o nación que ellos tienen el mandato de servir. Los intereses prioritarios en materia de salud deben ser identificados conjuntamente por los gobiernos, organizaciones prestadoras públicas y privadas, profesionales de salud y la propia población"[19]. Las políticas y los fondos públicos deben respaldar la misión de garantizar que los prestadores sean entrenados para proveer el cuidado de calidad, centrado en el paciente, su familia y su comunidad, que la sociedad requiere.

1.5 Fundamentos psicopedagógicos del Programa de Formación de Salud Familiar y Comunitaria.

1.5.1 Enfoque de competencias para la Salud Familiar y Comunitaria

Las competencias, elementos metodológicos docentes que se pueden aplicar prácticamente a todo campo de actividades dentro de la sociedad, reúnen los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para ejecutar algo demostrable. Con dicha formulación, las competencias permiten transparentar las acciones laborales prácticas que se desea que los recursos humanos adquieran durante su formación, y posibilita crear herramientas metodológicas para su evaluación concreta. Además, posibilita saber que espacios requiere reforzar y cuales ya maneja convenientemente, posibilitando un entrenamiento personalizado para cerrar la brecha de cada participante, incidiendo en las carencias para alcanzar su objetivo[20].

---

[17] Idem, Sección "II.1. Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar: Medicina Familiar como Especialidad, y Salud Familiar"

[18] Idem, Sección II. 3 "Experiencias Internacionales Relevantes en Medicina Familiar y Salud Familiar: Situación Actual de la Atención Primaria en el Perú y Experiencias Peruanas en Atención Integral"

[19] Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. London: OMS/WONCA; 1994.

[20] Idem, Sección III.1 "Elementos conceptuales sobre competencias y entrenamiento de los equipos de trabajo: Conceptos y Definiciones para la Formulación de Curriculums por Competencias".

El equipo de Salud Familiar y Comunitaria requiere, para un adecuado ejercicio de su labor, no sólo de conocimientos, sino también de un conjunto de habilidades y de la adopción concreta de valores que se mantengan vigentes en toda su práctica y garanticen su sostenibilidad. Estas competencias centrales deben orientarse hacia el objetivo básico de la formación para los equipos de Salud Familiar: que es la resolutividad y el impacto sanitario. Así, es necesario consolidar programas formativos que realmente apunten a alcanzar un mínimo aceptable de competencias como para resolver un 80-90% de la demanda que habitualmente se presentan en el primer nivel de atención. Ello en el marco de los enfoques principales como la equidad, en un marco de respeto por los derechos y con una perspectiva de interculturalidad, especialmente considerando las poblaciones rurales y urbanas con las que se relacionarán estos recursos humanos.

Para ello, la presente Propuesta preconiza la realización de una evaluación inicial de competencias para saber cuales requiere reforzar cada candidato y cuales ya maneja convenientemente, y otra adicional al finalizar el entrenamiento, que actúe como un examen de certificación equivalente a la evaluación que los residentes recién graduados deben hacer para demostrar que adquirieron las respectivas competencias durante su formación[21].

1.5.2 Enfoque Humanista Tecnológico

Este enfoque quiere revertir la tendencia adoptada por el enfoque eminentemente tecnológico vigente en la mayoría de especialidades y sub-especialidades hospitalarias, en el que se privilegia el abordaje biomédico con uso intensivo de la tecnología diagnóstica y eventualmente terapéutica y el empleo casi exclusivo como medio de curación, a una diversidad de moléculas farmacológicas siempre de última generación, para poder resolver los males y dolencias de la persona, abandonando la mirada holística y biopsicosocial de quien emplea intensivamente la comunicación para interactuar con la persona en su integridad, y considera a su contexto familiar y social.

Pero igualmente se distancia este enfoque de las aproximaciones meramente psicologicistas que niegan la posibilidad de que los avances tecnológicos, racionalmente usados y colocados en el correspondiente contexto biopsicosocial, puedan ser de utilidad para la persona. Así el Humanismo Tecnológico postula que el hombre debe utilizar la tecnología al servicio del hombre, integrándola con el humanismo, y uniendo ambos términos sin desdeñar el carácter humanitario de la persona.

1.5.3 Enfoque de la Formación en Servicio

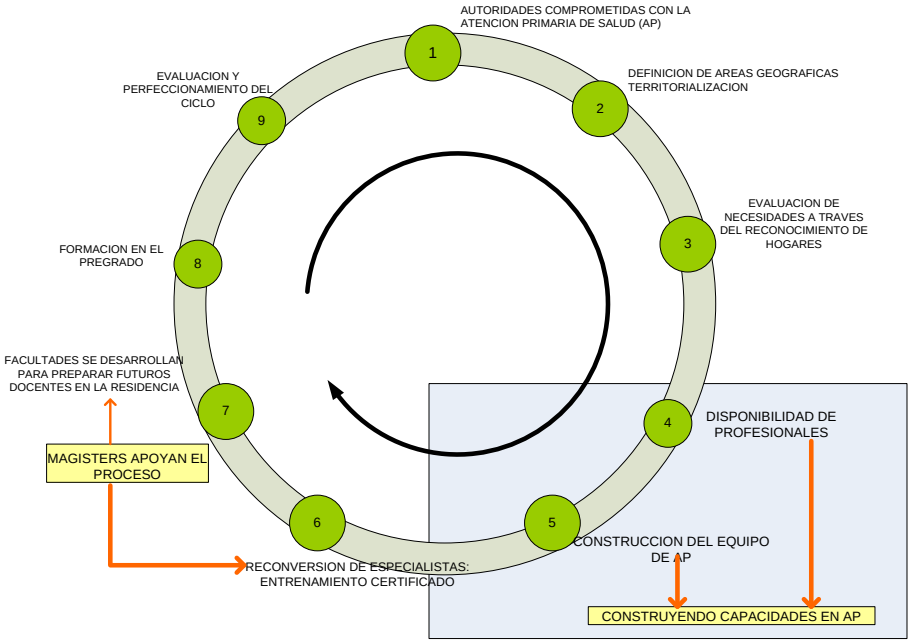
Por el enfoque de la formación en servicio lo ofrecido tiene relevancia directa para el trabajo en los propios ámbitos laborales de los participantes. De este modo los participantes, para completar su entrenamiento, deberán desarrollar en condiciones reales y con sus familias adscritas, las tareas y actividades propuestas. Ello da mayor significado al aprendizaje obtenido, dado que de inmediato los conocimientos acumulados se convierten en beneficio para la población.

En este sentido, por el enfoque de la formación en servicio se combinan períodos de capacitación en aula y de entrenamiento en unidades docentes específicamente desarrolladas para completar su educación mediante la interacción con el resto del grupo de formados y con sus tutores, con la práctica en su propio ámbito laboral.

[21] Idem, Sección III.2 "Formación e inserción de los equipos básicos para la salud familiar: Modalidades Aternativas para el Desarrollo de Competencias Integrales de los Equipos Básicos para la Salud Familiar: La formación por competencias de Especialistas en Salud Familiar".

En este sentido, es importante considerar que mediante la formación en servicio se busca alcanzar un equipo competente independientemente de que cada profesional complete el proceso de reconversión en especialistas –Ver figura 1.

Figura 1. Compromisos de la integración docente asistencial. Primero: Formación en servicio del equipo de salud hasta hacerlo resolutivo. Segundo: Reconversión de especialistas y Luego siguientes desafíos.



Fuente: Programa de Capacitación en Salud Familiar. Universidad de Toronto. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.

Elaboración: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud

Ello se traduce en la propuesta organizativa mostrada en la Figura 1, en la cual se describe a los servicios como un espacio en el cual gradualmente pueden irse conquistando diversos desafíos, desde la capacitación en servicio de los equipos básicos de salud, sin la búsqueda de un grado o título sino sólo para perfeccionar su desempeño, hasta conseguir que ella sea el campo para la formación en Atención Primaria de los diversos profesionales que ejercerán en ésta, tanto en la fase del pre-grado como de postgrado, consiguiendo así reorientar el perfil de los egresados hacia las necesidades de la población.

1.5.4 Enfoque de la Educación Flexible y Certificación Progresiva

El enfoque de educación flexible es trabajado en esta propuesta a través de dos acepciones complementarias. La primera se refiere a las unidades y metodologías de aprendizaje. Siendo el objetivo final la adquisición de competencias para la especialización en Salud Familiar, los diferentes candidatos según su nivel de partida y experiencia previa seguirán diferentes actividades educativas. Así, algunos participantes con mayor solvencia en ciertas áreas podrán ser exonerados de cursar ciertas unidades o sub-unidades formativas. Por otro lado, en diversos programas las metodologías docentes podrían ser diferentes, según las

características de los tutores y las facilidades con las que se cuenten. Independientemente de la ruta seguida, al conseguirse las competencias de parte de los graduados, el objetivo se habrá completado.

La segunda acepción para el enfoque de educación flexible, corresponde al sentido que se le ofrece en la Universidad de Antioquia, Colombia, y otros claustros, en los cuales quienes no ingresan por la vía regular pueden ir cursando materias libres y acumulativos que finalmente se consolidan para completar la formación del participante. Esta acepción tiene total relación con la denominada certificación progresiva surgida como una propuesta para rentabilizar la formación de post-grado en la medida en que, dependiendo del nivel de avance que los participantes hayan alcanzado, será más completo el grado alcanzado, al mismo tiempo que se facilita a los participantes capacitarse de acuerdo a sus condiciones.

En la propuesta actual, esta metodología se usa para descomponer en niveles la formación total de los especialistas en Salud Familiar, como se verá en las secciones siguientes. Cada nivel conduce a una certificación diferente y complementaria, de modo que la suma final constituye la especialización, y quienes los completen convalidan todos estos desarrollos en un espacio completo que es el titulo de especialista ligado a su profesión.

1.5.5 Enfoque de la Educación a Distancia

La educación a distancia es un poderoso aliado para la formación de Profesionales, especialmente cuando se tienen las dificultades de dispersión geográfica de los participantes y carencia de tiempo para poder asistir de una forma consistente a un programa presencial, pudiendo para aspectos específicos, conseguir resultados muy próximos a los obtenidos con cursos convencionales basados en sesiones presenciales.

Sin embargo, es importante considerar que la educación a distancia no puede desarrollar competencias por si sola, pues su principal potencial está en ayudar a adquirir conocimientos y habilidades sencillas, particularmente en aquellos participantes con real vocación y gran proactividad para el trabajo autodirigido. Dado que a través de la educación a distancia exclusiva es muy difícil sino imposible transmitir habilidades complejas y actitudes o valores, se requiere de actividades presenciales que la complementen para poder alcanzar las competencias requeridas.

En el caso de la especialización en Salud Familiar que nos convoca, ello es especialmente crucial por cuanto, como ya se mencionó, el objetivo central es la adquisición de un mínimo de 80% a 90% de resolutividad y el logro de impacto sanitario, lo cual sólo es posible cuando los participantes, además de los conocimientos aportados por su disciplina profesional, adquieren destrezas y se desempeñan con actitudes y valores que son muy precisos para el ámbito de la Atención Primaria.

Esta necesidad puede ser subsanada empleando el denominado bi-learning o educación a distancia y presencial, la cual complementa lo mejor de cada una de las metodologías, ampliando significativamente el tiempo de interacción con el sistema, favoreciendo el orden didáctico, oportunidad de intervenciones y el trabajo en equipo y la construcción cooperativa de materiales.

2. MARCO ESTRUCTURAL

2.1 Propósito del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria

Este Programa, que responde a la demanda social de contar con un contingente importante de profesionales con conocimientos especializados en Salud Familiar y Comunitaria en un período relativamente más corto del que se alcanzaría únicamente por la vía del residentado, tiene como propósito máximo que sus participantes puedan acumular las competencias básicas necesarias para atender en servicios de Salud familiar con un 80% a 90% de resolutividad, actuando como equipo interdisciplinario, y realizando sus prestaciones siempre bajo una perspectiva de interculturalidad.

Este Programa, adecuado a los estándares académicos internacionales de las especialidades[22], tiene la ventaja central de que sus participantes, mientras dure su especialización, podrán seguir desarrollando sus actividades laborales realizadas en los entornos de atención primaria donde habitualmente trabajan. En este documento hemos separado las especializaciones que, según el tipo de profesional se dividen en Salud Familiar – Enfermería, Salud Familiar – Obstetricia y Medicina Familiar (para médicos). ([23]).

2.2 Objetivos del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria

Objetivo General

Formar profesionales con las competencias necesarias para ofrecer una adecuada Atención Integral, de acuerdo a los valores principios y metodologías de la Salud Familiar y Comunitaria, contando con los elementos básicos necesarios para ofrecer una atención humanitaria, científica, integral y continua a las personas y familias, en el contexto de su comunidad, en todas las etapas de la vida, en el contexto de la Atención Primaria, contribuyendo así a mejorar la salud de la comunidad a la que sirve.

Objetivos Educacionales

Al finalizar el Programa, los Equipos de Salud conformados por participantes especialistas en Salud Familiar podrán:

- Abordar, y en la medida de sus posibilidades institucionales resolver, hasta el 80% de los problemas de salud de las personas y familias a su cargo, en las diversas esferas que las constituyen (físicas, emocionales, sociales, etc.), al mismo tiempo que ofrecen actividades para prevenir enfermedades y daños, y favorecer su adecuado desarrollo y plena calidad de vida. Todas estas acciones se ofrecerán integradamente, de un modo personalizado, humano, con calidad y competencia técnica, respetando las diferencias entre culturas.

---

[22] En el caso de la Medicina Familiar estos estándares han sido publicados por el Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA) y el Residency Assistance Program, este último creado por un conjunto de instituciones de los Estados Unidos para mejorar la calidad de los programas de formación de residentes de Medicina Familiar. Para los programas de Salud Familiar – Enfermería y Salud Familiar – Obstetricia, hasta donde conocemos no se han definido los estándares respectivos a nivel internacional.

[23] Como podrá verse en las secciones siguientes, dado que es campo de experiencia y tiene mayor cercanía con el perfil del consultor, el presente documento tiene un mayor desarrollo en cuanto a la propuesta de Medicina Familiar. Una mayor precisión en cuanto al desarrollo de esta especialización para las profesiones de Enfermería y Obstetricia, debe surgir de posteriores debates en los que participen activamente los representantes de dichas ramas profesionales. . En tal sentido y dado que las especialidades para enfermeros/as y obstetras/ices son propuestas en desarrollo, las denominaciones de Salud Familiar – Enfermería y Salud Familiar – Obstetricia son preliminares.

- Reconocer adecuadamente sus límites de competencia, empleando las inter-consultas, referencias y/o derivaciones de sus pacientes a niveles de mayor complejidad, de acuerdo a la naturaleza del problema y sin perder el vínculo con ellos.
- Establecer vínculos con las familias y la comunidad organizada, tomando conocimiento de sus características socio-culturales y ambientales, y empleando su criterio epidemiológico para diseñar, implementar y evaluar las actividades que sean más efectivas para impactar en los problemas de salud de la comunidad, del modo más participativo posible.
- Analizar las prácticas y procesos actualmente existentes y adaptarlas innovadoramente para ofrecer una adecuada Atención Integral en el marco de la Salud Familiar y Comunitaria.
- Desarrollar capacidades conceptuales y metodológicas para ofrecer una adecuada Atención Integral en el marco de la Salud Familiar y Comunitaria.
- Diseñar programas viables para:
    - Estudio e intervenciones en familias con problemas de dinámica familiar.
    - Estudio e intervenciones en comunidades con problemas sociales o sanitarios que afectan la calidad de vida de la colectividad.
    - Estudio e intervenciones en su establecimiento de salud para implementar una adecuada Atención Integral.
- Desarrollar e idealmente publicar los resultados de una investigación desarrollada en su ámbito de ejercicio profesional, dentro del contexto de la Atención Primaria.
- Optimizar los procedimientos de gerencia de proyectos, programas y servicios en su ámbito de ejercicio profesional, dentro del contexto de la Atención Primaria, generando iniciativas para mejorar la organización estructural y funcional de los establecimientos de salud del primer nivel, para ofrecer una prestación integral, longitudinal, continua, con calidad y eficiencia.
- Ejercer la docena o supervisión de otros profesionales que se desempeñen en un sistema de atención integral en el marco de la Salud Familiar y Comunitaria.

2.3 Ejes curriculares del Plan de Estudios

El plan de estudios se organiza en 6 ejes curriculares, cada uno de los cuales trata un tema aglutinador en función del logro de competencias. Los cursos de las cuatro áreas se complementan entre sí para el logro del objetivo general del programa. Los ejes son las siguientes:

Eje 1: Acciones de Salud en la Persona

Contribuye principalmente a la generación de competencias para impulsar una adecuada atención con enfoque bio-psico-social al individuo en el contexto de su familia y comunidad poniendo un énfasis especial en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, incrementando su efectividad y eficiencia para contribuir a mejorar la salud de las familias y la comunidad.

Se aborda por etapas de vida y con contenidos adaptados o diversificados de acuerdo a la rama profesional. Se trabajarán las siguientes etapas: Niño, Adolescente, Adulto/Gestante, Adulto Mayor.

Eje 2: Bases de la Atención Integral y la Salud Familiar y Comunitaria

Se abordan aspectos clave para la comprensión de los contenidos abordados en los otros ejes, presentando una panorámica de los principales contenidos que constituyen el cuerpo de

conocimientos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria y contenidos complementarios aplicables a la Atención Primaria de Salud.

Eje 3: Comunidad: Abordaje participativo de los problemas de salud

Explora algunos de los múltiples contenidos necesarios para implementar la Atención Integral de Salud en su componente comunitario, apoyando el desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones comunales, como un modo de promover y estimular su participación ciudadana en la salud, y realizando actividades de promoción y prevención de la salud. En tal sentido, busca contribuir a vincular a la comunidad y el resto de organizaciones de base en su entorno en los que trabajen, con los servicios de salud. Este eje incorpora tanto aspectos conceptuales sobre la participación de la comunidad (Principios, estrategias y acciones) como instrumentales.

Eje 4: Docencia en Atención Primaria.

Contribuye a la generación de competencias para ofrecer educación continua a los recursos humanos que laboran en el ámbito de la Atención Primaria, así como a los recursos de la comunidad (agentes comunitarios, organizaciones de base, otras instituciones, etc.), abordando las bases conceptuales y herramientas metodológicas para la docencia y la comunicación.

Eje 5: Establecimiento de Salud: Gestión y Aspectos Administrativos.

Explora algunos de los múltiples contenidos necesarios para implementar la Atención Integral de Salud y la Salud Familiar y Comunitaria tanto en el contexto intra como extra-mural. Contribuye principalmente a la generación de competencias para organizar estructural y funcionalmente los establecimientos de salud, preparando a los participantes para liderar los equipos técnicos, potenciando sus recursos, y asegurando un adecuado diagnóstico, diseño, planificación, programación, análisis, ejecución y evaluación de acciones concretas en Atención Primaria de Salud.

Eje 6: Familia: Abordaje de la Dinámica Familiar y el micro-entorno

Desarrolla aspectos básicos que requieren ser asimilados por los profesionales que desean ofrecer una atención integral a la familia, presenta algunas herramientas elementales que se emplean para diagnosticar y brindar orientación a las familias para el logro de una mejor dinámica y funcionalidad familiar, ofreciendo pautas para abordar algunos de los problemas típicos que afectan a la familia.

Eje 7: Investigación

Se enfoca en el desarrollo de la investigación científica en la Atención Primaria, centrando su estudio en la realidad de salud y sus factores determinantes, generando conocimientos y evaluando nuevas tecnologías y soluciones, apropiadas para la resolución de los problemas de salud de las familias y la comunidad. Tiene como objetivo final el desarrollo de una tesis para su graduación como especialista.

3. ORGANIZACIÓN CURRICULAR.

3.1 Competencias generales y específicas del egresado del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar.

En los siguientes listados se presentan las piezas centrales del proceso de desarrollo del currículo por competencias, como es la competencia general que sintetiza lo que deben ejercer cotidianamente los equipos de salud familiar en su trabajo con personas, familias y comunidades, las competencias específicas que definen lo que debe "saber ser, hacer y conocer" y finalmente las funciones que llevan las competencias especificas al ámbito del desempeño operacional rutinario. Ante la falta de un bloque de competencias bien definido, se ha considerado pertinente colocar en este programa un conjunto de competencias preliminares extraídas del Plan curricular de la especialidad de medicina familiar con enfoque educativo de competencias, desarrollado el 2008 por el ex–IDREH para la Medicina/Salud Familiar y Comunitaria con el concurso de varios actores sociales. Se ha respetado esta estructura en el entendido de que refleja adecuadamente el espíritu de la especialidad.[24].

Competencia General del Egresado

Atender la salud de las personas en sus diferentes etapas de vida, a la familia y comunidad con conocimientos científicos y técnicos, de manera integral, integrada, continuada, humanística y ética, y ejerce la docencia, la administración e investigación.

Competencias Específicas del Egresado

COMPETENCIA 1: Realizar la promoción de estilos de vida saludables en la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los determinantes de la salud en un marco de interculturalidad y respeto a los valores positivos.

COMPETENCIA 2: Realizar acciones de prevención de la enfermedad o el daño a la salud, interviniendo sobre los factores de riesgo de acuerdo a las normas del MINSA.

COMPETENCIA 3: Realizar la atención a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud de acuerdo a las normas del MINSA.

COMPETENCIA 4: Realizar actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales

COMPETENCIA 5: Realizar investigación en atención primaria de salud, según políticas institucionales

COMPETENCIA 6: Administrar los servicios de salud de atención primaria en función a las necesidades y recursos disponibles

COMPETENCIA 7: Se relaciona empáticamente y con compromiso con la persona, familia y comunidad e institución donde labora.

[24] La formulación de las Competencias definitivas para los miembros del equipo básico de salud no forma parte de la presente consultoría e iban a sernos entregadas, como producto de un proceso de reflexión colectiva de diversos actores sociales facilitado por una consultoría que se está desarrollando en este momento con el financiamiento de INICIATIVA-PERU, pero que aun no ha concluido. Ante la falta de ese bloque de competencias se tomaron las competencias Generales, Específicas y Funciones consensuadas de los diferentes actores involucrados por los miembros de diversas instituciones Gubernamentales, y representativas de la Sociedad Civil en el marco de la formulación del Plan Curricular para la Especialidad de Medicina Familiar con Enfoque de Competencias, desarrollado en un proceso conducido por el ex – IDREH, el año 2008.

3.2 Capacidades del egresado del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar.

Aunque las competencias son bastante adecuadas para precisar la direccionalidad de un Programa Educativo, en realidad no siempre son lo suficientemente precisas para definir claramente los contenidos, habilidades y destrezas necesarios para responder a ellas. Por eso mismo, algunos programas para profesionales de Atención Primaria han definido, además de las competencias correctas, también las capacidades priorizadas por el Programa para adquirir las competencias propuestas.

Nosotros proponemos un conjunto de capacidades priorizadas por el programa, las cuales constituyen la articulación entre los contenidos y las competencias formuladas. Dichas capacidades se muestran en toda su extensión y organizadas según los ejes curriculares en el Anexo 1, y un resumen puede apreciarse en el Cuadro 1 de la Sección 3.3 Características comunes a los tres Planes de Estudios.

3.3 Características comunes a los tres Planes de Estudios del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar.

Como ya se adelantó, el Programa Integrado de Formación en Salud Familiar, en su primera etapa debe estar constituido por 3 especializaciones, cada una con su correspondiente Plan de Estudios: Salud Familiar – Enfermería, Salud Familiar – Obstetricia y Medicina Familiar (para médicos)[25]. Este ítem presenta aquellos aspectos relacionados a los tres programas en su conjunto, mientras que en la sección 3.4 se presenta lo concerniente al Plan de Estudios en su totalidad.

3.3.1 Competencias y Capacidades comunes a los tres planes de estudios

La primera condición que tienen en común los planes de estudios son sus competencias y capacidades. Ellos definen un perfil similar y complementario para los especialistas en Salud Familiar, aunque respetando los espacios que tradicionalmente han sido destinados a cada una de estas profesiones.

Un listado de las competencias y capacidades que serán desarrolladas en mayor o menor extensión y con un foco relacionado a la materia de cada especialidad, por cada rama profesional, se encuentran en el siguiente cuadro.

[25] La decisión de iniciar el Programa Integrado con estas 3 profesiones ha sido ajena a esta consultoría y de acuerdo a lo expresado por los decisores involucrados, representa un avance inicial en el camino a incorporar a un grupo mayor de ramas profesionales dentro de esta iniciativa.

Cuadro 1. Competencias y capacidades para los tres planes de estudios del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CAPACIDADES
Atiende la salud de las personas en sus diferentes etapas de vida, a la familia y comunidad con conocimientos científicos y técnicos, de manera integral, integrada, continuada, humanística y ética, y ejerce la docencia, la administración e investigación.	1. Realizar la promoción de estilos de vida saludables en la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los determinantes de la salud en un marco de interculturalidad y respeto a los valores positivos.	- Incrementar la cultura sanitaria de la población. - Realizar un abordaje adecuado de las necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño. - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adolescente - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la mujer en etapa reproductiva. - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto mayor.
	2. Realizar acciones de prevención de la enfermedad o el daño a la salud, interviniendo sobre los factores de riesgo de acuerdo a las normas del MINSA.	- Identificar problemas y necesidades de atención a la comunidad. - Priorizar la actuación con participación comunitaria. - Realizar asesoría anticipatoria para prevenir las crisis producto de situaciones previsibles en la vida de la familia - Realizar un abordaje adecuado de las necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño. - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adolescente - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CAPACIDADES
		- Mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la mujer en etapa reproductiva. - Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto mayor.
	3. Realizar la atención a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud de acuerdo a las normas del MINSA.	- Diseñar y formular programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales. - Emplear las herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la Atención Integral a la Familia. - Identificar los problemas familiares más prevalentes, tanto en su ámbito de residencia (vivienda y micro-entorno) como en su dinámica familiar. - Intervenir en las familias con problemas familiares más prevalentes para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados. - Emplear adecuadamente la entrevista clínica, examen físico y registro de datos. - Emplear tecnología apropiada para la formulación de planes diagnósticos. - Manejar integralmente, con enfoque biopsicosocial y con resolutividad la salud de las personas a su cargo. - Negociar con el paciente y realizar la gestión del tipo de continuidad de la atención. - Desarrollar una Rehabilitación básica, buscando lograr una adecuada prevención terciaria en pacientes con disfuncionalidades y discapacidades.
	4. Realiza actividades de docencia para el personal de salud de	- Trasmitir los elementos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria a todos los

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CAPACIDADES
	acuerdo a necesidades y políticas institucionales.	miembros del equipo de salud, autoridades locales y académicas. - Elaborar un plan de capacitación para los miembros del equipo de salud que responda a sus necesidades de formación en Salud Familiar. - Desarrollar habilidades docentes a través del entrenamiento de otros profesionales y equipos con los mismos objetivos, tanto en la práctica cotidiana mediante el apoyo técnico continuo, como en cursos elaborados específicamente. - Establecer una rutina personal de Aprendizaje Basado en el Problema (ABP) para mantenerse actualizado en sus competencias, fundamentada en las situaciones que aborda en su práctica cotidiana.
	5. 5. Realiza investigación en atención primaria de salud, de los problemas de la persona, familia y comunidad, según políticas institucionales.	- Estudiar y describir los determinantes y necesidades de salud de la comunidad. - Formular, desarrollar y publicar una investigación realizada dentro del ámbito de la Atención Primaria. - Realizar adecuadas búsquedas bibliográficas para la investigación en atención primaria de salud.
	6. Administra los servicios de salud de atención primaria en función a las necesidades y recursos disponibles.	- Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de salud familiar. - Conocer, divulgar y favorecer la adecuación a la realidad local de las diferentes políticas, normas y directrices que se aplican a la realidad de la Atención Primaria. - Propiciar y conducir el cumplimiento de las diferentes políticas, normas y directrices que hayan sido adecuadas a la

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CAPACIDADES
		realidad de la Atención Primaria. - Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la comunidad. - Diseño y formulación de programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales. - Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la familia. - Reorganizar los servicios para la Atención Integral en Salud, optimizando los recursos existentes para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población adscrita. - Consolidar grupos de trabajo para el perfeccionamiento de la Atención Primaria con un enfoque interdisciplinario y una adecuada dinámica de grupos, realizando una supervisión y asesoría constructiva para el equipo.
	7. Se relaciona empáticamente y con compromiso con la persona, familia y comunidad en institución donde labora.	- Realizar la entrevista clínica y el registro de datos de acuerdo a normas. - Negociar con el paciente y realizar la gestión del tipo de continuidad de la atención.

3.3.2 Estructura por Niveles de complejidad gradual comunes a los tres Planes de Estudios

El avance por niveles formativos delinea una ruta curricular para el Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria, en la que cada uno de estos niveles está constituido por módulos, los cuales se concatenan secuencialmente para llegar a la especialización ([26]).

Nivel 1: Diplomado en Atención Integral: Entrena en las bases necesarias para desarrollar los procesos de atención tanto individual como familiar en el marco de un enfoque integral bio-psico-social, para iniciar trabajos de abordaje de los problemas colectivos con participación comunitaria, y aborda en detalle las temáticas ligadas a procesos estratégicos y de soporte tales como los de Salud Pública, Gestión y Administración de Servicios, Atención Primaria de Salud en los establecimientos de salud, entre otros.

Nivel 2: Diplomado en Optimización Prestacional: Ofrece herramientas concretas a los participantes para que las características y habilidades centrales que debe tener el profesional de salud que trabaja en Atención Primaria para abordar a la persona, familia y comunidad de acuerdo a un modelo biopsicosocial. A nivel de intervención se centra prioritariamente en el abordaje de la promoción de la salud y del mantenimiento del estado saludable a través de la identificación y abordaje de factores de riesgo, y entrena en la aplicación de instrumentos y herramientas metodológicas para la participación comunitaria.

Nivel 3: Especialización en Salud Familiar: En esta última etapa del Programa, que adquiere el nombre por la especialización que adquirirán los participantes al concluir su revisar el manejo de las principales necesidades de salud individuales y familiares que se presentan en la atención primaria, reforzando su abordaje por etapas de vida en base al consenso existente en guías y protocolos actualizados, y tomando en consideración la evidencia disponible. Adicionalmente se profundiza en las temáticas ligadas a Docencia e Investigación, importantes para mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las intervenciones en Atención Primaria de Salud en los establecimientos de salud.

En cada uno de estos módulos se incluyen diversas Unidades y subunidades Formativas con contenidos y metodologías propias, las cuales serán progresivamente desarrolladas hasta completar las competencias requeridas.

3.3.3 Contenidos comunes a los tres planes de estudios son recibidos en común

Como se expresó en la sección precedente, los Planes de Estudios tienen competencias y capacidades en común y por lo tanto una gran cantidad de tópicos a tratar son coincidentes. Ello implica que se delinean dos tipos de contenidos:

Contenidos Comunes: Los cuales serán recibidos en el mismo espacio de actividades por todos los profesionales del equipo básico.

Contenidos del área de concentración: Que se ofrecerán por separado a los miembros de cada rama profesional.

El Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria plantea que siempre que los profesionales requieran recibir contenidos comunes, estos sean ofrecidos de manera

[26] Esta estructura de tres niveles y siete módulos en toda su extensión se aplicará al Plan de Estudios de Medicina Familiar, como se verá en el siguiente capítulo. Hasta el momento de culminar esta consultoría, no existía un consenso claro entre las entidades formadoras, los colegios profesionales y la entidad rectora del MINSA en materia de formación de Recursos Humanos, sobre si esta misma estructura la asumirán los tres Planes de Estudios o si, como es la propuesta del MINSA, sólo los médicos accederían al nivel 3. La decisión final seguramente debe tomarse con la amplia participación de todos los actores involucrados.

Igualmente espera a la validación el consolidar los nombres de los módulos y niveles, los cuales hasta el momento deben considerarse nombres preliminares.

conjunta. Esta práctica, además de garantizar una economía de escala que permita ahorrar costos, favorece la integración de equipo básico y aporta nuevas perspectivas.

En esta distribución es un hecho que el nivel 1, el Diplomado en Atención Integral será totalmente compartido por los profesionales, y en un número variable de aspectos también por los técnicos participantes ([27]); estando igualmente claro de que ellos compartirán la mayor parte de los contenidos del nivel 2. Como ya se mencionó, excepto en el Plan de Estudios de la especialidad para medicina, no está claro si los tópicos puntuales concernientes a las otras ramas profesionales específicas, serán abordado sólo en el nivel 2, o se realizará también un nivel 3 para ellos ([28]).

3.3.4 Programa de Ascenso Piramidal

Se plantea para este Programa una estructura piramidal (modalidad PREC[29]) en la que los tres niveles de formación, desde el básico hasta el más avanzado, se relacionen con la posición o cargo a ejercerse (ascendente). En esta lógica, suben en la pirámide sólo aquellos cuyas evaluaciones de competencias y trabajo cotidiano certifican las competencias del nivel cursado y aprueban todos los requerimientos para la aprobación respectiva.

Eventualmente la movilidad entre niveles es amplia y con suficiente tiempo, prácticamente todos podrían desplazarse del nivel 1 al 4 y alcanzar la titulación por competencias. Sin embargo el escenario más común en este tipo de experiencias, es el de avances diferenciados en función a los ritmos individuales, por lo que suele verse que en la base ingresan muchos y aunque asciendan más rápidamente a los niveles superiores aquellos que tienen más talento para desempeñarse como líderes del programa y tutores o formadores de los otros miembros de los equipos de salud, un grupo considerable demoran más en ascender, especialmente aquellos cuyo perfil se orienta más a una prestación directa a la población en los puntos periféricos. Sin embargo, incluso en aquellos profesionales que toman más tiempo en completar los diferentes niveles y alcanzar su titulación, la adquisición de competencias hace que tengan un desempeño valioso en su nivel y un nivel de resolutividad que muchas veces es semejante o superior al de los más adelantados. Ello porque las competencias para la prestación son fundamentalmente clínicas, mientras que para la titulación implica otras en las áreas de investigación, gestión, docencia, etc.

3.3.5 Programa Modularizado no Necesariamente Continuo

Este programa modularizado, no necesariamente continuo, implica que la velocidad de avance se dará en función a la capacidad del participante. En algunos casos ellos podrán rápidamente cumplir con todas las tareas que implica la evaluación de competencias, mientras que en otros casos ello les tomará más tiempo. No obstante, las modalidades de educación a distancia y presencial (sólo requiere salidas breves de su ámbito laboral), hacen que desde el primer nivel se aproveche el trabajo realizado con tutoría mínima en sus Establecimientos de Salud.

---

[27] Este es otro punto en el que, hasta el momento de culminar esta consultoría, no existía un consenso claro entre las entidades formadoras, los colegios profesionales y la entidad rectora del MINSA en materia de formación de Recursos Humanos. Si bien la propuesta del MINSA, es que todo el nivel 1, se compartido tanto por profesionales como por técnicos, existe otra propuesta de que sólo los profesionales reciban los contenidos completos y se seleccionen algunos temas que pudieran ser recibidos por profesionales y técnicos simultáneamente. La decisión final seguramente debe tomarse con la amplia participación de todos los actores involucrados.

[28] Ver nota 26.

[29] PREC es la sigla de Programa de Especialización en Epidemiología de Campo, una propuesta innovadora surgida a mediados de la década de los años 80, en la que se buscaba formar a profesionales en epidemiología para trabajar en los puntos periféricos de la red de Vigilancia Epidemiológica (Hospitales, Centros y Puestos de Salud), en los puestos intermedios (Regionales y Sub-regionales) y en el nivel central (la entonces Oficina General de Epidemiología), delineando la lógica piramidal, jerarquizada y no continua, que se ha planteado en esta propuesta.

3.4 Plan de estudios de Medicina Familiar

En este Plan de Estudios, los candidatos a la especialización en Medicina Familiar, para titularse deberán llevar un total de 110 créditos de formación efectiva obtenidos durante los tres niveles del Programa. A estos se les sumarán una cuota de 70 créditos por experiencia en Establecimientos de Salud de Atención Primaria (Hasta 40 créditos por trabajo previo y como mínimo 30 créditos por trabajo posterior al inicio del Programa), completando los 180 créditos necesarios, y además realizar una certificación final de las competencias adquiridas.

Estos módulos y niveles del Plan de Estudios para la especialización por competencias en Medicina Familiar contemplado dentro del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria se distribuyen puede apreciarse en el siguiente cuadro. Es importante mencionar que cada uno de estos 7 módulos tendrá contenidos tanto del área de investigación como de los de especialización, garantizando que la investigación sea un contenido transversal y un eje integrador.

Cuadro 2. Módulos, Niveles y área de oferta de contenidos sobre los ejes del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.

Niveles	Módulos Secuenciales		Área *de formación especializada (1)*	Área *de formac. en Investigac.(2)*
Diplomado en Atención Integral				
Nivel 1	Módulo I	Curso Introductorio	**X**	
Nivel 1	Módulo II	Curso Complementario	**X**	**X**
Diplomado en Optimización Prestacional				
Nivel 2	Módulo III	Curso Introductorio	**X**	
Nivel 2	Módulo IV	Módulo Teórico-práctico 1	**X**	**X**
Especialización en Salud Familiar y Comunitaria				
Nivel 3	Módulo V	Módulo Teórico-práctico 2	**X**	**X**
Nivel 3	Módulo VI	Pasantía Teórico-práctica	**X**	**X**
Nivel 3	Módulo VII	Actividades complementarias para la especialización	**X**	**X**

(1) El área de formación especializada agrega la mayoría de los contenidos curriculares, abordando los siguientes ejes: Eje 1: **A**cciones de Salud en la Persona, Eje 2: **B**ases de la Atención Integral y la Salud Familiar y Comunitaria, Eje 3: **C**omunidad: Abordaje participativo de los problemas de salud, Eje 4: **D**ocencia en Atención Primaria, Eje 5: **E**stablecimiento de Salud: Gestión y Aspectos Administrativos, Eje 6: **F**amilia: Abordaje de la Dinámica Familiar y el micro-entorno.

(2) El área de Investigación incluye los contenidos curriculares ligados al eje específico de la materia: Eje 7: **I**nvestigación.

En cada nivel, las actividades educacionales, los escenarios donde se impartirán éstas y los mecanismos de evaluación de logros de los participantes, son diferentes, aunque pueden superponerse. La importancia de diferenciar entre un Nivel y un módulo es que para pasar de un Nivel a otro el participante debe superar una evaluación por competencias, mientras que los módulos de un mismo nivel son de secuencia automática, siempre que cumpla los prerrequisitos de aprobación de las diferentes unidades formativas.

3.4.1 Los módulos educativos en correlación con las competencias

En esta sección se presentan los módulos que conforman el programa, y sus contenidos, correlacionados, de acuerdo a la respectiva capacidad o competencia específica.

En los juegos de cuadros que aparecen a partir de la página siguiente (Cuadro 3) pueden apreciarse los contenidos a ser abordados en los siete módulos del Programa Integrado, describiendo para cada módulo y cada unidad formativa, las capacidades que se van a trabajar y los contenidos desarrollados.

Cuadro 3. Competencias específicas, Capacidades, Contenidos y temas a ser ofrecidos en el Programa Integrado de Salud Familiar según el módulo

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 6. Administra los servicios de salud de atención primaria en función a las necesidades y recursos disponibles	**BASES DE LA ATENCIÓN**	BASES 1. B.1. Contar con un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de salud familiar.	Medicina familiar y salud familiar	1. Características de los sistemas de Atención Primaria de Salud y los Modelos de Atención Integral y Medicina Familiar en el Mundo. Evolución de la Medicina Familiar y la Atención Integral de Salud. 2. Conceptualización de salud. Determinantes de la Salud y su influencia en la atención integral. Integralidad de la Atención de Salud. Principios, estrategias y acciones de la Atención Integral. 3. Rol y habilidades del Médico Familiar y de los profesionales que ejercen la Salud Familiar y Comunitaria en el medio urbano y rural. 4. Papel de los profesionales de salud en la implementación de la atención primaria en salud, tanto en medio rural como urbano y con enfoque intercultural. 5. Principios de la medicina familiar y de la atención primaria en salud: primer contacto, integralidad, longitudinalidad y coordinación. 6. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en nuestro país. Atención Integral de Salud; Valores y Principios. Interculturalidad.	**MODULO I**	**NIVEL I**
	ESTABLECIMIENTO	ESTABLECIMIENTO 1. E.1. Reorganizar los servicios para la Atención Integral en Salud, optimizando los recursos existentes para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población adscrita.	Conceptos generales sobre las Acciones en el Establecimiento de Salud	1. La respuesta social en salud. 2. Organización y adecuación de la infraestructura y procesos de atención, de tal manera que se pueda brindar los cuidados por etapas de vida. 3. Bases fundamentales de la gestión de la Atención Primaria. 4. Modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y equipo de salud, tanto en medio rural como urbano. 5. Importancia del Trabajo en Equipo en la Atención Primaria		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
		E.6. Aplicar los principales enfoques conceptuales y herramientas metodológicas para la gestión y administración de los Servicios de Atención Primaria, generando un clima organizacional propicio para optimizar los resultados del equipo.	Implementación de Servicios de Atención Primaria con resolutividad, integralidad, continuidad y calidad	1. Adecuar los servicios para la atención integral de salud de las personas, según nivel de complejidad del establecimiento y de acuerdo a necesidades locales para brindar atención de calidad a las personas. 2. Adaptar la gestión y organización del establecimiento de salud a las características funcionales del paciente. 3. Distribuir los recursos humanos de acuerdo a necesidades, para la atención integral de salud de las personas según normatividad vigente. 4. Desarrollar estrategias de liderazgo en la conducción de la organización de acuerdo a políticas institucionales. 5. Generación de círculos de calidad. 6. Evaluación de los planes ejecutados en reuniones participativas 7. Determinación de medidas preventivas y correctivas de las desviaciones o problemas analizados. 8. Valoración del nivel de resolución de problemas de la persona y garantía de la calidad de la intervención y entrevista clínica.		
COMPETENCIA 2. Contribuye a la Prevención de la enfermedad o el daño a la salud de la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los factores de riesgo	**COMUNIDAD**	COMUNIDAD 1. C.2. Identificar problemas y necesidades de atención a la comunidad.	Conceptos generales-Comunidad	1. Criterios para priorizar una actuación sobre la salud de la comunidad con criterio intercultural. 2. Conceptos de magnitud y gravedad de un problema, eficacia y factibilidad de una intervención en la comunidad, así como la forma de medir cada una de ellas.		
			Diagnósticos en la comunidad	1. Municipio y Comunidad Saludable. Conceptos generales. 2. Diagnostico Participativo y Plan de Salud Local. Instrumentos y Metodología. 3. El Censo Comunal y la Sectorización. Instrumentos y Metodología.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 3. Atiende a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud.	**FAMILIA**	FAMILIA 1. F.2. Emplear las herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la Atención Integral a la Familia.	Conceptos generales-Familia	1. Bases para la Atención Integral a la Familia y Promoción de la Salud Familiar. 2. Concepto de Familia, tipos de Familias. Ciclo Vital Familiar. Vivienda y grupo familiar. 3. La Familia como sistema. Componentes del Sistema Familiar. Estructura y Dinámica Familiar Funciones Familiares. Semiología de la Atención a la Familia		
COMPETENCIA 7. Se relaciona empáticamente y con compromiso con la persona, familia y comunidad e institución donde labora	**PERSONA**	PERSONA 1. A.2. Emplear adecuadamente la entrevista clínica, examen físico y registro de datos.	Conceptos generales-Persona	1. Malestar - Dolencia –Enfermedad. Relación médico-paciente. 2. Necesidades de Salud de la persona: Necesidades del Desarrollo, Mantenimiento, Derivadas de Daños y Derivadas de Disfuncionalidades/Discapacidades. 3. Enfoques para la Persona: El paradigma bio-psico-social y holístico. El enfoque del Ciclo de Vida.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 6. Administra los servicios de salud de atención primaria en función a las necesidades y recursos disponibles	**BASES DE LA ATENCIÓN**	**BASES 2.** B.4 Propiciar y conducir el cumplimiento de las diferentes políticas, normas y directrices que hayan sido adecuadas a la realidad de la Atención Primaria.	- Atención Integral de Salud y Normatividad relacionada a la Atención Primaria	1. Normas y Directrices de la Atención Integral y la Atención Primaria en el Perú. Lineamientos de Política Sectorial. Lineamientos de gestión. Guía de Operativización del MAIS. 2. Modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y equipo de salud, tanto en medio rural como urbano. 3. Legislación relativa a su puesto de trabajo y categoría profesional. 8. Estructura (organigrama) y funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja.	**MODULO II**	**NIVEL 1**
	ESTABLECIMIENTO	ESTABLECIMIENTO 2. E.2. Consolidar grupos de trabajo para el perfeccionamiento de la Atención Primaria con un enfoque interdisciplinario y una adecuada dinámica de grupos, realizando una supervisión y asesoría constructiva para el equipo.	Educación para la salud	1. Acciones de sensibilización acerca de la salud y políticas sectoriales en autoridades, líderes, instituciones, ACS y miembros de la comunidad con un enfoque intercultural. 2. Educación para la salud en diversos escenarios según programas y normatividad vigente. 3. Desarrollo de programas de educación a la comunidad para el mejoramiento del medio ambiente de acuerdo a factores de riesgo encontrados.		
		E.3 Formular, ejecutar y monitorear los planes para la mejora de la calidad; impregnándoles un enfoque estratégico y recogiendo y analizando la información necesaria para este fin	Formulación y Seguimiento de Planes y Programas basados en la Participación de la Comunidad	1. Diagnóstico de la situación en salud, situación de oferta y demanda de salud, necesidades y problemática sanitaria y los servicios a brindarse a la población. 2. Priorización de la atención de los problemas y necesidades de salud 3. Objetivos, estrategias, actividades y programas para la atención de los problemas y necesidades identificados y priorizados 4. Programación de recursos humanos, materiales y financieros que respondan a las necesidades y problemática sanitaria, de acuerdo a disponibilidad		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				5. Diseño de proyectos locales de mejoramiento de los servicios y problemas de salud. 6. Monitorización y control del avance del proyecto 7. Elaboración de informes técnicos de las atenciones realizadas a la persona, familia y comunidad. 8. 8. Sistema de registro e información en Atención Primaria y su utilización para la elaboración de los planes de mejoramiento de la salud y resolución de problemas. 9. Coordinación de las acciones necesarias para el envío de información al sistema de acuerdo a normatividad vigente. Seguimiento de la información para su contrarreferencia oportuna. 10. Sistema de redes en salud. Sistema de referencia y contrarreferencia: normatividad.		
COMPETENCIA 7. Se relaciona empáticamente y con compromiso con la persona, familia y comunidad e institución donde labora		E.7. Aplicar los principales enfoques conceptuales y herramientas metodológicas para mejorar la Calidad en los servicios de salud de Atención primaria.	Calidad en los servicios de salud de Atención primaria	1. Distribución de los recursos humanos de acuerdo a necesidades, para la atención integral de salud de las personas según normatividad vigente. 2. Desarrollo de estrategias de liderazgo en la conducción de la organización de acuerdo a políticas institucionales. 3. Evaluación de los planes ejecutados en reuniones participativas. 4. Determinación de las medidas preventivas y correctivas de las desviaciones o problemas analizados. 5. Vigilancia del comportamiento de los problemas de salud de acuerdo a normatividad vigente.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 2. Contribuye a la Prevención de la enfermedad o el daño a la salud de la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los factores de riesgo	**COMUNIDAD**	COMUNIDAD 2. C.3. Priorizar la actuación con participación comunitaria.	Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)	1. Significado y campo de acción de la APOC. Desarrollo de práctica de APOC. 2. Planificación participativa con la comunidad en el contexto de la APOC. 3. Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria en el proceso de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) 4. Planificación y participación de actividades comunitarias. 5. Evaluación participativa local.		
		Monitorear y evaluar actividades para la salud de la comunidad	Evaluación, Participación Comunitaria y Atención Integral	6. Monitoreo y evaluación de la implementación de la estrategia de familias y viviendas saludables, escuelas, municipios y centros de trabajo saludables según prioridad y grupos temáticos vivenciales tanto en el medio urbano como rural 7. Participación comunitaria y empoderamiento social en el marco de la promoción de la salud 8. Implementar la red de monitoreo y vigilancia comunal de acuerdo a la guía de operativización del MAIS. Redes de apoyo social. 9. Organización del sistema de monitoreo y vigilancia con los ACS para la atención de personas y problemas de salud de acuerdo a la guía de operativización del MAIS. 10. Evaluación de las actividades de intervención comunitaria para el mejoramiento del medio ambiente.		
COMPETENCIA 4. Realiza actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales	**DOCENCIA**	DOCENCIA 1. D.1. Elaborar un plan de capacitación para los miembros del equipo de salud que responda a sus necesidades de formación en Salud Familiar	Organizar la Educación Continua del Personal de salud	1. Identificación de las necesidades de formación en Salud Familiar del EBS. 2. 2. Diseño de la capacitación con adecuación rural, urbana e intercultural. 3. 3. Análisis crítico de las ofertas formativas respecto a su idoneidad y calidad. 4. Organización de la capacitación.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 5. Realiza investigación en atención primaria de salud, de los problemas de la persona, familia y comunidad, según políticas institucionales	**INVESTIGACIÓN**	INVESTIGACIÓN 1. I1. Realizar adecuadas búsquedas bibliográficas para la investigación en atención primaria de salud	Búsquedas bibliográficas para la investigación en atención primaria de salud	1. Importancia de las Búsquedas Bibliográficas para la Prestación, la Docencia y la Investigación 2. Pasos de las Búsquedas Bibliográficas 3. Búsqueda de información en Bibliotecas físicas y virtuales. 4. Estrategias de búsqueda de información en Internet.		
		I.2 Estudiar y describir los determinantes y necesidades de salud de la población.	Estudio y descripción de determinantes y necesidades de salud de la población	5. Tipos de datos que describen la situación de salud de una población (demográficos, medioambientales, socioeconómico-culturales, morbimortalidad, factores de riesgo, etc.), las fuentes y fiabilidad de la información existentes para cada tipo de datos, así como la forma de presentar esa información.		
			Indicadores para medir el estado de salud	6. Condicionantes de la información para poblaciones pequeñas, conocimiento del significado de cada indicador y conocimientos básicos en informática.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 3. Atiende a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud.	**COMUNIDAD**	COMUNIDAD 3. C.5. Diseñar y formular programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales.	Planificación, monitoreo y evaluación de actividades en la Comunidad	1. Diseño de programas comunitarios: priorización y definición de objetivos. Planificación participativa local. 2. Recursos comunitarios disponibles, utilidad práctica y favorimiento de su desarrollo. Articulación con organizaciones de base e instituciones intersectoriales. 3. Formación de Promotores de Salud. Instrumentos y metodología.	**MODULO III**	**NIVEL 2**
		C.6. Incrementar la cultura sanitaria de la población	Educación para la Salud	1. Conceptos básicos de teoría de la educación en su aplicación en salud, elaboración de programas y técnicas en educación para la salud con enfoque intercultural. Escenarios de educación en salud. Prevención comunitaria. 2. Desarrollo de estrategias concretas en APS, integración en todos los proyectos de trabajo de objetivos y contenidos educativos, y desarrollo en las actividades diarias de orientaciones y actuaciones educativas saludables. 3. Intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales. 4. Actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos. 5. Acciones de sensibilización acerca de la salud y políticas sectoriales en autoridades, líderes, instituciones, ACS y miembros de la comunidad según normas del sector. 6. Educación para la salud en diversos escenarios según programas y normatividad vigente. 7. Desarrollo de programas de educación para el mejoramiento del medio ambiente de acuerdo a factores de riesgo encontrados.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
	FAMILIA	**FAMILIA 2.** F.3. Identificar los problemas familiares más prevalentes, tanto en su ámbito de residencia (vivienda y micro-entorno) como en su dinámica familiar.	Marco teórico para establecer diagnósticos familiares	1. Estresores familiares y Ciclo de Smilkstein. 2. Influencias socioculturales y ambientales en los modos de vida de la familia.		
		F.2. Emplear las herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la Atención Integral a la Familia.	Herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la atención integral de la familia	1. Instrumentos para graficar la estructura familiar: Familiograma Estructural 2. Instrumentos para graficar la estructura familiar: Familiograma Funcional 3. Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar: Test de APGAR.		
	PERSONA	PERSONA 2. A.3. Emplear tecnología apropiada para la formulación de planes diagnósticos.	Herramientas para la Atención Integral por etapas de vida	1. Procesos Orientados a las Tareas en el Cuidado de la Salud (TOPICS) de la persona. 2. Historia clínica orientada al problema. 3. Registros Médicos. 4. Fundamentos y características de la toma de decisiones en Atención Primaria. 5. Evaluación de la práctica clínica y aplicación de instrumentos de evaluación clínica tanto en el medio rural como urbano.		
			Registros para la Atención Integral	1. Organización y adecuación de los registros según la guía de operativización del MAIS. 2. Implementación del sistema de registro HIS y del sistema comunitario de seguimiento. Ficha familiar. 3. Historia clínica por etapa de vida. Sectores. Fichas de seguimiento. 4. Registros de riesgos individual, familiar y comunal y otros formatos que contribuyan a implementar la normatividad vigente para la Atención Integral de Salud.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 3. Atiende a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud.	**COMUNIDAD**	COMUNIDAD 4. C.5. Diseñar y formular programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales.	Planificación, monitoreo y evaluación de actividades en la Comunidad	1. Campañas de inmunizaciones de acuerdo a planes locales y nacionales (Vacunación infantil, vacunación a gestantes, vacunación en adultos, y en adultos mayores). 2. Tamizajes en poblaciones de riesgo o grupos vulnerables según normatividad vigente: Despistaje de cáncer de cuello uterino y mamario, de TBC, otros. 3. Actividades de estímulo y soporte a la lactancia materna y adecuado crecimiento y desarrollo del niño según normatividad vigente. 4. Campañas de saneamiento básico en la comunidad de acuerdo a normatividad vigente con adecuación urbana y rural. 5. Factores de riesgo para la salud y su abordaje de acuerdo a las necesidades locales.	**MODULO IV**	**NIVEL 2**
	FAMILIA	FAMILIA 2. F.3. Identificar los problemas familiares más prevalentes, tanto en su ámbito de residencia (vivienda y micro-entorno) como en su dinámica familiar.	Elementos para el Diagnóstico familiar	1. Instrumentos para evaluar los límites familiares (Circulo Familiar, FACES), 2. Instrumentos para evaluar los recursos familiares (Ecomapa), estresores familiares (Escala de Holmes). 3. Aplicabilidad de instrumentos en el medio urbano y rural. 4. La aproximación SOAP para la atención integral a la familia. 5. Identificación de problemas y riesgos en la vivienda y en el entorno físico. 6. Diagnóstico en salud familiar: Crisis familiares.		
	PERSONA	**PERSONA 3**. A.3. Emplear tecnología apropiada para la formulación de planes diagnósticos.	Tecnología diagnóstica para la atención primaria	1. Empleo de la Medicina Basada en Evidencias (Básica) para la formulación de planes diagnósticos. 2. Clínica y Toma de decisión en Atención Primaria (Básica) orientada a la persona. 3. Tecnología diagnóstica para la atención primaria		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				4. Aprendizaje basado en el problema. Metodología. 5. Epidemiología clínica aplicada: análisis heurístico. 6. Práctica de la Medicina basada en evidencias. Instrumentos, técnicas y herramientas para la medicina basada en evidencias (Intermedio). 7. Guías y protocolos de actuación basada en la evidencia		
COMPETENCIA 2. Contribuye a la Prevención de la enfermedad o el daño a la salud de la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los factores de riesgo		A.5 Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la persona	Cuidados Esenciales para la prevención y promoción.	1. Los Cuidados Esenciales en Atención Integral. Que son y como se ofrecen. Los Cuidados Esenciales para la prevención y promoción. 2. Promoción y entrenamiento a las familias para que realicen acciones de prevención y promoción de la salud relacionados a sus miembros, vivienda y entorno. 3. Consejería familiar, y la atención familiar domiciliaria. 4. Grupos temáticos vivenciales, grupos de ayuda mutua y talleres integrales. 5. Promoción de la Salud Familiar. Promover, inducir y entrenar a las personas y familias para que realicen acciones de prevención y promoción de la salud y el auto-cuidado.		
			Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño	1. Medidas preventivas. 2. Calendarios vacunales del niño. 3. Seguimiento y valoración periódica niño. 4. Prevención de las drogodependencias en el niño (alcohol, tabaco, otras/os). 5. Counseling integral en los padres y técnicas grupales: grupos temáticos vivenciales, grupos de ayuda mutua y talleres integrales. 6. Derechos del niño. 7. Alimentación saludable en el niño. 8. Actividad física en el niño		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
			Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adolescente	1. Medidas preventivas. 2. Utilizar la entrevista motivacional para actuar sobre conductas de riesgo. Orientación sobre los riesgos más comunes en el adolescente. 3. Fracaso escolar y lo que éste representa. 4. Reconducción de posibles conductas sexuales de riesgo. Prevención y seguimiento de embarazos no deseados en adolescentes. 5. Prevención y diagnóstico precoz de los trastornos de conducta alimentaria. 6. Prevención de accidentes y detección de conductas de riesgo en la conducción de autos. 7. Prevenir e identificar situaciones de malos tratos. 8. Desarrollar habilidades en técnicas grupales de cara a: Prevención de fármacodependencias, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados y prevención y seguimiento de trastornos de conducta alimentaria		
			Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto	1. Prevención de lesiones: uso del cinturón, casco. 2. Atención dental. 3. Identificación de los pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo: Alto riesgo cardiovascular global Con hábitos de riesgo, etc. 3. Vacunaciones para el adulto (Gripe, Neumococo, Tétanos y Difteria, Hepatitis B, etc.). 4. Actividades preventivas: Cribado de HTA, Diabetes, Dislipemias, Obesidad, Cáncer. 5. Profilaxis, diagnóstico precoz de la Tuberculosis. 6. Prevención de trastornos de Salud Mental. 7. Empleo del Ciclo de Prochatska según conducta a modificar en el adulto. 8. Counseling integral y técnicas grupales: grupos temáticos vivenciales, grupos de ayuda mutua y talleres integrales.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
			Mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la mujer en etapa reproductiva.	1. Factores de riesgo psicosocial en la mujer en etapa reproductiva. 2. Contenidos de la atención preconcepcional. 2. Recomendaciones, periodicidad y grado de evidencia en la prevención del cáncer ginecológico del papanicolao y la mamografía. Interpretación de la mamografía. 3. Citologías cérvico- vaginales para el cribado de cáncer de cervix. 5. Factores de riesgo de osteoporosis, conocer las indicaciones de la densitometría e interpretar sus resultados. Prevención de osteoporosis en las mujeres con riesgo. 4. Información que se debe ofertar a las mujeres con patologías crónicas frecuentes (HTA, diabetes, asma, epilepsia, alteraciones del tiroides, problemas de salud mental) en tratamiento, cuando manifiestan deseo de gestación. 5. Valoración de la presencia de factores de riesgo que requieren atención especial, o en el segundo nivel.		
			Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto mayor.	1. Actividades de prevención que se recomiendan claramente en población anciana (tabaco, ejercicio, alimentación, accidentes, vacunación antigripal y antitetánica, HTA...) y otras recomendadas pero con menos evidencia (osteoporosis, hiperlipidemia, déficit visual y auditivo, incontinencia, etc.). 2. Aplicación de métodos de cribado en las principales actividades preventivas recomendadas en el adulto mayor.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				3. Abordaje de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificación de indicios y síntomas de violencia contra los ancianos. Establecimiento de un plan de actuación integral y coordinado con otros profesionales y/o instituciones (de carácter social, policial o judicial, etc.). 4. Recursos sociales más inmediatos para este sector de población: asistencia domiciliaria, institucionalización, etc. Tanto en el medio rural como urbano.		
COMPETENCIA 4. Realiza actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales	**DOCENCIA**	DOCENCIA 2. D.1. Elaborar un plan de capacitación para los miembros del equipo de salud que responda a sus necesidades de formación en Salud Familiar	Organizar la Capacitación de agentes comunitarios de salud	1. Identificación de las necesidades de capacitación de los agentes comunitarios de salud de su comunidad. 2. Diseño e implementación de la capacitación de promotores de salud y agentes comunitarios de salud. 3. Evaluación de resultados de la capacitación de los agentes comunitarios de salud.		
COMPETENCIA 5. Realiza investigación en atención primaria de salud, de los problemas de la persona, familia y comunidad, según políticas institucionales	**INVESTIGACIÓN**	INVESTIGACIÓN 2. Formular un protocolo de investigación dentro del ámbito de atención primaria	Plantear las bases de la investigación	1. Formulación de problemas de investigación científica según necesidades locales de salud. 2. Elaboración del diseño de la investigación científica según el problema definido. 3. Determinación de la metodología de acuerdo al tipo de investigación científica.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 3. Atiende a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud.	**FAMILIA**	FAMILIA 3. F.4. Realizar asesoría anticipatoria para prevenir las crisis producto de situaciones previsibles en la vida de la familia	Intervención preventiva en familias	1. Contenidos para orientar a las familias. Pautas para una comunicación saludable. 2. Crianza adecuada de los hijos. Manejo del dinero. 3. Orientación familiar en cada etapa del ciclo vital familiar: Trabajo con parejas. Familia con hijos pequeños/escolares. Familia con hijos adolescentes. Familia con hijos en etapa de despegue o de nido vacío. Familia con adultos mayores. 4. Soporte a los cuidadores y a los que son cuidados.	**MODULO V**	**NIVEL3**
		F.5. Intervenir en las familias con problemas familiares más prevalentes para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados	Intervención en familias con problemas	1. Cuidados de los principales tipos de familias. 2. Intervención en Crisis familiares 3. Familias con problemas en la comunicación o con competencia insuficiente en áreas críticas: Crianza de los hijos, distribución del poder, etc. 4. Orientación en problemas específicos. Casos especiales en la atención a las familias: Desintegración, Reconstitución Familiar. 3. Maltrato y violencia familiar. Situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato. Indicios y síntomas de violencia doméstica en el medio rural y urbano. El diagnóstico de maltrato y evaluación de su magnitud, valorando el riesgo: situación crónica, aguda, riesgo potencial de lesiones y riesgo vital. Actitud y pautas de actuación con el maltratador. 4. Plan de actuación integral y coordinado, en colaboración con el equipo de salud, establecimiento de salud, servicios sociales y otros de la comunidad. Repercusión de la violencia doméstica en el ámbito familiar y las posibilidades de intervención familiar.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				5. Conocimiento de criterios de derivación a psicoterapia, terapia familiar, en particular criterios para el manejo de familias disfuncionales. Relación contínua con la familia. Información requerida en la contra-referencia. 6. Complicaciones biológicas y sicosociales de los pacientes con enfermedad en fase terminal y el impacto en su familia. Comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal y con su familia. Organización de los cuidados en el domicilio. Atención en el duelo. Atención al cuidador(a). Coordinación de recursos sosiosanitarios locales.		
	PERSONA	PERSONA 4. A.4. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad de la persona	Cuidados Esenciales para la recuperación y rehabilitación en salud	1. Los Cuidados Esenciales en Atención Integral. Que son y como se ofrecen. 2. Atención integral a personas con problemas agudos, crónicos y emergencias. 3. Atención integral a personas con discapacidades o con enfermedad en estado avanzado o terminal. 4. Atención domiciliaria a personas en riesgo. 5. Orientación y consejería familiar, y la atención familiar domiciliaria para asistir en el manejo de pacientes individuales.		
		A.7. Negociar con el paciente y realizar la gestión del tipo de continuidad de la atención.	Información y toma de decisiones conjuntas con el paciente	1. Apreciación de las expectativas del personal de salud, el paciente y la familia. 2. Información al paciente y a la familia. 2. Elaboración y valoración de estrategias y consecuencias del plan de acción junto con el paciente. 3. Ejecución de plan de actuación adecuado al problema presentado y las características del paciente. 4. Empoderamiento del paciente.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
			Seguimiento y continuidad del paciente	1. Tareas, prescripciones y recomendaciones. Su modo de registro y utilidad para el seguimiento. 2. Empoderamiento del paciente. 3. Técnicas para garantizar la continuidad. 4. Atención Integral de Salud en la Plataforma de Servicios: Rol clave en la integralidad y continuidad de la atención. 5. Utilidad práctica de los Sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria para la continuidad de la atención. 6. Acciones esperadas por el equipo de salud para incrementar los retornos al servicio para las consultas de control.		
COMPETENCIA 4. Realiza actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales	**DOCENCIA**	DOCENCIA 3. B.2. Trasmitir los elementos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria a todos los miembros del equipo de salud, , autoridades locales y académicas. F.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la familia. A.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar la atención de la persona.	Organizar la Educación Continua del Personal de salud	1. Preparar contenidos y metodologías orientados a Trasmitir los elementos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria no sólo en cursos o actividades docentes específicas, sino en toda oportunidad de contacto con los otros miembros del equipo. 2. Preparar contenidos y metodologías orientados a marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la familia, no sólo en cursos o actividades docentes específicas, sino en toda oportunidad de contacto con los otros miembros del equipo. 1. Preparar contenidos y metodologías orientados a reforzar permanentemente en el personal de salud los elementos del enfoque de atención de la persona, no sólo en cursos o actividades docentes específicas, sino en toda oportunidad de contacto con los otros miembros del equipo.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
		C.1. Trasmitir los elementos de la estrategia Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la comunidad a todos los miembros del equipo de salud, autoridades locales y académicas.		1. Preparar contenidos y metodologías orientados a reforzar permanentemente en el personal de salud los elementos de direccionalidad del trabajo en Salud Familiar y Comunitaria y en particular el trabajo con la comunidad, no sólo en cursos o actividades docentes específicas, sino en toda oportunidad de contacto con los otros miembros del equipo.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 3. Atiende a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud.	**FAMILIA**	**FAMILIA 4.** F.5. Intervenir en las familias con problemas familiares más prevalentes para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados	Intervención en familias con problemas	1. Entrevista Familiar. Abordaje multidimensional a la familia. Resolución de conflictos familiares. 2. La familia con pautas transaccionales inadecuadas y familias disfuncionales. 3. Familias con problemas en la comunicación o con competencia insuficiente en áreas críticas: Crianza de los hijos, distribución del poder, etc. 4. Orientación en problemas específicos. Casos especiales en la atención a las familias: Desintegración, Reconstitución Familiar, Familias disfuncionales: violencia familiar.	**MODULO VI**	**NIVEL 3**
	PERSONA	PERSONA 5. A.4. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad de la persona	Manejo integral biopsicosocial del niño	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en los principales problemas del niño. 2. Abordaje de los motivos de consulta más frecuentes. Manejo de urgencias y emergencias. 3. Anamnesis y semiología dirigidas. Elementos diagnósticos de las principales enfermedades en el niño. 4. Pruebas diagnósticas de uso frecuente. Utilidad y aplicación en la práctica clínica. 5. Atención de alteraciones psicosociales: desarrollo integral de la personalidad. Adaptación y desadaptación en el niño (enuresis, encopresis, etc). 5. Abordaje familiar y psico-social en las familias en fase de “nido vacío” que cuiden niños pequeños. 6. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 8. Controles evolutivos y derivación al especialista del nivel superior.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
			Manejo integral biopsicosocial del adolescente	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en los principales problemas del adolescente. 2. Abordaje de los motivos de consulta más frecuentes. Manejo de urgencias y emergencias. 3. Anamnesis y semiología dirigidas. Elementos diagnósticos de las principales enfermedades en el adolescente. 4. Pruebas diagnósticas de uso frecuente. Utilidad y aplicación en la práctica clínica. 5. Seguimiento de adolescentes con enfermedades crónicas: asma, diabetes mellitus, enfermedades reumatológicas, etc. 6. Atención de alteraciones psicosociales: desarrollo integral de la personalidad. Adaptación y desadaptación. Transtornos de personalidad. 7. Detección precoz y manejo de las patologías del ámbito de la Salud Mental en el adolescente: depresión, ideación suicida, ansiedad, trastorno de ansiedad social, conducta antisocial y trastorno por somatización. 8. Técnicas de abordaje familiar en situaciones de crisis debido a la adolescencia. 9. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 10. Controles evolutivos y derivación al especialista del nivel superior.		
			Manejo integral biopsicosocial del adulto	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en los principales problemas del adulto. 2. Abordaje de los motivos de consulta más frecuentes. Manejo de urgencias y emergencias. 3. Anamnesis y semiología dirigidas. Elementos diagnósticos de las principales enfermedades en el adolescente.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				4. Pruebas diagnósticas de uso frecuente. Utilidad y aplicación en la práctica clínica. 5. Seguimiento de adultos con enfermedades crónicas frecuentes en atención primaria. 6. Atención de alteraciones psicosociales: desarrollo integral de la personalidad. Adaptación y desadaptación. Transtornos de personalidad en el adulto. 7. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 8. Diagnóstico de las minusvalías físicas y psíquicas más frecuentes. Elaboración de un plan de atención al paciente adulto discapacitado con adecuación al medio urbano o rural. Coordinación de la atención al discapacitado con enfermería, rehabilitación, trabajo social, y otros niveles asistenciales e instituciones. 9. Derivación al especialista del segundo/tercer nivel.		
			Manejo integral biopsicosocial de la mujer y de la gestante	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en las principales necesidades de la gestante y de la mujer. 2. Métodos anticonceptivos hormonales (indicación, seguimiento y contraindicaciones). 3. Anticoncepción intrauterina (indicación, seguimiento y retirada del DIU). Manejar la anticoncepción farmacológica de emergencia. Métodos de barrera (técnica adecuada de uso de los preservativos). Asesoraría sobre la vasectomía y ligadura tubárica. 4. Manejo de los síntomas del climaterio: alteraciones del ciclo, sofocos, sequedad vaginal. Manejo de las vulvovaginitis. Manejo de los trastornos del ciclo menstrual. Diagnóstico de ectopías genitales (prolapsos). Manejo médico de la incontinencia urinaria. Abordaje inicial de la pareja estéril.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				5. Manejo de las actividades que se realizan en un embarazo de bajo riesgo obstétrico. 6. Principales riesgos teratógenos (fármacos, agentes físicos, agentes infecciosos, tóxicos). 7. Manejo de fármacos en el embarazo y puerperio. 8. Auscultación de latidos fetales, medición de altura uterina y determinación de la presentación fetal. 9. Asesoría sobre técnicas diagnósticas de malformaciones fetales. 10. Manejo de la morbilidad más frecuente del puerperio. Apoyar la lactancia materna. 11. Semiología y elementos diagnósticos de los principales problemas de la gestante. Atención del parto eutócico. Rehabilitación de musculatura del suelo pelviano.		
			Manejo integral biopsicosocial del adulto mayor	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en las principales enfermedades del adulto mayor. 2. Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria y el contenido básico de cada área que la integran (clínico-física, funcional, mental, y social). 3. Escalas más empleadas en la valoración geriátrica: MEC de Lobo, Pfeiffer, Índices de Katz y de Barthel, la Escala Geriátrica de Depresión, etc. 4. Semiología y elementos diagnósticos de los principales problemas del adulto mayor en la Atención Primaria. 5. Abordardaje de los principales síndromes geriátricos: deterioro cognitivo y demencia, síndrome confusional, incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, inmovilismo y sus consecuencias, desnutrición y malnutrición, alteración de visión y audición.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				6. Abordaje de las patologías más prevalentes o con aspectos diferenciadores en esta población: Parkinson, ciertos tumores como el de próstata, estreñimiento, ansiedad, depresión e insomnio, etc . 7. Aspectos elementales de farmacoterapia, polifarmacia y yatrogenia en las personas mayores. 8. Utilidad y aplicación de las pruebas complementarias que se utilizan con más frecuencia en el adulto mayor. 9. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 10. Evaluación multidimensional del paciente inmovilizado. Adiestramiento al cuidador del paciente adulto mayor dependiente. 11. Coordinación de la atención al inmovilizado con profesionales del equipo básico de salud y trabajo social, así como con otros actores e instituciones locales. Utilización de forma racional los recursos socio-sanitarios del área. 12. Seguimiento domiciliario de enfermedades crónicas en fases avanzadas. Reconocimiento de signos evolutivos indicadores de mal pronóstico.		
		A.8 Desarrollar una Rehabilitación básica, buscando lograr una adecuada prevención terciaria en pacientes con disfuncionalidades y discapacidades.	Rehabilitación básica	1. Rehabilitación básica en situaciones de lesión aguda. 2. Rehabilitación en Enfermedades Crónicas no transmisibles. 3. Rehabilitación en pacientes adultos mayores.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
COMPETENCIA 4. Realiza actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales	**DOCENCIA**	DOCENCIA 4. D.1. Elaborar un plan de capacitación para los miembros del equipo de salud que responda a sus necesidades de formación en Salud Familiar	Planificación e implementación de la Capacitación	1. Identificación de las necesidades de formación en Salud Familiar del EBS. Definición de competencias, objetivos educacionales, modalidad de formación-capacitación y los recursos didácticos con base en las necesidades definidas. 2. Diseño de la capacitación con adecuación rural, urbana e intercultural. Planificación actividades de capacitación en salud al personal de salud de acuerdo a necesidades y normas institucionales. 3. Análisis crítico de las ofertas formativas respecto a su idoneidad y calidad. 4. Selección de contenidos educativos de la Estrategia de Salud Familiar en base a necesidades definidas y formulación del plan de capacitación. Organización de la capacitación. 5. Implementación de la metodología enseñanza-aprendizaje: discusión de casos, ABP, técnicas grupales, uso de medios audiovisuales e informáticos, aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la práctica clínica de Atención Primaria.	**MODULO VII**	**NIVEL3**
		D.4 Desarrollar guías de trabajo consensuadas para el manejo de los problemas más comunes en sus respectivas áreas de competencia	Desarrollo de guías de trabajo y otros materiales técnico-normativos	6. Elaboración consensuada con todo el equipo de salud, de materiales de apoyo didáctico, guías, manuales y otros necesarios para la capacitación en el manejo de los problemas más comunes en el establecimiento y la comunidad.		
		D.5 Evaluar las actividades docentes	Evaluación y conclusiones del avance	1. Evaluación y monitoreo de procesos enseñanza-aprendizaje de acuerdo al modelo pedagógico establecido. 2. Diseño de técnicas e instrumentos de evaluación de los participantes.		

Competencias especificas	Ejes	Unidades Formativa (Desarrollan las capacidades)	Contenidos	Tema	MÓDULOS	NIVEL
				3. Preparación y desarrollo de evaluaciones de competencias del personal de salud, ACS, facilitadores, sectoristas de acuerdo a los planes, buscando el fortalecimiento de las actividades de educación. 4. Evaluación de los resultados de la capacitación y el diseño curricular.		
COMPETENCIA 5. Realiza investigación en atención primaria de salud, de los problemas de la persona, familia y comunidad, según políticas institucionales		D.6 Capacitación a personal de establecimiento realizada	Asesoría individualizada para completar el trabajo para la certificación	1. Reporte de Capacitación a personal de establecimiento		
		D.7 Guía o Manual implementado en su establecimiento de Salud	Asesoría individualizada para completar el trabajo para la certificación	1. Reporte de Guía o Manual implementado en su establecimiento de Salud		
	INVESTIGACIÓN	INVESTIGACIÓN 4. I.3. Formular, desarrollar y publicar una investigación realizada dentro del ámbito de la Atención Primaria.	Investigación en atención primaria de salud	1. Procesamiento de los datos de la investigación según el método definido. 2. Obtención de las conclusiones de la investigación de acuerdo a los objetivos formulados. 3. Presentación del informe final de la investigación de acuerdo a normatividad vigente. 1. Difusión de los resultados de la investigación a través de los diferentes medios incluyendo la retroalimentación a la comunidad en donde se efectuó la investigación.		
			Asesoría individualizada para completar el trabajo para la certificación	1. Trabajo de Investigación		

3.4.2 Distribución de las Áreas, los módulos educativos y calendarización

Como se mencionó previamente, el Plan de estudios del presente Programa se halla diseñado para ser desarrollado en 7 módulos con 110 créditos, 835 horas presenciales y 2060 no presenciales, lo que da un total de 2895 horas de formación. En los siguientes cuadros se aprecia la distribución general de dichos créditos por cada una de las áreas del Plan, y en segundo lugar la secuencia de los módulos, los créditos asignados para cada área de especialización y de investigación, y las horas de trabajo presenciales y no presenciales para cada módulo.

Cuadro 4. Distribución de créditos por áreas de formación de la especialización en Medicina Familiar

Áreas de Formación	**Créditos** Nro	%
Formación Especializada	91	82.7
Investigación	19	17.3
Total	110	100

Cuadro 5. Distribución de créditos y horas presenciales y no presenciales por Módulo de estudio, según las áreas de formación de la especialización en Medicina Familiar

NIVELES		MÓDULOS		CRÉDITOS ÁREAS DE TRABAJO		HORAS		TOTALES	
				ESPECIALIZACIÓN	INVESTIGACIÓN	PRESENCIALES	NO PRESEN-CIALES	HORAS	CRÉDITOS
Niv. 1	DIPLOMADO DE ATENCION INTEGRAL	MODULO I	CURSO INTRODUCTORIO	8,5		75	140	215	8,5
		MODULO II	CURSO COMPLEMENTARIO	23	4,5	175	567.5	585	27,5
Niv. 2	DIPLOMADO EN OPTIMIZACION PRESTACIONAL	MODULO III	CURSO INTRODUCTORIO	8,5		75	140	215	8,5
		MODULO IV	TEORICO-PRACTICO 1	12,5	4,5	100	380	480	17
Niv. 2	ESPECIALIZA-CIÓN EN SALUD FAMILIAR	MODULO V	TEORICO-PRACTICO 2	15,5	2,5	237	410	647	18
		MODULO VI	PASANTÍA TEORICO-PRACTICA	14,5	2,5	220	410	630	17
		MODULO VII	CIERRE DE ESPECIALIZACION	8,5	5	75	315	390	13,5

En cuanto a la calendarización, como se mencionó en una sección anterior, este es un programa no necesariamente continuo. En consecuencia, la calendarización no es constante, sino que obedece a como el participante completa la secuencia de evaluaciones por competencias que le permitirán acceder al siguiente nivel.

3.4.4 Sumillas y Estrategias Didácticas de cada Módulo

La Especialización por competencias en Medicina Familiar, parte integrante del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria, desarrollará en su conjunto actividades educativas por un total de 110 créditos. Dicho Programa está constituido por los Niveles, Unidades y Subunidades que se mostraron en los cuadros anteriores y cuyos contenidos ya han sido previamente descritos.

En los siguientes cuadros se muestra, para cada uno de dichos módulos, información que permite valorar su organización, aspectos a ser abordados y las estrategias didácticas y otros aspectos que se emplean para construir el módulo. En esta sección no se abunda en los Contenidos Temáticos que se incorporan en cada módulo, debido a que ellos fueron descritos en los juegos de cuadros presentados en la sección anterior (Cuadro 3).

Nivel 1: Diplomado en Atención Integral **Módulo I: Curso Introductorio**	
Sumilla	Curso inicial con los contenidos necesarios para que tanto técnicos como profesionales de la salud puedan cimentar su labor en la Salud Familiar y Comunitaria, aunque para los profesionales también sirve como una introducción a los tópicos que recibirán con mayor profundidad en los módulos siguientes. Presenta las bases necesarias para desarrollar procesos de atención tanto individual como familiar en el marco de un enfoque integral bio-psico-social, y para iniciar trabajos de abordaje de los problemas colectivos con participación comunitaria. Se enfoca además en ofrecer los principales conceptos para la organización de servicios de Atención Primaria de Salud con un enfoque de Salud familiar y Comunitaria, incrementando la continuidad, longitudinalidad, integralidad y calidad del Sistema de Salud. Se ofertará al grupo de profesionales en su conjunto, y en algunos temas también incorporando a los técnicos, contribuyendo así a la actitud de trabajo en equipo, que es uno de los elementos básicos para el desarrollo de la atención en Salud Familiar.
Número de créditos	8.5 créditos.
Duración del Módulo	4 meses: 3 meses para recibir contenidos y 1 mes para iniciar implementación y presentar propuesta. Se puede ajustar dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	Curso de post-grado presencial y a distancia, con tres encuentros presenciales de 4 días (jueves a domingo) consistentes en una prueba de entrada, oferta convencional de contenidos de las unidades y sub-unidades correspondientes, cerrando con trabajos y tareas para desarrollo en su respectivo centro laboral. Participan tanto técnicos como profesionales de salud. Se ofertará al grupo de profesionales en su conjunto (a médicos/as, enfermeros/as y obstetras/ices, compartiendo íntegramente las actividades docentes), y en algunos temas también incorporando a

	los técnicos (por cuestiones de metodología pedagógica, dados los desniveles entre profesionales y técnicos, se buscaría incorporarlos en la mayoría de temas posibles), contribuyendo así a la actitud de trabajo en equipo, que es uno de los elementos básicos para el desarrollo de la atención en Salud Familiar. La mayoría de contenidos se ofrecerán de modo diferenciado para técnicos y profesionales de la salud. Este nivel no tiene pre-requisitos excepto el curso básico, pudiendo llevarse en simultáneo o antes de cursarse los otros niveles.
Entorno de aprendizaje	-Salas de estudio en ámbitos descentralizados. -Aula virtual en plataforma del curso a distancia. Contenidos virtuales poco intensos y con principal objetivo de familiarizarse con la metodología.
Carga horaria presencial y no presencial	75 horas presenciales 140 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Propuesta de implementación.
Certificación	Certificación de asistencia a un curso de post-grado en Salud Familiar y Comunitaria con el valor de 8.5 horas crédito.

Nivel 1: Diplomado en Atención Integral. **Módulo II: Curso complementario**	
Sumilla	Se presentan básicamente contenidos relacionados a temáticas ligadas a procesos estratégicos y de soporte tales como los de Salud Pública, Gestión y Administración de Servicios, entre otros, los cuales son importantes para mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las intervenciones en Atención Primaria de Salud en los establecimientos de salud. Para tal fin se incidirá en el diseño y la planificación estratégica y operativa de Proyectos, Programas y Servicios con una adecuada relación costo-beneficio, así como una adecuada negociación, liderazgo, trabajo en equipo y resolución de conflictos.
Número de créditos	27,5 créditos
Duración del Módulo	8 meses: 6 meses para recibir contenidos y 2 meses para realizar implementación y presentar reporte. Se puede ajustar dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	Curso de post-grado presencial y a distancia, con 5 encuentros presenciales con características semejantes a los anteriores. El seguimiento a distancia es intensivo, garantizando un compromiso con la misma continuidad que si fuera presencial. Participan todos los profesionales de salud, recibiendo una oferta de contenidos totalmente integrada, de modo que todos participan

	de todas las actividades académicas. Este módulo tiene como pre-requisito al curso introductorio, pudiendo llevarse en simultáneo o antes de cursarse los otros niveles.
Entorno de aprendizaje	-Salas de estudio en ámbitos descentralizados. -Aula virtual en plataforma del curso a distancia.
Carga horaria presencial y no presencial	175 horas presenciales 410 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Examen de competencias aprobado. Reporte de avance sobre el plan de implementación.
Certificación	Diplomado en Atención Integral.

Nivel 2: Diplomado en Optimización Prestacional **Módulo III: Curso Introductorio**	
Sumilla	Introduce a los participantes en diversos conceptos complementarios, necesarios para desplegar los modelos de abordaje a la persona, familia y comunidad, de acuerdo al modelo biopsicosocial, exponiendo con mayor profundidad los principios y fundamentos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria. Se identifican elementos críticos que conduzcan a realizar un diagnóstico adecuado de las necesidades de salud de la persona, la familia y comunidad. Sienta las bases para las metodologías para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, y revisa los conceptos como el diagnóstico de necesidades comunitarias, planificación participativa, ejecución y evaluación de intervenciones orientadas a cubrir necesidades sociales.
Número de créditos	8.5 créditos.
Duración del Módulo	4 meses: 3 meses para recibir contenidos y 1 mes para iniciar implementación y presentar propuesta. Se puede ajustar dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	Curso de post-grado presencial y a distancia. Bloques de sesiones presenciales mensuales por 5 meses, con una metodología semejante a la del curso básico. Trabajo intensivo en modalidad de educación a distancia, con contenidos virtuales y asumiendo hasta 30% de los contenidos globales. La educación a distancia puede realizarse en una plataforma virtual interactiva, pero bastará con la recepción de información y el envío de trabajos por INTERNET. Participan sólo los profesionales de salud. La mayoría de los contenidos para los profesionales son ofrecidos de manera conjunta a médicos/as, enfermeros/as y obstetras/ices, compartiendo las actividades docentes en lo referente a los tópicos comunes a todas las ramas profesionales, mientras que

	los contenidos específicos son desplegados como áreas de concentración por cada profesión, Tiene un mayor énfasis en la oferta de contenidos, con una pequeña presencia de trabajo de campo en la modalidad de visitas de campo a Experiencias exitosas en la aplicación del enfoque de atención a familias y la Atención Integral en su conjunto, así como Unidades Docentes, buscando contrastar los conceptos recibidos con la aplicación de la metodología en un escenario real.
Entorno de aprendizaje	-Salas de estudio en ámbitos descentralizados. -Aula virtual en plataforma del curso a distancia. -Visitas a Experiencias exitosas en la aplicación del enfoque de atención a familias y la Atención Integral y a Unidades Docentes de Atención Primaria.
Carga horaria presencial y no presencial	-75 horas presenciales -140 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Reporte de avance sobre el plan de implementación.
Certificación	Certificación de asistencia a un curso de post-grado en Salud Familiar y Comunitaria con el valor de 8.5 horas crédito.

Nivel 2: Diplomado en Optimización Prestacional **Módulo IV: Módulo Teórico-práctico 1 (TP1)**	
Sumilla	Ofrece herramientas concretas a los participantes para que las características y habilidades centrales que debe tener el profesional de salud que trabaja en Atención Primaria para abordar a la persona, familia y comunidad de acuerdo a un modelo biopsicosocial. Se revisan aspectos, instrumentales y de análisis sobre la Atención a la persona, la familia y comunidad, identificando elementos críticos que conduzca a realizar un adecuado plan de intervención sobre sus necesidades de salud. A nivel de intervención se centra prioritariamente en el abordaje de la promoción de la salud y del mantenimiento del estado saludable a través de la identificación y abordaje de factores de riesgo.
Número de créditos	17 créditos
Duración del Módulo	8 meses: 5 meses para recibir contenidos y 3 meses para realizar implementación y presentar reporte. Se puede ajustar dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	Curso de post-grado presencial y a distancia. Bloques de sesiones presenciales mensuales por 5 meses, con una metodología semejante a la del curso básico. Trabajo intensivo en modalidad de educación a distancia, con contenidos virtuales y asumiendo hasta 30% de los contenidos globales. La educación a distancia

	puede realizarse en una plataforma virtual interactiva, pero bastará con la recepción de información y el envío de trabajos por INTERNET. Participan sólo los profesionales de salud. La mayoría de los contenidos para los profesionales son ofrecidos de manera conjunta a médicos/as, enfermeros/as y obstetras/ices, compartiendo las actividades docentes en lo referente a los tópicos comunes a todas las ramas profesionales, mientras que los contenidos específicos son desplegados como áreas de concentración por cada profesión, Tiene un mayor énfasis en la oferta de contenidos, con una pequeña presencia de trabajo de campo en la modalidad de visitas de campo a Experiencias exitosas en la aplicación del enfoque de atención a familias y la Atención Integral en su conjunto, así como Unidades Docentes, buscando contrastar los conceptos recibidos con la aplicación de la metodología en un escenario real.
Entorno de aprendizaje	-Salas de estudio en ámbitos descentralizados. -Aula virtual en plataforma del curso a distancia. -Visitas a Experiencias exitosas en la aplicación del enfoque de atención a familias y la Atención Integral y a Unidades Docentes de Atención Primaria.
Carga horaria presencial y no presencial	-100 horas presenciales -380 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Examen de competencias aprobado. Reporte de avance sobre el plan de implementación.
Certificación	Diploma en Optimización Prestacional

Nivel 3: Especialización en Salud Familiar y Comunitaria **Módulo V: Módulo Teórico-práctico 2 (TP2)**	
Sumilla	Profundiza en conceptos, enfoques, métodos y técnicas orientadas a mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las intervenciones en Atención Primaria de Salud a nivel de persona, familia y comunidad. Se revisan aspectos sobre la Atención a la persona y la familia, necesarios para la acción según un Plan de atención para abordar sus necesidades de salud. A nivel de intervención se centra prioritariamente en el abordaje de las necesidades recuperativas y de prevención secundaria y terciaria, y en la formulación y ejecución de programas con participación comunitaria.
Número de créditos	18 créditos
Duración del Módulo	8 meses: 4 meses para recibir contenidos y 4 meses para realizar implementación y presentar un reporte. Se puede ajustar

	dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	Curso de post-grado presencial y a distancia. Bloques de sesiones presenciales mensuales por 4 meses, con una metodología semejante a la de los módulos anteriores. Participan sólo los profesionales de salud. Contenidos ofrecidos de manera conjunta, de modo semejante a los módulos anteriores. En este módulo el número de tópicos comunes es menor y prevalecen los contenidos específicos son desplegados como áreas de concentración por cada profesión. La educación a distancia se debe realizar en una plataforma virtual interactiva que permita la comunicación en línea con los tutores. Como en el módulo anterior complementa la oferta de contenidos presenciales y el trabajo intensivo en la modalidad de educación a distancia (Contenidos virtuales y asumiendo hasta 50% de los contenidos globales) con visitas de campo a Experiencias exitosas en la aplicación del enfoque de atención a familias y la Atención Integral en su conjunto, así como Unidades Docentes.
Entorno de aprendizaje	-Salas de estudio en ámbitos descentralizados. -Aula virtual en plataforma del curso a distancia. - Visitas a Experiencias exitosas , para apreciar las habilidades y captar los valores en la Atención Primaria bien practicada con un enfoque de atención a familias y Atención Integral.
Carga horaria presencial y no presencial	-237 horas presenciales -410 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Reporte de avance sobre el plan de implementación.
Certificación	Certificación de asistencia a un curso de post-grado en Salud Familiar y Comunitaria con el valor de 18 créditos.

Nivel 3: Especialización en Salud Familiar y Comunitaria **Módulo VI. Pasantía teórico práctica**	
Sumilla	Este módulo tiene un fuerte énfasis sobre la adquisición de habilidades y actitudes, y para este fin se desarrolla a través de 2 meses de pasantías en Unidades Docentes de Atención Primaria (excepcionalmente en Hospitales). A través su participación activa en las unidades docentes, los pasantes tendrán como objetivo revisar el manejo de las principales necesidades de salud individuales y familiares que se presentan en la atención primaria, reforzando su abordaje por etapas de vida en base al consenso existente en guías y protocolos actualizados, y tomando en consideración la evidencia disponible. En este módulo los participantes recuperan los contenidos aprendidos en módulos previamente dictados, básicamente de Atención a la persona y

	Familia, profundizándolos y dotándolos de contexto dentro de su práctica profesional cotidiana.
Número de créditos	17 créditos
Duración del Módulo	5 meses: La pasantía tendrá dos meses de duración y se darán otros 2 meses para realizar implementación y presentar el reporte. Se puede ajustar dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	La pasantía será fundamentalmente presencial, aunque el trabajo no-presencial individual reforzará los logros. Es posible para quienes tengan limitaciones de tiempo fraccionar la pasantía en dos períodos. El seguimiento a distancia es intensivo, garantizando un compromiso con la misma continuidad que si fuera presencial. La educación a distancia se debe realizar en una plataforma virtual interactiva que permita la comunicación en línea con los tutores. La mayor parte del desarrollo se hará en sus propios ámbitos laborales, donde deberá completar propuestas de trabajo basadas en los objetos aprendidos.
Entorno de aprendizaje	-Salas de estudio en ámbitos descentralizados. -Aula virtual en plataforma del curso a distancia. -Pasantía para la aplicación del enfoque de atención a familias y la Atención Integral en Unidades Docentes de Atención Primaria.
Carga horaria presencial y no presencial	-220 horas presenciales -410 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Examen de competencias aprobado. Reporte de avance sobre el plan de implementación.
Certificación	Certificación de asistencia a una pasantía en Salud Familiar y Comunitaria con el valor de 17 créditos.

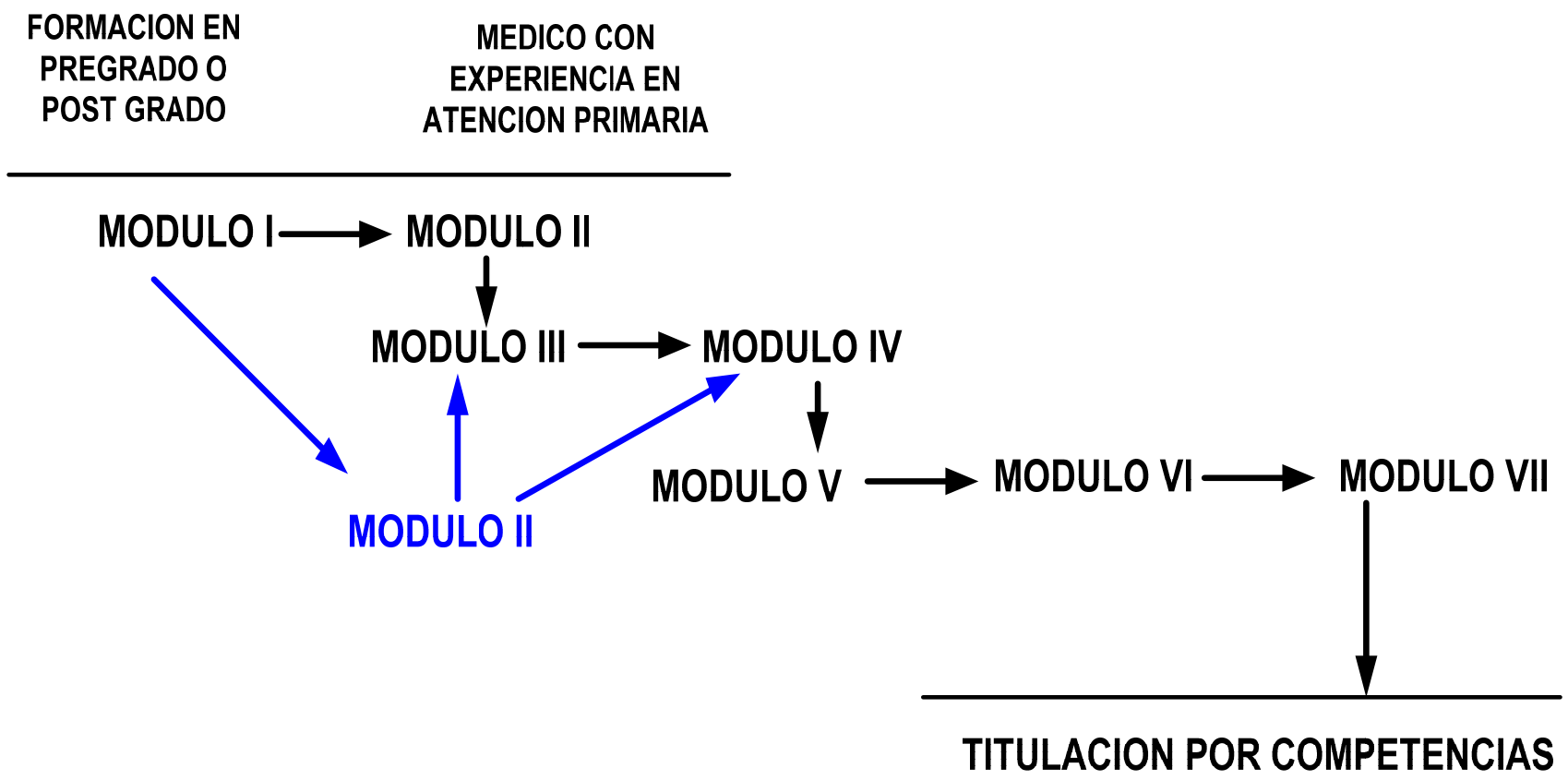
Nivel 3: Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. **Módulo VII: Cierre de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria.**	
Sumilla	La asesoría se centra en conducir el desarrollo de la investigación, incluyendo la elección del problema elegido, elaboración del protocolo e instrumentos, prueba piloto y la ejecución del recojo de datos, el análisis y la redacción del reporte. Estos contenidos contribuyen a desarrollar las competencias relacionadas a la investigación en temas relacionados a la Medicina familiar y a la Atención Primaria de Salud. Algo semejante debe ocurrir con los otros reportes cuya asesoría forma parte de este nivel
Número de créditos	13.5 créditos

Duración del Módulo	6 meses en promedio hasta completar todos los productos. Se puede ajustar dependiendo del avance de cada participante.
Propuesta metodológica para la enseñanza	Curso de post-grado presencial y a distancia. Bloques de sesiones presenciales mensuales por 2 meses, con una metodología semejante a la de los módulos anteriores. Se complementa con una asistencia técnica de manera individualizada a los participantes del Programa, para que puedan desarrollar los trabajos complementarios que requieren para alcanzar la especialización en Medicina Familiar por la vía de la titulación por competencias. Las horas no presenciales pueden convertirse en presenciales individualizadas, dependiendo de la cercanía con el asesor.
Entorno de aprendizaje	-Aula virtual en plataforma del curso a distancia.
Carga horaria presencial y no presencial	75 horas presenciales 315 horas no presenciales
Producto para la Evaluación de Competencias	Módulo aprobado. Trabajo de Investigación Reporte de Capacitación a personal de su Establecimiento de Salud Reporte de Guía Implementada con el personal de su Establecimiento de Salud
Certificación Preliminar	Certificación de egresado de una Especialización en Medicina Familiar.
Certificación Definitiva	Certificación de Especialista en Medicina Familiar (Siempre y cuando haya aprobado en la sustentación de sus trabajos de Investigación y Reportes de Docencia)

Mapa Curricular

En el siguiente diagrama de flujo se muestra la articulación de los módulos propuestos con vistas a alcanzar la titulación por competencias.

Figura 2. Diagrama de Flujo con el Mapa Curricular(*)



La figura expresa que el único requisito para ingresar al Nivel 2 es haber llevado el curso introductoria. Ello significa que puede acceder al módulo III cualquier participante que esté cursando o por cursar, el módulo II. Con este arreglo no se rompe la estructura piramidal, ya que los contenidos del módulo II, por ser de Gestión, no son pre-requisito para el Nivel 2 y 3 que son fundamentalmente prestacionales. Este arreglo permitirá preservar los postulados de gradualidad y estructura piramidal, al mismo tiempo que se incluyen mecanismos para que los participantes más brillantes puedan adelantar módulos y con ello reduzcan su tiempo hasta concluir el Programa.

4 ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS

4.1 Estrategias Didácticas

Los Enfoques pedagógicos (Competencias, Formación en Servicio, Educación Flexible, Certificación Progresiva, Educación a Distancia y Pedagogía de la Problematización) han sido revisados en la sección 1.5. Las estrategias didácticas, que serán empleadas en el Programa de acuerdo a los enfoques previamente descritos, se describieron en el cuadro 3. A continuación se describen los espacios de enseñanza-aprendizaje empleados:

Exposiciones magistrales: Donde profesores con experiencia en los campos a dictar tocaran los tópicos programados. Prioriza la transmisión de conocimientos como base para las actividades prácticas desarrolladas en las otras estrategias educativas. No debe ser el más importante.

Aprendizaje Basado en Problemas/Método de Casos y Problematización: Sesiones en las que se presentan escenarios de casos individuales, familiares, de comunidades o servicios de salud, los cuales se discuten utilizando la metodología de aprendizaje basado en problemas e incorporando activamente la búsqueda bibliográfica y análisis de evidencias en la discusión.

Seminario: En los que los alumnos expondrán y sustentarán evidencia científica actualizada. Prioriza el al análisis crítico y revisión-actualización bibliográfica, empleando el raciocinio para asimilar la teoría a su respectiva práctica.. Serán tanto presenciales como a distancia.

Talleres: Donde los alumnos tendrán participación activa en el análisis de estudios de caso, ejemplos o experiencias prácticas y material para investigación, el cual les será proporcionado con anticipación. Prioriza la construcción de una nueva práctica sobre la base del material recibido, ligando los conocimientos ya ofertados a las posibilidades de emplearlos en el trabajo cotidiano. Serán tanto presenciales como a distancia.

Estudio Independiente: En el cual los participantes deberán revisar material bibliográfico complementario y se someterán a pruebas de autoevaluación. Modela el hábito del aprendizaje continuo que se desea forjar en el participante.

Trabajos prácticos: Oportunidad de amalgamar la experiencia previa de los participantes con los contenidos adquiridos durante los cursos de la maestría. Estos trabajos se realizarán con tutoría. Prioriza la capacidad de síntesis y consolidación de los diversos contenidos recibidos para aplicarlos a realidades concretas. Su presentación será tanto presencial como a distancia.

Visitas a Experiencias Exitosas: Se realizan particularmente en situaciones en las que es importante tomar contacto con la realidad para fijar los conocimientos transmitidos, tales como en los cursos de trabajo en la comunidad y materias relacionadas a los servicios de salud, así como en la atención a grupos específicos.

Aprendizaje de campo (Learning in context): Se realizará con los participantes en los contextos delineados por el área de influencia de sus centros laborales. En las situaciones reales que encuentren en estos escenarios, los participantes, desplegaran lo aprendido combinándolo con incentivos para que su autoaprendizaje pueda tener lugar. Favorecerá la adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional. Esta modalidad que se organizará como una intervención directa, no supervisada (se obtendrá información por auditoría de historias, opinión de los pacientes, opinión del resto de los compañeros del equipo y los portafolios que genere el participante), así como la realización de reportes, proyectos e informes de avance.

4.2 Modalidades de estudio según Sedes y Espacios Docentes

Se consideran las siguientes modalidades de estudio, de acuerdo a los espacios en los cuales se realizarán.

Actividades presenciales en Sala de Clases: Dependiendo de la demanda de equipos para ser capacitados podría ser de un ámbito regional o sub-regional, idealmente lo más cerca de donde trabajen los participantes (Aula multiusos de Hospital o Centro que ofrezca las facilidades). Las reuniones presenciales se desarrollarán con frecuencia variable dependiendo del nivel.

Experiencias de educación a distancia en un Aula Virtual: Permite estructurar un conjunto de experiencias de educación a distancia (e-learning) como lecturas y clases grabadas, foros de discusión, debates en línea a través del Chat, entre otros. La ventaja de esta aula virtual es que se puede acceder desde cualquier punto conectado a INTERNET las 24 horas del día.

Pasantía en Unidad Docente de Atención Primaria: En estos espacios clínicos y de trabajo de campo (familias y comunidad), los participantes acompañarán la consulta bajo el enfoque de la Medicina Familiar, auxiliados permanentemente por tutores y profesores de la especialidad o especialidades complementarias. Para garantizar el proceso de transferencia de competencias durante estas actividades en servicio se requerirá una mínima razón tutor-docente.

Pasantía en Hospital: Semejante a la pasantía en Unidad Docente con la dificultad de que los pasantes no aprenden realmente lo que se puede desarrollar en la Atención Primaria, y la ventaja de que estos espacios ya están estructurados como unidades docentes. Por su baja rentabilidad (muchos casos de atención especializada para centrarse en uno de atención primaria) debe ser empleado sólo cuando no hayan Unidades Docentes de Atención Primaria disponibles.

Trabajo semi-supervisado: Trabajo realizado por los participantes del Programa en su propio ámbito laboral, recibiendo visitas esporádicas de miembros del equipo de tutores para verificar la aplicación de las herramientas enseñadas en el Programa.

El programa debe considerar la extrema urgencia de consolidar una o más Unidades Docentes de Atención Primaria donde se desplieguen TODOS los procesos que desean ser enseñados y evaluados. Al igual que en una residencia, donde no hay residente sin servicio para trabajar en él, este programa es inviable sin Unidades Docentes de Atención Primaria. Una recomendación es abandonar la idea de que estas unidades surgirán por generación espontánea, o se tomará como unidad docente a la que "mejor haga las cosas" y como docentes a quienes trabaje en dichas sedes. Estas sedes docentes hay que "construirlas" en la acción, sembrando procesos adecuados para que los participantes de los pilotos puedan "ver" como deben hacerse las cosas y así poder replicarlas.

4.3 Recursos de Aprendizaje

Los recursos a emplearse para favorecer el aprendizaje variarán según las actividades en las que el participante se encuentre:

Fase Presencial: Los medios y materiales a emplearse serán: proyector multimedia, retroproyector, papelógrafos, pizarra acrílica, equipo de video. Además se deberá entregar a cada participante material docente especialmente preparado para los módulos, tales como presentaciones en archivos ppt (power point), guías de los talleres, o de las visitas y prácticas de campo, entre otros.

Fase No presencial: Material de estudio en versión electrónica, bibliografía complementaria, espacio en INTERNET para interacción con los tutores, a través de una plataforma específica para tal fin.

4.4 Acción Tutorial

Los profesores y tutores para las actividades presenciales en aula deben dominar los conocimientos que se tienen programados impartir.

Los tutores que hagan actividad docente asistencial deben contar con las competencias y capacidades no sólo para poder ejecutar los procedimientos de atención a la persona, familia y comunidad que se enseñan, sino adicionalmente conocimientos de psicopedagogía con la finalidad de poder transmitir los contenidos de acuerdo a la metodología propuesta.

Dado que en cada curso, el participante desarrollará trabajos prácticos que le ayudarán a cimentar los conocimientos adquiridos en la teoría, para dichos trabajos que se desarrollarán las semanas en las que no hayan trabajos presenciales en la Universidad se requerirán tutores que tengan capacidades para manejarse adecuadamente en sesiones de tutoría a distancia, empleando contacto on-line a través de foros o del Messenger del Aula Virtual.

En el caso de no existir docentes con tales características se deberá generar un curso de capacitación docente, para llevar a los potenciales tutores y profesores a un nivel mínimo de formación, idealmente certificado por una institución independiente al MINSA y a la Universidad Ejecutora (Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, etc.).

4.5 Sistema de Evaluación de los Participantes

El logro de objetivos académicos por parte de los estudiantes será evaluado de manera permanente durante el desarrollo de las actividades académicas.

Las actividades teóricas serán evaluadas mediante:

- Exámenes escritos, del tipo opciones múltiples, los cuales serán de tipo cancelatorio, y se tomarán al final de cada curso. Serán tanto presenciales como a distancia.
- Exámenes del tipo análisis de casos, para verificar la adquisición de capacidad crítica para tratar los temas abordados en la maestría. Serán tanto presenciales como a distancia.
- Listas de cotejo, permitirá evaluar las habilidades y destrezas adquiridas en los talleres y seminarios.
- Trabajos prácticos, calificados individual o grupalmente, los cuales permitirán evaluar la aplicación de los conceptos a situaciones cotidianas para los participantes. Serán tanto presenciales como a distancia.

Adicionalmente, la evaluación formativa de las actividades teóricas será recogida por el profesor responsable de la unidad a través de las actividades evaluativas correspondientes a cada curso o módulo teórico-práctico.

Las actividades prácticas tendrán evaluaciones formativas que se desarrollarán en forma de supervisiones directas e indirectas, durante el período de trabajo posterior a la parte presencial. En el caso de las pasantías, las prácticas clínicas serán evaluadas por el docente encargado del servicio mediante una evaluación formativa será recogida por el profesor responsable de la unidad a través de las actividades evaluativas correspondientes.

Adicionalmente, los miembros de los Equipos de Salud se someterán al completar cada nivel, a evaluaciones por competencias, en las que se verificará su nivel de avance en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas necesarias y consolidadas en una capacidad específica, para desarrollar adecuadamente su trabajo. Estas evaluaciones determinarán su posibilidad de aprobar un nivel y pasar al siguiente. La metodología priorizada para esta evaluación deben ser los Exámenes Objetivos Estructurados por Estaciones (OSCE).En los casos donde no se pueda tener contacto permanente con los participantes, o el OSCE no pueda ser aplicado, se empleará la técnica del portafolio de casos de Salud Familiar y Comunitaria y Atención Primaria, como un modo potencialmente válido para su evaluación.

4.6 Sistema de Evaluación del Programa

La evaluación se realizará empleando la encuesta de satisfacción de los participantes, la cual se aplicará al finalizar cada bloque de actividades. Adicionalmente se tendrá una reunión semestral entre alumnos y docentes para recoger comentarios y sugerencias, y en base a ellos realizar los ajustes correspondientes al Programa.

4.7 Admisión al Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria

El especialista en Salud Familiar requiere para su ejercicio adecuado, un talento para aproximarse al paciente, su familia y su comunidad, desplegando enfoques diagnósticos, planes educativos y terapéuticos mesurados y convenientes, en un entorno de alta incertidumbre y con proclividad al control del gasto innecesario y a la habilidad para negociar/conducir las intervenciones para mejorar los problemas de salud guiados por valores como el humanismo, empatía, compasión participativa, y los otros valores y principios de la Atención Integral. Dado que mucho de este desempeño se basa en actitudes naturales propias de cada persona, es importante que al seleccionar a los candidatos para participar de este Programa, se ponga el énfasis en la valoración de actitudes positivas hacia este tipo de trabajo. Ello debería conseguirse con una evaluación minuciosa basada en una entrevista y revisión de antecedentes, y no sólo por una prueba convencional o una admisión basada en criterios administrativos.

4.8 Certificación y Titulación por competencias

Medicina Familiar

En el caso de la especialización en Medicina Familiar se requerirían un total de 180 créditos para obtener el Titulo de Especialista en Medicina Familiar bajo la modalidad de Titulación por Competencias. Descontando las horas-crédito convalidables por experiencia laboral, los participantes en el Programa de Especialización por competencias deberán cumplir 110 créditos en actividades académicas, para alcanzar la titulación. Para ello será necesario aprobar la totalidad de los cuatro Niveles del Programa, incluyendo las respectivas evaluaciones por competencias al finalizar cada Nivel, sustentado y aprobado los reportes requeridos en nivel 4 (incluyendo un trabajo de investigación en Atención Primaria), así como haber completado los requisitos administrativos correspondientes. La ventaja central de este proceso es que sus participantes podrán seguir desarrollando sus actividades laborales realizadas en un entorno de atención primaria de salud.

Se reconocerían hasta 30 créditos por experiencia laboral en servicios de Atención primaria, realizada antes de haber iniciado el primer nivel de la Especialización, y como mínimo 40 posterior al inicio, con diferenciación en el creditaje para ambas situaciones. Dada esta situación, la experiencia previa en servicios de Atención primaria, hace más atractiva esta modalidad para los profesionales con años de trabajo, ya que pueden ya convalidar varios créditos desde el inicio de su formación. Por otro lado, se ofrecerá un mayor número de créditos a la experiencia posterior a su formación, dado que se trata de un trabajo con mayor calidad que puede monitorearse por diversos medios. Así, los créditos posteriores al inicio del entrenamiento serán acumulados cuando el participante sea capaz de demostrar que en su servicio de Atención Primaria ha puesto en práctica los conocimientos y habilidades en Salud Familiar y Comunitaria adquiridos durante su formación. Para ser convalidado, este criterio deberá ser avalado por la presentación de trabajos como diagnósticos familiares, presentación de manejo de casos familiares, y otros que le serán solicitados al concluir cada módulo.

Por otro lado, se propone que quienes traigan otras especialidades al iniciar su titulación por ser especialistas en Pediatría, Medicina Interna, Medicina General Integral, Gineco-obstetricia entre otras especialidades relacionadas, podrán descontar un cierto número de horas créditos en función a los aspectos trabajados previamente, previa evaluación por competencias. Con ello el tiempo de especialización podría reducirse hasta en un 33% del total.

ANEXO I - Organización del Programa según competencias y capacidades

1.1. CAPACIDADES PARA LOGRAR LAS COMPETENCIAS EN EL PROGRAMA INTEGRADO

Eje A: PERSONA

A.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención de la persona.

A.2. Emplear adecuadamente la entrevista clínica, examen físico y registro de datos.

A.3. Emplear tecnología apropiada para la formulación de planes diagnósticos.

A.4.1. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad del niño.

A.4.2. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad del adolescente.

A.4.3. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad del adulto varón.

A.4.4. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad de la adulta mujer.

A.4.5. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad de la gestante.

A.4.6. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad del adulto mayor.

A.5.1. Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño.

A.5.2. Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adolescente.

A.5.3. Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto varón.

A.5.4. Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la adulta mujer.

A.5.5. Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la gestante.

A.5.6. Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto mayor.

A.6.1. Seguimiento y reevaluación para los principales problemas y para el mantenimiento de la salud del niño.

A.6.2. Seguimiento y reevaluación para los principales problemas y para el mantenimiento de la salud del adolescente.

A.6.3. Seguimiento y reevaluación para los principales problemas y para el mantenimiento de la salud del adulto varón.

A.6.4. Seguimiento y reevaluación para los principales problemas y para el mantenimiento de la salud de la adulta mujer.

A.6.5. Seguimiento y reevaluación para los principales problemas y para el mantenimiento de la salud de la gestante.

A.6.6. Seguimiento y reevaluación para los principales problemas y para el mantenimiento de la salud del adulto mayor.

A.7. Negociación con el paciente, gestión de la continuidad de la atención para alcanzar una adecuada prevención secundaria en pacientes con problemas crónicos.

A.8 Rehabilitación básica, buscando lograr una adecuada prevención terciaria en pacientes con disfuncionalidades y discapacidades.

Eje B: BASES CONCEPTUALES

B.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de salud familiar.

B.2. Trasmitir los elementos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria a todos los miembros del equipo de salud, autoridades locales y académicas.

B.3 Conocer, divulgar y favorecer la adecuación a la realidad local de las diferentes políticas, normas y directrices que se aplican a la realidad de la Atención Primaria.

B.4 Propiciar y conducir el cumplimiento de las diferentes políticas, normas y directrices que hayan sido adecuadas a la realidad de la Atención Primaria.

Eje C: COMUNIDAD

C.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la comunidad.

C.2. Identificar problemas y necesidades de atención a la comunidad.

C.3. Priorizar la actuación con participación comunitaria.

C.4. Estudio y descripción de determinantes y necesidades de salud de la comunidad.

C.5. Diseño y formulación de programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales.

C.6. Incrementar la cultura sanitaria de la población.

C.7. Monitoreo y evaluación de actividades para la salud de la comunidad.

Eje D: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

D.1. Elaborar un plan de capacitación para los miembros del equipo de salud que responda a sus necesidades de formación en Salud Familiar.

D.2. Desarrollar habilidades docentes a través del entrenamiento de otros profesionales y equipos con los mismos objetivos, tanto en la práctica cotidiana mediante el apoyo técnico continuo, como en cursos elaborados específicamente.

D.3. Formular, desarrollar y publicar una investigación realizada dentro del ámbito de la Atención Primaria.

D.4. Establecer una rutina personal de Aprendizaje Basado en el Problema (ABP) para mantenerse actualizado en sus competencias, fundamentada en las situaciones que aborda en su práctica cotidiana.

Eje E: ESTABLECIMIENTO DE SALUD

E.1. Reorganizar los servicios para la Atención Integral en Salud, optimizando los recursos existentes para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población adscrita.

E.2. Consolidar grupos de trabajo para el perfeccionamiento de la Atención Primaria con un enfoque interdisciplinario y una adecuada dinámica de grupos, realizando una supervisión y asesoría constructiva para el equipo.

E.3. Formular, ejecutar y monitorear los planes para mejora de la calidad y Planes de Salud Local o Planes Operativos Institucionales, impregnándoles un enfoque estratégico, y recogiendo y analizando la información necesaria para este fin.

E.4. Desarrollar guías de trabajo consensuadas para el manejo de los problemas más comunes en sus respectivas áreas de competencia.

E.5. Conocer las situaciones en las cuales requiere referir personas y familias al nivel inmediato superior por problemas que superan su nivel de resolutividad, y viabilizarlas a través del sistema vigente en su Establecimiento de Salud

E.6. Aplicar los principales enfoques conceptuales y herramientas metodológicas para la gestión y administración de los Servicios de Atención Primaria, generando un clima organizacional propicio para optimizar los resultados del equipo.

Eje F: FAMILIA

F.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la familia.

F.2. Emplear las herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la Atención Integral a la Familia.

F.3. Identificar los problemas familiares más prevalentes, tanto en su ámbito de residencia (vivienda y micro-entorno) como en su dinámica famliar.

F.4. Intervención en las familias con problemas familiares más prevalentes para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados.

F.5. Realizar asesoría anticipatoria para prevenir las crisis producto de situaciones previsibles en la vida de la familia.

1.2. CONTENIDOS DEL PROGRAMA SEGÚN LAS COMPETENCIAS DEL PROGRAMA INTEGRADO

En los cuadros siguientes se presentan los temas y contenidos del Programa Integrado, organizados según competencias, lo que posibilita dar una mirada general a los diversos aspectos que requieren ser abordados para cubrir una determinada competencia.

Cuadro A-1. Competencias específicas, Capacidades, Contenidos y temas a ser ofrecidos en el Programa Integrado de Salud Familiar

COMPETENCIA 1: Promociona estilos de vida saludables en la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los determinantes de la salud en un marco de interculturalidad y respeto a los valores positivos.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
Realizar la promoción de estilos de vida saludables en la persona, familia y comunidad, interviniendo sobre los determinantes de la salud en un marco de interculturalidad y respeto a los valores positivos.	C.6 Incrementar la cultura sanitaria de la población.	Educación para la salud y cultura sanitaria	1. Conceptos básicos de teoría de la educación en su aplicación en salud, elaboración de programas y técnicas en educación para la salud con enfoque intercultural. Escenarios de educación en salud. Prevención comunitaria. 2. Desarrollo de estrategias concretas en APS, integración en todos los proyectos de trabajo de objetivos y contenidos educativos, y desarrollo en las actividades diarias de orientaciones y actuaciones educativas saludables. 3. Intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales. 4. Actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos. 5. Acciones de sensibilización acerca de la salud y políticas sectoriales en autoridades, líderes, instituciones, ACS y miembros de la comunidad según normas del sector. 6. Educación para la salud en diversos escenarios según programas y normatividad vigente. 7. Desarrollo de programas de educación para el mejoramiento del medio ambiente de acuerdo a factores de riesgo encontrados.
	A.5 Realizar un abordaje adecuado de las necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño.	Mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la persona	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que alteran la salud de la persona como un todo y de su familia. 2. Manejo integrado de las principales necesidades de salud de la persona como un todo y de su familia. 3. Medidas preventivas y derechos

COMPETENCIA 2: Contribuye a la Prevención de la enfermedad o el daño a la salud, interviniendo sobre los factores de riesgo

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
Realizar acciones de prevención de la enfermedad o el daño a la salud, interviniendo sobre los factores de riesgo de acuerdo a las normas del MINSA	C.2. Identificar problemas y necesidades de atención a la comunidad.	Conceptos generales-Comunidad Diagnósticos en la comunidad	1. Criterios para priorizar una actuación sobre la salud de la comunidad con criterio intercultural. 2. Conceptos de magnitud y gravedad de un problema, eficacia y factibilidad de una intervención en la comunidad, así como la forma de medir cada una de ellas. 3. Municipio y Comunidad Saludable. Conceptos generales. 4. Diagnostico Participativo y Plan de Salud Local. Instrumentos y Metodología. 5. El Censo Comunal y la Sectorización. Instrumentos y Metodología.
	C.3. Priorizar la actuación con participación comunitaria.	Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)	1. Significado y campo de acción de la APOC. Desarrollo de práctica de APOC. 2. Planificación participativa con la comunidad en el contexto de la APOC. 3. Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria en el proceso de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) 4. Planificación y participación de actividades comunitarias. 5. Evaluación participativa local.
	F.4. Realizar asesoría anticipatoria para prevenir las crisis producto de situaciones previsibles en la vida de la familia	Intervención preventiva en familias	1. Promoción y entrenamiento a las familias para que realicen acciones de prevención y promoción de la salud relacionados a su vivienda y entorno. 2. Contenidos para orientar a las familias. Pautas para una comunicación saludable. 3. Crianza adecuada de los hijos. Manejo del dinero. 4. Orientación familiar en cada etapa del ciclo vital familiar: Trabajo con parejas. Familia con hijos pequeños/escolares. Familia con hijos adolescentes. Familia con hijos en etapa de despegue o de nido vacío. Familia con adultos mayores. Soporte a los cuidadores y a los que son cuidados.
	A.5 Abordaje de necesidades de mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la persona	Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del niño	1. Medidas preventivas. 2. Calendarios vacunales del niño. 3. Seguimiento y valoración periódica niño. 4. Prevención de las drogodependencias en el niño (alcohol, tabaco, otras/os). 5. Counseling integral en los padres y técnicas grupales: grupos temáticos vivenciales, grupos de ayuda mutua y talleres integrales. 6. Derechos del niño. 7. Alimentación saludable en el niño. 8. Actividad física en el niño

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
		Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adolescente	1. Medidas preventivas. 2. Utilizar la entrevista motivacional para actuar sobre conductas de riesgo. Orientación sobre los riesgos más comunes en el adolescente. 3. Fracaso escolar y lo que éste representa. 4. Reconducción de posibles conductas sexuales de riesgo. Prevención y seguimiento de embarazos no deseados en adolescentes. 5. Prevención y diagnóstico precoz de los trastornos de conducta alimentaria. 6. Prevención de accidentes y detección de conductas de riesgo en la conducción de autos. 7. Prevenir e identificar situaciones de malos tratos. 8. Desarrollar habilidades en técnicas grupales de cara a: Prevención de farmacodependencias, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados y prevención y seguimiento de trastornos de conducta alimentaria
		Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto	1. Prevención de lesiones: uso del cinturón, casco. 2. Atención dental. 3. Identificación de los pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo: Alto riesgo cardiovascular global Con hábitos de riesgo, etc. 3. Vacunaciones para el adulto (Gripe, Neumococo, Tétanos y Difteria, Hepatitis B, etc.). 4. Actividades preventivas: Cribado de HTA, Diabetes, Dislipemias, Obesidad, Cáncer. 5. Profilaxis, diagnóstico precoz de la Tuberculosis. 6. Prevención de trastornos de Salud Mental. 7. Empleo del Ciclo de Prochatska según conducta a modificar en el adulto. 8. Counseling integral y técnicas grupales: grupos temáticos vivenciales, grupos de ayuda mutua y talleres integrales.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
		Mantenimiento de la salud y promoción de la salud de la mujer en etapa reproductiva.	1. Factores de riesgo psicosocial en la mujer en etapa reproductiva. 2. Contenidos de la atención preconcepcional. 3. Recomendaciones, periodicidad y grado de evidencia en la prevención del cáncer ginecológico del papanicolao y la mamografía. Interpretación de la mamografía. 4. Citologías cérvico- vaginales para el cribado de cáncer de cervix. 5. Factores de riesgo de osteoporosis, conocer las indicaciones de la densitometría e interpretar sus resultados. Prevención de osteoporosis en las mujeres con riesgo. 6. Información que se debe ofertar a las mujeres con patologías crónicas frecuentes (HTA, diabetes, asma, epilepsia, alteraciones del tiroides, problemas de salud mental) en tratamiento, cuando manifiestan deseo de gestación. 7. Valoración de la presencia de factores de riesgo que requieren atención especial, o en el segundo nivel.
		Mantenimiento de la salud y promoción de la salud del adulto mayor.	1. Actividades de prevención que se recomiendan claramente en población anciana (tabaco, ejercicio, alimentación, accidentes, vacunación antigripal y antitetánica, HTA...) y otras recomendadas pero con menos evidencia (osteoporosis, hiperlipidemia, déficit visual y auditivo, incontinencia, etc.). 2. Aplicación de métodos de cribado en las principales actividades preventivas recomendadas en el adulto mayor. 3. Abordaje de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificación de indicios y síntomas de violencia contra los ancianos. Establececimiento de un plan de actuación integral y coordinado con otros profesionales y/o instituciones (de carácter social, policial o judicial, etc). 4. Recursos sociales más inmediatos para este sector de población: asistencia domiciliaria, institucionalización, etc. Tanto en el medio rural como urbano.

COMPETENCIA 3: Atiende a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
Realizar la atención a la persona en todas las etapas de vida, a la familia y comunidad en sus necesidades básicas de salud de acuerdo a las normas del MINSA..	C.5. Diseñar y formular programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales.	Planificación, monitoreo y evaluación de actividades en la Comunidad	1. Campañas de inmunizaciones de acuerdo a planes locales y nacionales (Vacunación infantil, vacunación a gestantes, vacunación en adultos, y en adultos mayores). 2. Tamizajes en poblaciones de riesgo o grupos vulnerables según normatividad vigente: Despistaje de cáncer de cuello uterino y mamario, de TBC, otros. 3. Actividades de estímulo y soporte a la lactancia materna y adecuado crecimiento y desarrollo del niño según normatividad vigente. 4. Campañas de saneamiento básico en la comunidad de acuerdo a normatividad vigente con adecuación urbana y rural.
	F.2. Emplear las herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la Atención Integral a la Familia.	Herramientas diagnósticas y métodos de evaluación para la atención integral de la familia	1. Bases para la Atención Integral a la Familia y Promoción de la Salud Familiar. 2. Concepto de Familia, tipos de Familias. Ciclo Vital Familiar. Vivienda y grupo familiar. 3. La Familia como sistema. Componentes del Sistema Familiar. Estructura y Dinámica Familiar Funciones Familiares. Semiología de la Atención a la Familia 4. Instrumentos para graficar la estructura familiar: Familiograma.
	F.3. Identificar los problemas familiares más prevalentes, tanto en su ámbito de residencia (vivienda y micro-entorno) como en su dinámica famliar.	Diagnósticos familiares	TP1 1. Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar: Test de APGAR. 2. Instrumentos para evaluar los límites familiares (Circulo Familiar, FACES), 3. Instrumentos para evaluar los recursos familiares (Ecomapa), estresores familiares (Escala de Holmes). 4. Aplicabilidad de instrumentos en el medio urbano y rural. 5. La aproximación SOAP para la atención integral a la familia. 6. Identificación de problemas y riesgos en la vivienda y en el entorno físico. TP2 1. Diagnóstico en salud familiar: Estresores. Crisis familiares. 2. Influencias socioculturales y ambientales en los modos de vida de la familia.
	F.5. Intervenir en las familias con problemas familiares más prevalentes para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados	Intervención en familias con problemas	1. Entrevista Familiar. Abordaje multidimensional a la familia. Resolución de conflictos familiares. 2. La familia con pautas transaccionales inadecuadas y familias disfuncionales. 3. Familias con problemas en la comunicación o con competencia insuficiente en áreas críticas: Crianza de los hijos, distribución del poder, etc. 4. Orientación en problemas específicos. Casos especiales en la atención a las familias: Desintegración, Reconstitución Familiar, Familias disfuncionales: violencia familiar. 5. Cuidados de los principales tipos de pacientes y sus familias.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
			6. Complicaciones biológicas y sicosociales de los pacientes con enfermedad en fase terminal y el impacto en su familia. Comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal y con su familia. Organización de los cuidados en el domicilio. Atención en el duelo. Atención al cuidador(a). Coordinación de recursos sosiosanitarios locales. 7. Maltrato y violencia familiar. Situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato. Indicios y síntomas de violencia doméstica en el medio rural y urbano. Entrevista clínica en esta situación. 8. El diagnóstico de maltrato y evaluación de su magnitud, valorando el riesgo: situación crónica, aguda, riesgo potencial de lesiones y riesgo vital. Actitud y pautas de actuación con el maltratador. 9. Plan de actuación integral y coordinado, en colaboración con el equipo de salud, establecimiento de salud, servicios sociales y otros de la comunidad. Repercusión de la violencia doméstica en el ámbito familiar y las posibilidades de intervención familiar. 10. Conocimiento de criterios de derivación a psicoterapia, terapia familiar, en particular criterios para el manejo de familias disfuncionales. 11. Relación contínua con la familia. Información requerida en la contra-referencia.
	A.2. Emplear adecuadamente la entrevista clínica, examen físico y registro de datos. A.3. Emplear tecnología apropiada para la formulación de planes diagnósticos.	Conceptos generales-Persona Herramientas para la Atención Integral por etapas de vida Tecnología diagnóstica para la atención primaria	1. Malestar - Dolencia –Enfermedad. Relación médico-paciente. 2. Necesidades de Salud de la persona: Necesidades del Desarrollo, Mantenimiento, Derivadas de Daños y Derivadas de Disfuncionalidades/Discapacidades. 3. Enfoques para la Persona: El paradigma bio-psico-social y holístico. El enfoque del Ciclo de Vida. 4. Procesos Orientados a las Tareas en el Cuidado de la Salud (TOPICS) de la persona. 5. Historia clínica orientada al problema. 6. Registros Médicos. 7. Fundamentos y características de la toma de decisiones en Atención Primaria. 8. Evaluación de la práctica clínica y aplicación de instrumentos de evaluación clínica tanto en el medio rural como urbano. 9. Empleo de la Medicina Basada en Evidencias (Básica) para la formulación de planes diagnósticos. 10. Epidemiología Clínica y Toma de decisión en Atención Primaria (Básica) orientada a la persona. TP1 11. Tecnología diagnóstica para la atención primaria 12. Aprendizaje basado en el problema. Metodología. 13. Epidemiología clínica aplicada: análisis heurístico. 14. Práctica de la Medicina basada en evidencias. Instrumentos, técnicas y herramientas para la medicina basada en evidencias (Intermedio). 15. Guías y protocolos de actuación basada en la evidencia

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
	A.4. Manejo integral biopsicosocial con resolutividad de la persona	Cuidados esenciales	1. Los Cuidados Esenciales en Atención Integral. Que son y como se ofrecen. 2. Atención integral a personas con problemas agudos, crónicos y emergencias. 3. Atención integral a personas con discapacidades o con enfermedad en estado avanzado o terminal. 4. Atención domiciliaria a personas en riesgo. 5. Orientación y consejería familiar, y la atención familiar domiciliaria. 6. Grupos temáticos vivenciales, grupos de ayuda mutua y talleres integrales. 7. Promoción de la Salud Familiar. Promover, inducir y entrenar a las personas y familias para que realicen acciones de prevención y promoción de la salud y el auto-cuidado.
		Manejo integral biopsicosocial del niño	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en los principales problemas del niño. 2. Abordaje de los motivos de consulta más frecuentes. Manejo de urgencias y emergencias. 3. Anamnesis y semiología dirigidas. Elementos diagnósticos de las principales enfermedades en el niño. 4. Pruebas diagnósticas de uso frecuente. Utilidad y aplicación en la práctica clínica. 5. Atención de alteraciones psicosociales: desarrollo integral de la personalidad. Adaptación y desadaptación en el niño (enuresis, encopresis, etc). 5. Abordaje familiar y psico-social en las familias en fase de “ nido vacío” que cuiden niños pequeños. 6. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 8. Controles evolutivos y derivación al especialista del nivel superior.
		Manejo integral biopsicosocial del adolescente	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en los principales problemas del adolescente. 2. Abordaje de los motivos de consulta más frecuentes.Manejo de urgencias y emergencias. 3. Anamnesis y semiología dirigidas. Elementos diagnósticos de las principales enfermedades en el adolescente. 4. Pruebas diagnósticas de uso frecuente. Utilidad y aplicación en la práctica clínica. 5. Seguimiento de adolescentes con enfermedades crónicas: asma, diabetes mellitus, enfermedades reumatológicas, etc. 6. Atención de alteraciones psicosociales: desarrollo integral de la personalidad. Adaptación y desadaptación. Transtornos de personalidad. 7. Detección precoz y manejo de las patologías del ámbito de la Salud Mental en el adolescente: depresión, ideación suicida, ansiedad, trastorno de ansiedad social, conducta antisocial y trastorno por somatización. 8. Técnicas de abordaje familiar en situaciones de crisis debido a la adolescencia. 9. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 10. Controles evolutivos y derivación al especialista del nivel superior.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
		Manejo integral biopsicosocial del adulto	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en los principales problemas del adulto. 2. Abordaje de los motivos de consulta más frecuentes.Manejo de urgencias y emergencias. 3. Anamnesis y semiología dirigidas. Elementos diagnósticos de las principales enfermedades en el adolescente. 4. Pruebas diagnósticas de uso frecuente. Utilidad y aplicación en la práctica clínica. 5. Seguimiento de adultos con enfermedades crónicas frecuentes en atención primaria. 6. Atención de alteraciones psicosociales: desarrollo integral de la personalidad. Adaptación y desadaptación. Transtornos de personalidad en el adulto. 7. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 8. Diagnóstico de las minusvalías físicas y psíquicas más frecuentes.Elaboración de un plan de atención al paciente adulto discapacitado con adecuación al medio urbano o rural. Coordinación de la atención al discapacitado con enfermería, rehabilitación, trabajo social, y otros niveles asistenciales e instituciones. 9. Derivación al especialista del segundo/tercer nivel.
		Manejo integral biopsicosocial de la mujer y de la gestante	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en las principales necesidades de la gestante y de la mujer. 2. Métodos anticonceptivos hormonales (indicación, seguimiento y contraindicaciones). 3. Anticoncepción intrauterina (indicación, seguimiento y retirada del DIU). Manejar la anticoncepción farmacológica de emergencia. Métodos de barrera (técnica adecuada de uso de los preservativos). Asesoraría sobre la vasectomía y ligadura tubárica. 4. Manejo de los síntomas del climaterio: alteraciones del ciclo, sofocos, sequedad vaginal. Manejo de las vulvovaginitis. Manejo de los trastornos del ciclo menstrual. Diagnóstico de ectopías genitales (prolapsos). Manejo médico de la incontinencia urinaria. Abordaje inicial de la pareja estéril. 5. Manejo de las actividades que se realizan en un embarazo de bajo riesgo obstétrico. 6. Principales riesgos teratógenos (fármacos, agentes físicos, agentes infecciosos, tóxicos). 7. Manejo de fármacos en el embarazo y puerperio. 8. Auscultación de latidos fetales, medición de altura uterina y determinación de la presentación fetal. 9. Asesoría sobre técnicas diagnósticas de malformaciones fetales. 10. Manejo de la morbilidad más frecuente del puerperio. Apoyar la lactancia materna. 11. Semiología y elementos diagnósticos de los principales problemas de la gestante. Atención del parto eutócico. Rehabilitación de musculatura del suelo pelviano.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
		Manejo integral biopsicosocial del adulto mayor	1. Factores sociales, culturales, económicos y ecológicos que intervienen en las principales enfermedades del adulto mayor. 2. Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria y el contenido básico de cada área que la integran (clínico-física, funcional, mental, y social). 3. Escalas más empleadas en la valoración geriátrica: MEC de Lobo, Pfeiffer, Índices de Katz y de Barthel, la Escala Geriátrica de Depresión, etc. 4. Semiología y elementos diagnósticos de la principales problemas del adulto mayor en la Atención Primaria. 5. Abordardaje de los principales síndromes geriátricos: deterioro cognitivo y demencia, síndrome confusional, incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, inmovilismo y sus consecuencias, desnutrición y malnutrición, alteración de visión y audición. 6. Abordaje de las patologías más prevalentes o con aspectos diferenciadores en esta población: Parkinson, ciertos tumores como el de próstata, estreñimiento, ansiedad, depresión e insomnio, etc . 7. Aspectos elementales de farmacoterapia, polifarmacia y yatrogenia en las personas mayores. 8. Utilidad y aplicación de las pruebas complementarias que se utilizan con más frecuencia en el adulto mayor. 9. Tratamiento farmacológico y no farmacológico racional. 10. Evaluación multidimensional del paciente inmovilizado. Adiestramiento al cuidador del paciente adulto mayor dependiente. 11. Coordinación de la atención al inmovilizado con profesionales del equipo básico de salud y trabajo social, así como con otros actores e instituciones locales. Utilización de forma racional los recursos socio-sanitarios del área. 12. Seguimiento domiciliario de enfermedades crónicas en fases avanzadas. Reconocimiento de signos evolutivos indicadores de mal pronóstico. 1. Tareas, prescripciones y recomendaciones. Su modo de registro y utilidad para el seguimiento. 2. Empoderamiento del paciente. 3. Técnicas para garantizar la continuidad.
	A.7. Negociar con el paciente y realizar la gestión del tipo de continuidad de la atención.	Manejo integral biopsicosocial	1. Atención Integral de Salud en la Plataforma de Servicios: Rol clave en la integralidad y continuidad de la atención. 2. Utilidad práctica de los Sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria para la continuidad de la atención. 3. Acciones esperadas por el equipo de salud para incrementar los retornos al servicio para las consultas de control.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
	A.8 Desarrollar una Rehabilitación básica, buscando lograr una adecuada prevención terciaria en pacientes con disfuncionalidades y discapacidades.	Manejo integral biopsicosocial	1. Rehabilitación básica en situaciones de lesión aguda. 2. Rehabilitación en Enfermedades Crónicas no transmisibles. 3. Rehabilitación en pacientes adultos mayores.

COMPETENCIA 4: Realiza actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
Realiza actividades de docencia para el personal de salud de acuerdo a necesidades y políticas institucionales	B.2. Trasmitir los elementos de la disciplina de la Salud Familiar y Comunitaria a todos los miembros del equipo de salud, , autoridades locales y académicas. F.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la familia. A.1. Plantear un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria para la atención de la persona. C.1. Trasmitir los elementos de la estrategia Salud Familiar y Comunitaria para la atención a la comunidad a todos los miembros del equipo de salud, autoridades locales y académicas.	Organizar la Educación Continua del Personal de salud	1. Preparar contenidos y metodologías orientados a reforzar permanentemente en el personal de salud los elementos de direccionalidad del trabajo en Salud Familiar y Comunitaria, no sólo en cursos o actividades docentes específicas, sino en toda oportunidad de contacto con los otros miembros del equipo.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
	D.1. Elaborar un plan de capacitación para los miembros del equipo de salud que responda a sus necesidades de formación en Salud Familiar	Organizar la Educación Continua del Personal de salud	1. Identificación de las necesidades de formación en Salud Familiar del EBS. 2. Diseño de la capacitación con adecuación rural, urbana e intercultural. 3. Análisis crítico de las ofertas formativas respecto a su idoneidad y calidad. 4. Organización de la capacitación.
		Organizar la Capacitación de agentes comunitarios de salud	1. Identificación de las necesidades de capacitación de los agentes comunitarios de salud de su comunidad. 2. Diseño e implementación de la capacitación de promotores de salud y agentes comunitarios de salud. 3. Evaluación de resultados de la capacitación de los agentes comunitarios de salud.
	D.2. Desarrollar habilidades docentes a través del entrenamiento de otros profesionales y equipos con los mismos objetivos, tanto en la práctica cotidiana mediante el apoyo técnico continuo, como en cursos elaborados específicamente.	Ejecutar la Educación Continua del Personal de salud	1. Implementación de la capacitación considerando las características de la audiencia, en particular aquellos miembros del equipo de salud con mayores dificultades de aprendizaje. 2. Ejecución de la metodología enseñanza-aprendizaje: discusión de casos, ABP, técnicas grupales, uso de medios audiovisuales e informáticos, aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la práctica clínica de Atención Primaria. 3. Evaluación de los participantes. 4. Evaluación de los resultados de la capacitación.
	D.4. Establecer una rutina personal de Aprendizaje Basado en el Problema (ABP) para mantenerse actualizado en sus competencias, fundamentada en las situaciones que aborda en su práctica cotidiana.	Adoptar e incentivar el autoaprendizaje	1. Aprender y aplicar los pasos para el aprendizaje basado en problemas y adoptarlo en su práctica cotidiana, así como en la preparación de programas de entrenamiento para el resto del equipo. 2. Valorizar y aprovechar los resultados de buenas búsquedas bibliográficas para resolver los problemas que sustentan su práctica cotidiana.

COMPETENCIA 5: Realiza investigación en atención primaria de salud, según políticas institucionales

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
Realizar investigación en atención primaria de salud, de los problemas de la persona, familia y comunidad, según políticas institucionales	I1. Realizar adecuadas búsquedas bibliográficas para la investigación en atención primaria de salud	Búsquedas bibliográficas para la investigación en atención primaria de salud	1. Pasos de las Búsquedas Bibliográficas 2. Búsqueda de información en Bibliotecas físicas y virtuales. 3. Estrategias de búsqueda de información en Internet.
	I.2 Estudiar y describir los determinantes y necesidades de salud de la población.	Indicadores para medir el estado de salud	1. Tipos de datos que describen la situación de salud de una población (demográficos, medioambientales, socioeconómico-culturales, morbimortalidad, factores de riesgo, etc), las fuentes y fiabilidad de la información existentes para cada tipo de datos, así como la forma de presentar esa información. 2. Condicionantes de la información para poblaciones pequeñas, conocimiento del significado de cada indicador y conocimientos básicos en informática.
	I.3. Formular, desarrollar y publicar una investigación realizada dentro del ámbito de la Atención Primaria.	Investigación en atención primaria de salud	1. Formulación de problemas de investigación científica según necesidades locales de salud. 2. Elaboración del diseño de la investigación científica según el problema definido. 3. Determinación de la metodología de acuerdo al tipo de investigación científica. 4. Procesamiento de los datos de la investigación según el método definido. 5. Obtención de las conclusiones de la investigación de acuerdo a los objetivos formulados. 6. Presentación del informe final de la investigación de acuerdo a normatividad vigente. 7. Difusión de los resultados de la investigación a través de los diferentes medios incluyendo la retroalimentación a la comunidad en donde se efectuó la investigación.

COMPETENCIA 6: Administra los servicios de salud de atención primaria en función a las necesidades y recursos disponibles

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	MÓDULOS	TEMAS
Administrar los servicios de salud de atención primaria en función a las necesidades y recursos disponibles	B.1. Contar con un marco general al equipo de salud, para enfocar las acciones de la estrategia de salud familiar. B.3 Conocer, divulgar y favorecer la adecuación a la realidad local de las diferentes políticas, normas y directrices que se aplican a la realidad de la Atención Primaria. B.4 Propiciar y conducir el cumplimiento de las diferentes políticas, normas y directrices que hayan sido adecuadas a la realidad de la Atención Primaria.	-Medicina Familiar y Salud Familiar -Atención Primaria - Atención Integral de Salud y Normatividad relacionada a la Atención Primaria	Módulo I: Bases de la atención	CB 1. Características de los sistemas de Atención Primaria de Salud y los Modelos de Atención Integral y Medicina Familiar en el Mundo. Evolución de la Medicina Familiar y la Atención Integral de Salud. 2. Conceptualización de salud. Determinantes de la Salud y su influencia en la atención integral. Integralidad de la Atención de Salud. Principios, estrategias y acciones de la Atención Integral. 3. Rol y habilidades del Médico Familiar y de los profesionales que ejercen la Salud Familiar y Comunitaria en el medio urbano y rural. 4. Papel de los profesionales de salud en la implementación de la atención primaria en salud, tanto en medio rural como urbano y con enfoque intercultural. 5. Principios de la medicina familiar y de la atención primaria en salud: primer contacto, integralidad, longitudinalidad y coordinación. 6. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en nuestro país. Atención Integral de Salud; Valores y Principios. Interculturalidad. 7. Normas y Directrices de la Atención Integral y la Atención Primaria en el Perú. Lineamientos de Política Sectorial. Lineamientos de gestión. Guía de Operativización del MAIS. 8. Modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y equipo de salud, tanto en medio rural como urbano. 9. Legislación relativa a su puesto de trabajo y categoría profesional. 8. Estructura (organigrama) y funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja. TP1 1. Organización y adecuación de los procesos según la guía de operativización del MAIS. 2. Implementación del sistema de registro HIS y del sistema comunitario de seguimiento. Ficha familiar.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	MÓDULOS	TEMAS
				3. Historia clínica por etapa de vida. Sectores. Fichas de seguimiento. 4. Registros de riesgos individual, familiar y comunal y otros formatos que contribuyan a implementar la normatividad vigente para la Atención Integral de Salud.
	C.5. Diseño y formulación de programas con participación de la comunidad, y participación de todos los sectores y actores sociales.	Trabajo en la Comunidad - Conceptos generales Planificación, monitoreo y evaluación de actividades en la Comunidad	Módulo II: Acciones a la Comunidad	1. Diseño de programas comunitarios: priorización y definición de objetivos. Planificación participativa local. 2. Recursos comunitarios disponibles, utilidad práctica y favorimiento de su desarrollo. Articulación con organizaciones de base e instituciones intersectoriales. 3. Formación de Promotores de Salud. Instrumentos y metodología.
	E.1. Reorganizar los servicios para la Atención Integral en Salud , optimizando los recursos existentes para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población adscrita.	Conceptos generales sobre las Acciones en el Establecimiento de Salud	Módulo V: Acciones en el Establecimiento de Salud	1. La respuesta social en salud. 2. Organización y adecuación de la infraestructura y procesos de atención, de tal manera que se pueda brindar los cuidados por etapas de vida. 3. Bases fundamentales de la gestión de la Atención Primaria. 4. Modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y equipo de salud, tanto en medio rural como urbano. 5. Importancia del Trabajo en Equipo en la Atención Primaria
	E.2. Consolidar grupos de trabajo para el perfeccionamiento de la Atención Primaria con un enfoque interdisciplinario y una adecuada dinámica de grupos, realizando una supervisión y asesoría constructiva para el equipo.	Educación para la salud		1. Acciones de sensibilización acerca de la salud y políticas sectoriales en autoridades, líderes, instituciones, ACS y miembros de la comunidad con un enfoque intercultural. 2. Educación para la salud en diversos escenarios según programas y normatividad vigente. 3. Desarrollo de programas de educación a la comunidad para el mejoramiento del medio ambiente de acuerdo a factores de riesgo encontrados.

COMPETENCIA 7: Se relaciona empáticamente y con compromiso con la persona, familia y comunidad e institución donde labora.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES	CONTENIDOS	TEMAS
Se relaciona empáticamente y con compromiso con la persona, familia y comunidad e institución donde labora	A.2. Emplear adecuadamente la entrevista clínica, examen físico y registro de datos.	Herramientas para la Atención Integral por etapas de vida	1. Fase social en desarrollo de Historia clínica orientada al problema y Registros Médicos. 2. Evaluación de expectativas del paciente. 3. Técnicas de información al paciente y su familia. Información de malas noticias.
	A.7. Negociación con el paciente y gestión del tipo de continuidad de la atención.	Herramientas para la Atención Integral por etapas de vida	1. Respeto a la autonomía del paciente, e incentivar su rol de decisor en sus conductas relacionadas a la salud y prácticas saludables. Ciclo de Protchaska y otros elementos para influir en la adecuada decisión del paciente. 2. Plan propuesto, negociación de conductas factibles y compromiso de acción. Técnicas para incrementar la adherencia del paciente al tratamiento formulado. 3. Técnicas para incrementar los retornos al servicio para las consultas de control 4. Acciones esperadas por el paciente y la familia para incrementar la adherencia del paciente al tratamiento formulado y los retornos al servicio para las consultas de control
	E.7. Aplicar los principales enfoques conceptuales y herramientas metodológicas para mejorar la Calidad en los servicios de salud de Atención primaria.	Calidad en los servicios de salud de Atención primaria	1. Distribución de los recursos humanos de acuerdo a necesidades, para la atención integral de salud de las personas según normatividad vigente. 2. Desarrollo de estrategias de liderazgo en la conducción de la organización de acuerdo a políticas institucionales. 3. Evaluación de los planes ejecutados en reuniones participativas. 4. Determinación de las medidas preventivas y correctivas de las desviaciones o problemas analizados. 5. Vigilancia del comportamiento de los problemas de salud de acuerdo a normatividad vigente.

Anexo 2 - AQUÍ FALTA UN TÍTULO

1 ASPECTOS GENERALES

1.1 Antecedentes

En los últimos años se han ido consolidando diversas iniciativas orientadas a proveer cuidados de salud continuos e integrales a la familia, incluyendo a sus miembros sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo, actuando tanto en la persona como en su entorno familiar y comunidad, e integrando las ciencias biológicas, sociales y de la conducta.

La presente búsqueda bibliográfica compendia los hallazgos encontrados al revisar literatura diversa relacionada a la formulación del Programa Integral de Formación en Salud Familiar. Algunas partes de este documento tratan sobre:

1.2 Metodología de la Búsqueda Bibliográfica

1.2.1 Estrategias de búsqueda

Se emplearon los principales buscadores, delineándose las mejores estrategias para cada uno. Algunos de los procesos fueron los siguientes.

Búsqueda en los principales Indexadores

- Google
- Google académico
- LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
- MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud
- Biblioteca Cochrane
- SciELO - Scientific Electronic Library Online
- ADOLEC - Salud en la Adolescencia
- BDENF - Base de Datos de Enfermería
- Directorio de la Red BVS

Definición de los principales descriptores DeCS/Mesh, habiéndose encontrado los siguientes contributorios:

Descriptores en español:

- Salud familiar
- Programa de salud familiar
- Programa Médicos Comunitarios
- Programa de reconversión de médicos generales
- Docencia y Formación en Atención Primaria
- Pregrado medicina familiar y comunitaria
- Pregrado enfermería
- Universidad medicina familiar y comunitaria.

- Universidad enfermería
- Formación médica continuada medicina familiar y comunitaria .
- Formación enfermera continuada España
- Unidades docentes medicina familiar.
- Docentes universidad medicina familiar.
- Especialidades enfermeras salud familiar.

Descritores em português

- Equipe de Assistência ao Paciente,
- Programa Saúde da Família
- Atenção Primária à Saúde

Keywords

"Teaching"[MeSH]

"Education, Medical, Continuing"[MeSH]

"Education, Nursing, Continuing"[MeSH]

"Primary Health Care"[MeSH]

"Physicians, Family"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH] OR

"Community Health Nursing"[MeSH] OR "Family Nursing"[MeSH])

"Schools, Medical"[MeSH]

"Teaching Materials"[MeSH]

I.2.2 Resultados de la búsqueda

A continuación se presentan los resultados generales al introducir los keywords seleccionados. Es importante mencionar que el número de registros representa los valores brutos obtenidos al introducir los descriptores en los diferentes buscadores. Posteriormente, usando los propios ingenios de búsqueda se combinaron descriptores para alcanzar números de referencias más manejables, y en base a ellos iniciar la búsqueda manual y el fichaje respectivo.

Los registros encontrados y la elaboración de las bibliografías, han sido trabajadas empleando el Software especializado en bibliotecología: Reference Manager v12.

SALUD FAMILIAR

Google: 6 090 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 186 000 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "Programa de salud familiar" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (441 Resultado)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (441)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (138 Resultado)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia (13)

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (38)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (79)

PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

Google: 337 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 19 300 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "programa de salud familiar" y seleccionar "Programa de salud familiar" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (1382 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (1322)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (4)

Biblioteca Cochrane (3)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (15 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia (207)

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (1821)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (188)

PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS - SALUD FAMILIAR

Google: 299 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 15 200 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "Programa médicos comunitarios" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (316 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (177)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (316 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia (34)

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (620)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (17)

PUBMED: programmes community doctors: 187

PROGRAMA DE RECONVERSIÓN DE MÉDICOS GENERALES

Google: 189 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 5 780 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "Programa de reconversión de médicos generales" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (0 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (0)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (0 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (0)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

DOCENCIA Y FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA - SALUD FAMILIAR

Google: 265 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 14 000 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "docencia y formación en atención primaria" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (19 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (19)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (19 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (25)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

Directorio de la Red BVS (0 Resultado)

LIS- Catálogo de sitios en salud (Resultado)

PUBMED: education in primary care: 25 837

PREGRADO POSTGRADO - MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Google: 13 800 en español, inglés y portugués

Google académico: 1 940 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "Pregrado medicina familiar y comunitaria" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (389 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (14)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (1)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (390 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (25)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

PUBMED: formation in family and community medicine: 387

PREGRADO ENFERMERÍA

Google: 91 300 en español, inglés y portugués

Google académico: 4 150 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "pregrado enfermería" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (287 Resultado)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (65)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (290 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (95)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (17)

UNIVERSIDAD - MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Google: 313 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 14 800 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "universidad medicina familiar y comunitaria" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (43 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (25)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (43 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia (13)

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (44)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

Directorio de la Red BVS (Resultados)

LIS- Catálogo de sitios en salud (0 Resultado)

UNIVERSIDAD ENFERMERÍA - SALUD FAMILIAR

Google: 2 000 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 14 000 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "universidad enfermería" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (769 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (402)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (374)

Biblioteca Cochrane (2)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (772 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (44)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA - MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Google: 90 100 en español, inglés y portugués

Google académico: 11 100 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "formación médica continuada medicina familiar y comunitaria" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (5 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (0)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (5 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (5)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

FORMACIÓN ENFERMERA CONTINUADA - SALUD FAMILIAR

Google: 1 430 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 13 200 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "formación enfermería continuada España" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (0 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (0)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (0 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (0)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

PUBMED: nursing education continuing: 13 832

UNIDADES DOCENTES MEDICINA FAMILIAR

Google: 175 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 15 100 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "Unidades docentes medicina familiar" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (6 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (1)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (1)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (6 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (0)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (1)

DOCENTES UNIVERSIDAD MEDICINA FAMILIAR

Google: 272 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 14 900 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "docentes universidad medicina familiar" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (7 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (6)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (7 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (8)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (1)

ESPECIALIDADES ENFERMERAS - SALUD FAMILIAR

Google: 6 090 000 en español, inglés y portugués

Google académico: 10 700 en español, inglés y portugués

Portal de la UPCH , REPEBIS, búsqueda vía descriptores DeCS/Mesh, luego ingresar "salud familiar" y seleccionar "especialidades enfermeras medicina familiar" para la búsqueda

Ciencias de la Salud en General (16 Resultados)

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (2)

MEDLINE - Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (0)

Biblioteca Cochrane (0)

SciELO - Scientific Electronic Library Online (0)

Áreas Especializadas (16 Resultados)

ADOLEC - Salud en la Adolescencia ()

BBO - Bibliografía Brasileña de Odontología (2)

BDENF - Base de Datos de Enfermería (0)

PUBMED. Con límiltes: **Humans, English, Spanish, Portuguese**

"Teaching"[Mesh]: 36 175

"Education, Medical, Continuing"[MeSH]: 9414

"Education, Nursing, Continuing"[MeSH]: 12 169

"Primary Health Care"[MeSH]: 43 555

"Physicians, Family"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH] OR

"Community Health Nursing"[MeSH] OR "Family Nursing"[MeSH]): 8 474 397

"Schools, Medical"[MeSH]: 6 534

"Teaching Materials"[MeSH]: 45 155

"Family physicians" [MeSH]: 27 238

"Family health" [MeSH]: 123 315

"Continuity of Patient Care" [MeSH]: 9577

"Care teams, health" [MULTI]: 39167

II. LA PRÁCTICA DE LA SALUD FAMILIAR

II.1 Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar

Antes de pasar a definir el concepto de Salud Familiar es importante abordar otros conceptos relacionados como los que se muestran a continuación:

Atención Primaria de Salud

Existen diversos modos de conceptuar la Atención Primaria (AP) de Salud. Como un nivel de complejidad de servicios, haciéndola equivalente a un primer nivel de atención, como un paquete de servicios, o finalmente como una estrategia para lograr un conjunto de resultados sanitarios *{Organización Panamericana de la Salud, 2007; Starfield, 2004}***.**

El concepto originalmente más consolidado de AP fue aquel promovido en la conferencia de Alma Ata *{Organización Mundial de la Salud, 1978}* y que alcanzó relevancia durante la década de los 80, siendo la bandera para un conjunto amplio de iniciativas **[[30]]**.

No obstante, particularmente en los países de Europa, la AP ha sido considerada como el conjunto de elementos relacionados al espacio donde se operativiza la puerta de entrada al sistema de salud —denominado primer nivel de atención— y sus atributos relacionados *{Organización Panamericana de la Salud, 2007}* [31]. Estos atributos han sido ampliamente descritos por los trabajos de la Dra. Starfield como el primer contacto, la longitudinalidad o continuidad, la integralidad o integridad, la coordinación entre niveles y otras características relacionadas *{Starfield, 1992;Starfield, 2004;Starfield, 2005}* [[32]].

Una de las definiciones más completas al respecto es la del Institute of Medicine (IOM) norteamericano que afirma que la AP es:

"La provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad" *{Institute of Medicine, 1994}.*

En años recientes, la AP ha vivido una revigorización en los diferentes organismos internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud y diversos fondos de las Naciones Unidas, los cuales la proponen como una estrategia útil para alcanzar los objetivos del milenio. Los dos más recientes desarrollos en este sentido fueron la conferencia, denominada "Buenos Aires 30 /15: de Alma-Ata a la Declaración de los objetivos del milenio: Derechos, hechos y realidades", y el Informe sobre la salud en el Mundo del año 2008 cuyo título es "La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca" *{Organización Mundial de*

---

[30] Definición de AP en Alma Ata: "Una atención a la salud esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente comprobadas y socialmente aceptadas, garantizando la participación de todos los estratos sociales, a un costo que el país y las comunidades puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo, y con espíritu de autorresponsabilidad y determinación" *{Organización Mundial de la Salud, 1978}.*

[31] "En Europa y otros países industrializados se ha considerado la AP principalmente como el primer nivel de servicios de salud para toda la población... En el mundo en vías de desarrollo ha sido sobre todo selectiva, concentrando sus esfuerzos en unas pocas intervenciones de gran repercusión dirigidas a las causas más prevalentes de la mortalidad infantil y a algunas enfermedades infecciosas. *{Organización Panamericana de la Salud, 2007}.*

[32] "Históricamente, la atención primaria se ha definido por el médico que la ejerce e incluso hoy en día se describe con frecuencia como la atención de salud que ofrecen los médicos generales o médicos de familia. El problema de esta definición radica en que el modelo de la atención primaria es el que describe le ejercicio profesional de la medicina de familia. Dado que este puede variar de un lugar a otro y entre diferentes países, se precisa una alternativa mejora para especificar sus funciones. [Por ellola atención primaria es mejor definida por…] los cuatro elementos estructurales (accesibilidad, variedad de servicios, definición de la población, continuidad), los dos de proceso (utilización, identificación de problemas) y la consecución de los atributos de la atención primaria (primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación)" *{Starfield, 2004}.*

la Salud, 2008;Organización Mundial de la Salud, 2007;Organización Panamericana de la Salud, 2007;Borrell, 2008 135}.

El respaldo mayoritario para la AP como un sistema que puede contribuir, entre otros grandes logros a cumplir los objetivos del milenio, deviene de que, según algunos estudios pioneros de la Dra. Barbara Starfield ―quien propuso una definición y un modelo de evaluación para este ámbito― *{Starfield, 1992;Starfield, 2005}* y otros múltiples autores *{Kalucy, 2009;Macinko, 2009;PHC RIS Research Team, 2009}*, existe una mayor costo-efectividad en los Sistemas de Atención Primaria de Salud.

En tales circunstancias, la Atención Primaria, y especialmente aquella ejercida en el primer nivel de atención, no puede ser apenas una atención mínima para personas de escasos recursos, con incapacidad estructural para responsabilizarse por algo más que la demanda espontánea. No puede continuar como un nivel sin la amplitud de servicios requeridos para satisfacer las necesidades básicas de salud de su población, ni la complementariedad con otros niveles de atención necesarias para las circunstancias en las cuales ellos no tengan la complejidad suficiente para atender al usuario. Todo lo contrario, estos sistemas deben efectivamente garantizar una atención eficaz en el primer nivel de asistencia más accesible posible a la población, con una adecuada continuidad e integralidad de la atención, además de la coordinación de la asistencia dentro del propio sistema, una provisión de la atención centrada en la familia, y una orientación y participación comunitaria y con competencia cultural de los profesionales *{Rohde, 2008;Sachs, 2001;Sox, 2009}* [[33]].

A la luz de todas estas definiciones, Atención Primaria es la confluencia entre un espacio organizativo (primer nivel de atención y con frecuencia también parte del segundo) sus procesos desarrollados de su jurisdicción (prestación, gestión, coordinación con los otros niveles), y los recursos (humanos, materiales y financieros) que operan en dicho marco, tal y como se infiere de las apreciaciones de una mesa de expertos en el área *{Lee, 2008}* [[34]].

Atención Integral de Salud

La atención integral, desde hace mucho tiempo atrás ya había sido descrita en la literatura especializada en MF como el conjunto de procesos por el cual se brinda cuidado integrado y completo a la persona como un ser biopsicosocial, dentro del contexto de su familia y comunidad *{Geyman, 1971}*.

Para poder entender la atención integral es necesario comprender el modelo biopsicosocial y sus diferencias con el modelo biomédico vigente *{Vargas, 1997}*.

El modelo biomédico, imperante desde fines del siglo XIX, afirma que el ser humano es como una máquina compuesta de piezas, de modo que al descomponerse una pieza, la habilidad para curar se basará en la capacidad para identificar la pieza estropeada y llevarla a su estado inicial o al mejor posible. El buen funcionamiento de la pieza restablece el adecuado funcionamiento del organismo [[35]]. Contrariamente, el modelo biopsicosocial indicaba que las esferas biológica, psicológica y social del ser humano están íntimamente relacionadas, y por ello deben ser manejadas integralmente, dado que el mal funcionamiento de una pieza podría indicar un

---

[33] "La evidencia demuestra que cuanto más fuerte es la atención primaria en un país, mejor es la clasificación en la valoración global de los resultados para diversos indicadores sanitarios, inversamente para el gasto sanitario global (mayor costo-efectividad) y también tenia relación con el ejercicio profesional en atención primaria" *{Starfield, 2005}*.

[34] En esta mesa de expertos los Dres. Lee, Treadway, Bodenheimer, Goroll, Roland y Starfield debaten sobre la Atención Primaria refiriéndose desde diferentes perspectivas pero todas concordantes con un plano organizativo, y no filosófico, como solía reportarse en los documentos originales de la Organización Mundial de la Salud *{Lee, 2008}*.

[35] "Algunas características del modelo biomédico son:

Se basa en una concepción patologicista (Enfermedades como entidades existentes. Con vida propia). Es reduccionista (reduce eventos complejos a sus componentes elementales). Es curativo (Lucha cointra la muerte). Es objetivo (Busca liberarse de toda subjetividad, incluyendo la interacción humana). Basada en la división mente/cuerpo. Basada en un diagnóstico biológico. Basada en territorios. Es intolerante a la incertidumbre" *{Vargas, 1997}*

problema en cualquier otro componente del sistema que afecta al organismo *{Vargas, 1997}*. Esta concepción tiene relevancia práctica para la MF en los dos momentos cruciales del acto médico: el diagnóstico y la terapéutica. Así, el modelo biopsicosocial orienta al médico a no considerar como posibilidad única o máxima de diagnóstico a los problemas estrictamente biológicos, evaluando con semejante intensidad tanto las posibilidades biológicas como las psicosociales, y no necesariamente esperando a descartar todas las potenciales afecciones físicas antes de explorar la esfera psicosocial. En el tratamiento, al emplear el modelo biopsicosocial, el médico debe reconocer y confiar en el potencial terapéutico de aproximaciones no farmacológicas, de las cuales la más poderosa puede ser simplemente conversar con el paciente, y si está bajo gran tensión emocional dejar que se desahogue expresando su ira o su tristeza *{Balint, 1961}*. La posibilidad de confortar emocionalmente al paciente, ya sea individualmente o a través de una interacción modificadora con su familia, debe ser independiente del diagnóstico al que se llegue [[36]].

La integralidad de la atención, exige universalidad en el acceso, equidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, participación y promoción de la ciudadanía, descentralización y un manejo intersectorial de los problemas de salud, entre otros. Dentro de este marco se destaca el impulso a la calidad de la atención primaria (eficiencia, eficacia y efectividad) *{Reerink IH, 1996;Urquiza R, 2009}* [[37]].

Como parte de la reforma prestacional de salud que se propone en el Perú, se ha desarrollado el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando de manera coherente, garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud dentro del marco de políticas del Ministerio de Salud *{Perú Ministerio de Salud, 2003 26 /id}*. Esta formulación de avanzada, dentro del marco de las reformas sanitarias en los países del continente, busca constituir un modelo de atención de salud que trascienda los modelos convencionales que están centrados en el análisis de la oferta de servicios, y no en la demanda, o que no dan cuenta de factores estructurales de los sistemas de salud. Por el contrario, busca afinar la interacción entre la oferta y la demanda o uso de los servicios, para idealmente, responder a las necesidades, expectativas y requerimientos de salud de las personas. Según su formulación original, el modelo de atención de salud debe condicionar el desarrollo del modelo de organización y gestión de los servicios, para finalmente consolidar la oferta de una atención integral [[38]].

Para el MAIS, la persona se constituye en el centro del modelo, siendo reconocida en su multidimensionalidad como ser biopsicosocial. Se le aborda por etapas de vida en lo referente a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Se le garantiza la continuidad en la atención, entre los servicios y establecimientos (referencia y contrarreferencia) y, también, la universalidad en el acceso, equidad, eficiencia y respeto a sus derechos *{Perú Ministerio de Salud, 2003}*.

---

[36] "La discusión reveló… que la droga más frecuentemente utilizada en la práctica general era, con mucho, el propio médico, es decir, que no sólo importaban el frasco de medicina o la caja de píldoras, sino el como el médico las ofrecía al paciente…".

"…Ocurre con bastante frecuencia que la relación entre el paciente y su médico es tensa, incómoda y aún desagradable. En estos casos pues la droga llamada "doctor no produce los efectos esperados"*{Balint, 1961}*.

[37] "La apuesta por la calidad se basa en trabajar todos los aspectos o dimensiones que definen la calidad asistencial, en un contexto complejo y cambiante, donde intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes, actuando en tiempos distintos con un objetivo final común: dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población. Las principales líneas de acción propuestas en la Declaración de Sevilla para mejorar la calidad se agrupan en las siguientes áreas: Fortalecimiento Organizacional, Mejoramiento Profesional, Participación Social, Monitoreo de la Calidad, entre otras" *{Urquiza R, 2009}*.

[38] "Se entiende la Atención Integral de Salud como: la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad."*{Perú Ministerio de Salud, 2003}*

De acuerdo a los documentos normativos del MAIS, se deben organizar los servicios para brindar atención a la familia, entendida, más allá del concepto de la suma de sus miembros. La comunidad y el entorno se consideran también parte importante de la realidad de las personas. El modelo requiere, para su viabilización, de la participación y promoción de la ciudadanía, de la descentralización y de un abordaje intersectorial *{Perú Ministerio de Salud, 2003}* [[39]].

Medicina Familiar como Especialidad

En 1986 la Sociedad Americana de Medicina Familiar adoptó la siguiente definición: "La Medicina Familiar es la especialidad a la cual concierne la salud total del individuo y su familia, dentro de ella se integran las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. La visión de la Medicina Familiar no se limita por la edad, sexo, sistema de órganos o tipo de enfermedad del paciente" *{Ceitlin, 1997}*.

Para captar el valor de la MF como especialidad, es necesario entender que, como tal, tiene los mismos componentes que las otras especialidades. Es decir:

- Un objeto-sujeto de trabajo, que es el foco de la atención de la especialidad. Mientras que la cardiología trabaja sobre el corazón y aparato cardiovascular, la Medicina Familiar se centra en la persona en el contexto de su familia y comunidad.
- Una disciplina, que es el cuerpo de conocimientos que la especialidad usa cotidianamente. En el caso de la Medicina Familiar, es lo que le posibilita estudiar a la persona integral y a su contexto familiar y comunitario.
- Una práctica (practice), que es el modo como socialmente nos organizamos para poder ejercer nuestra especialidad.

El objeto de la especialidad de la MF puede parecernos extraño ya que estamos acostumbrados a que sea un órgano (corazón, riñón, etc.) que focaliza la acción especializada. Al final, existe la idea generalizada de que especializarse significa renunciar al todo para quedarnos con una parte en la que nos hacemos expertos. Sucede que a diferencia de las otras especialidades lineales que abordan el 100% de los trastornos y problemática relacionados al órgano que constituye su objeto-sujeto de acción, la medicina familiar es transversal, y aunque sólo aborde el 10-30% de los problemas y diagnósticos más frecuentes relacionados a cada órgano, con ello puede resolver hasta el 90% de la demanda que normalmente acude al primer y segundo nivel de atención, e incrementar la salud de las familias que están a su cargo a través de una adecuada prevención y promoción *{Yen, 1995;Gallo, 1998}*. Además puede ver las relaciones entre estos problemas "que tejen a la persona como un ser integro", y entre esta persona, su familia y comunidad "que tejen a la sociedad en su conjunto". Ellos constituyen las piezas fundamentales de los pilares básicos de la MF *{Sloane, 1988}*[[40]].

---

[39] Dentro del MAIS "Los problemas de salud son asumidos desde una comprensión amplia y compleja. Por ello se procura el abordaje intersectorial, vinculando las intervenciones de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte, etc. y los gobiernos locales, como una forma de responder a las causas de los problemas de salud y no sólo a sus efectos… La atención integral en salud supone que las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación son ofrecidas de manera integrada. Por ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos)." *{Perú Ministerio de Salud, 2003}*

[40] Los pilares básicos de la MF, sobre los cuales los médicos familiares construyen su especialidad, son mostrados a continuación:

"-Continuidad: Los especialistas en Medicina Familiar brindan cuidado al individuo y sus familias durante un periodo de tiempo, comprometiéndose con la salud de las familias a su cargo. Ello permite que, sin importar la naturaleza o estadio de los problemas o enfermedades que afecten a las personas a su cargo, los médicos familiares hagan un seguimiento del proceso salud-enfermedad, integrando todos sus aspectos en un esquema longitudinal.

- Integralidad: El usuario es visto no sólo desde una perspectiva biológica, sino también social y psicológica, en el contexto de su familia y su comunidad, y considerando todos estos factores en su diagnóstico y plan terapéutico.
- Coordinación del cuidado: El especialista en Medicina Familiar funciona como el orquestador del cuidado al paciente, el cual identifica las necesidades y guía al paciente a través del servicio de salud. Este profesional establece el tratamiento adecuado de las dolencias individuales o familiares, y coordina los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

En secciones siguientes analizaremos la disciplina y la práctica de la Medicina Familiar.

Médicos Familiares, Médicos de Familia o Especialistas en Medicina Familiar

Los especialistas en Medicina Familiar (MF) son médicos de AP, cuya formación de postgrado se centra precisamente en las necesidades de salud que pueden presentarse en pacientes de cualquier edad, en el contexto de la comunidad y que necesariamente acuden a los servicios de este nivel de atención *{Ceitlin, 2005;Irigoyen, 2006}* [[41]].

Un médico familiar debe estar preparado para *{Barruto, 1998;Saura, 1996;Simó Miñana, 2002}*:

- "Prestar atención medica integral a niños, adolescentes, mujeres embarazadas y otros grupos poblacionales mediante acciones de promoción del individuo, la familia y la comunidad.
- Detectar las afectaciones negativas del ambiente y del hombre mismo.
- Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública.
- Participar activamente en la información necesaria a la población y en la educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Aplicar el método científico al diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad." [[42]].

El médico familiar es un recurso óptimo para la AP por su experiencia invalorable en presentaciones clínicas tempranas y sus habilidades médicas variadas y numerosas, habiendo sido propuesto como el personal idóneo para conducir los equipos básicos de salud familiar en el Perú *{Perú Ministerio de Salud, 2003}* [[43]]. Además por los cuidados longitudinales prestados, y su compromiso más allá del problema que lleva al paciente a la consulta, el médico familiar adquiere información del contexto de la persona y familia, así como de los múltiples problemas que haya padecido en su vida, que puede integrar a su conocimiento

---

- Comunidad: Los especialistas en Medicina Familiar ejecutan tanto diagnósticos comunales como ayudan a movilizar los recursos de la población para resolver sus problemas y necesidades.
- Orientación a la familia: Los especialistas en Medicina Familiar trabajan con las familias como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud. El trabajo de los especialistas en Medicina Familiar debe contribuir a adaptar las familias a las predecibles transiciones en su ciclo vital y a superar el impacto que las enfermedades de sus miembros puedan tener en las familias, así como sus posibles características disfuncionales.
- Prevención: El especialista en Medicina Familiar reconoce y encara los factores de riesgo, contribuyendo a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. Adicionalmente, retarda o evita las complicaciones de las enfermedades, particularmente las crónicas, y promueve estilos de vida saludables. Para ello combina las medidas preventivas convencionales con una acción anticipatoria que permita una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con la prevención" *{Sloane, 1988}*.

[41] "Desde un punto de vista teórico, los conocimientos y habilidades de los médicos de atención primaria son diferentes de los de los especialistas. Los médicos de atención primaria deben tolerar la ambigüedad, puesto que se encontrarán con muchos problemas que nunca podrán etiquetar con un diagnóstico… responder a problemas para los cuales no existe un trastorno biológico plausible. También deberán ser capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo, aun cuando su etiología a patogenia no estén relacionadas" *{Starfield, 2005}*.

[42] Algunos aspectos de estas competencias son ampliados en las secciones III.1 y III.2.

[43] ""El elemento clave para garantizar la implementación del Modelo de Atención Integral son los recursos humanos, los cuales deben contar con las competencias necesarias para ofrecer los cuidados esenciales y conducir las acciones estratégicas que se requieren para el logro de los objetivos del modelo. Dentro de la profesión médica, el profesional más idóneo para desempeñar este papel es el Médico General Integral/Familiar, el cual se constituye en el recurso fundamental de la prestación en el primer y segundo nivel de atención. En consecuencia, el Sistema de Salud debe hacer todos los esfuerzos para desarrollar un contingente de profesionales con esta especialización, así como promover que las otras ramas profesionales desarrollen en sus miembros este tipo de competencias" *{Perú Ministerio de Salud, 2003}*.

clínico, y así cumplir más fácilmente su objetivo de cuidar la salud de las personas, familia y comunidad. Por otro lado, esta misma aproximación longitudinal posibilita que el médico familiar pueda emplear el tiempo como su principal herramienta diagnóstica, ya que un seguimiento estrecho permitirá discriminar oportunamente los problemas banales de aquellos importantes *{Gallo, 1998}*.

Otras Ramas profesionales y la Medicina de Familia

Es importante remarcar que si bien la Medicina Familiar surge como una especialidad exclusivamente del ámbito de los profesionales médicos, con el desarrollo de los equipos de Salud Familiar y Atención Integral de Salud, esta se viene adaptando a las diferentes ramas profesionales que conforman los equipos que trabajan en el primer nivel de atención, existiendo en diversas realidades especialidades complementarias a las de los médicos familiares, como por ejemplo las enfermeras especializadas en Salud Familiar, los terapeutas físicos especializadas en Salud Familiar, entre otros *{Universidad Nacional Autónoma de México, 1998;Paiva M., 2002}* 44.

Al analizar la bibliografía existente puede apreciarse que aunque no hay unanimidad sobre el perfil profesional que el personal de dichas ramas profesionales debería asumir en relación a la Medicina de familia, hay unanimidad en la necesidad de repotenciar el equipo de salud, dándole un espíritu multidisciplinario con una mayor amplitud de ramas profesionales participantes *{Corrales, 2000;Machado, 2000;Martínez-Ros MT, 1996;Molina, 1996}*.

Algunas de las potencialidades que estos profesionales, miembros no-médicos de los equipos de salud han desempeñado en otras experiencias, han sido las de trabajar en una de tres funciones en relación a los médicos. La primera sería una función sustitutiva, es decir que tenga capacidad de prestar servicios que habitualmente son ofrecidos por los médicos, aunque con mayores posibilidades de éxito. La segunda sería una función complementaria, cuando aumentan la efectividad de los galenos al realizar tareas que ellos sólo acometen parcialmente por sus múltiples ocupaciones, o connotaciones desagradables para el gremio médico. La última sería la función suplementaria, en la cual asume parte de las tareas técnicas habitualmente encargadas a un médico, bajo supervisión de este *{Starfield, 2004}*. Si bien este es aun un terreno en el cual hay mucho por decidir, el sano debate entre los roles que los profesionales de la Atención Primaria deben cumplir para desempeñarse adecuadamente en los equipos básicos de salud, y el desempeño del propio médico en relación a estos miembros importantes de los equipos es largamente necesario *{Harris, 1998}*.

De lo que queda poca duda, es que más allá de las adaptaciones que deban ser realizadas para que los equipos sean realmente multidisciplinarios y con participación de las diferentes ramas profesionales, todos ellos deben estar unidos por los mismos principios y valores que alientan a los médicos familiares a ejercer su rol en la sociedad *{National Association of Community Health Centers, 2008}* [45].

---

44 "En la práctica, son pocos los médicos que trabajan solos la mayoría trabaja, al menos, con otra persona, no médico, que trata con los pacientes en la consulta. Algunas de estas personas simplemente reciben a los pacientes… otros realizan trabajos que es poco probable que un médico haga bien o que tenga interés en hacer. Por ejemplo, las enfermeras efectúan visitas domiciliarias para ayudar a valorar el problema de un paciente, para ayudarle a llevar un régimen médico o para solucionar algún problema social que interfiere con el tratamiento médico." *{Starfield, 2004}*.

45 "Los médicos de familia están unidos por creencias compartidas. Valoran la continuidad de kla asistencia del individuo y la familia como algo beneficiosos para… un proceso eficaz para la prestación de asistencia. Esta continuidad permite al médico de familia mejorar sus conocimientos sobre el paciente cada vez que éste le visita en su consulta. La atención integral es un principio importante de la práctica… e incluye una asistencia completa a ambos sexos y a todas la edades "desde la concepción hasta la resurrección"... Por último, el abordaje centrado en la familia ha sido la piedra angular de la medicina familiar, y cada vez se reconoce mas que nuestro concepto de familia incluye unidades diversas." *{Taylor, 2007a}*.

Medicina Familiar como Disciplina

Para poder cumplir con sus objetivos, la MF requiere de una disciplina académica que sistematice los diferentes contenidos y habilidades que el proveedor de salud debe manejar para tener las competencias necesarias para realizar una práctica con las características ya definidas para la especialidad. El ingles es más explicito al hacer la diferencia entre especialidad y disciplina y emplear para ésta última el término Family Medicine. De este modo, la disciplina de la MF está constituida por conocimientos, destrezas y actitudes que los residentes y postgraduandos deben recibir durante su entrenamiento para ejercer profesionalmente como verdaderos médicos familiares y que está presente en la diversidad de libros de texto clásicos de la especialidad *{McWhinney I, 1995;Medalie, 1978;Rakel, 1995;Rubinstein, 2003;Taylor, 2007a;Taylor, 2007b}*. La disciplina de la MF, en su acepción más completa, contiene el cuerpo de conocimientos necesario para conseguir un adecuado mantenimiento de la salud y resolución de los problemas frecuentes en los individuos, familias o comunidades, tomando en cuenta su contexto social, ayudando a implementar los atributos básicos de la AP como son la continuidad, acción anticipatoria e integralidad de la intervención, y habilitando al profesional para proveer cuidados de salud en el contexto de la familia y comunidad, a toda la población, sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo. Conceptos todos ellos forjados por los pioneros de la especialidad y que mantienen su vigencia *{Jones, 2003;Stewart, 2004}*.

Aunque esta disciplina se nutre de múltiples ramas de las ciencias clínicas y de la salud pública, así como de los campos de la terapia y asistencia individual y familiar, ella también ha generado sus propios conceptos e instrumentos como los relacionados al estudio e intervenciones de la familia en la atención primaria, los cuidados de la salud a través del ciclo de vida, entre otros. En alguna medida, en la MF somos semejantes a otros especialistas, por ejemplo el nefrólogo, que requiere saber la anatomía e histología del riñón, la clínica de las enfermedades renales, la farmacología de los medicamentos que emplea, etc. y sólo una fracción de dichos conocimientos que constituyen su disciplina, fueron producidos por nefrólogos.

La Práctica de la Medicina Familiar: Modelos basados en Médicos de Familia

Como ya se dejó entrever, la MF puede ser considerada como una especialidad constituida por dos elementos centrales: la Medicina Familiar-disciplina y la Medicina Familiar-práctica. La disciplina está constituida por el conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes que los residentes o post-graduandos deben recibir durante su entrenamiento para luego desempeñarse como verdaderos médicos familiares durante su ejercicio profesional.

Por su lado, la Medicina Familiar-práctica está relacionada a todos aquellos elementos organizativos que se requieren para el ejercicio del profesional en la población y que determinan sus roles laborales. Estos roles que desempeña el especialista en MF, aunque inspirados en una disciplina común a la especialidad, pueden ser muy diferentes de país a país o entre ámbitos rurales y urbanos. A estos roles diversos que constituyen el ejercicio profesional cotidiano del médico familiar y de las unidades de provisión de servicios en las que trabaja, se les denomina en algunas realidades "Modelos basados en Médicos de Familia", y en términos académicos se les conoce como la práctica del médico familiar (por la denominación anglosajona practice, de donde viene el término inglés Family Practice). Esta práctica, inherente al modelo de salud en el cual el médico se desenvuelve íntimamente relacionada a la organización del sistema de AP en su escenario. para realmente denominarse como basada en la MF se debe adecuar a los principios reconocidos para la MF, desde hace tiempo definidos *{McWhinney I, 1995}* [46].

[46] Los principios de la MF según fueron propuestos por McWhinney en 1981 *{McWhinney I, 1995}* son los siguientes

Aunque varía notablemente entre realidades, es común que los Modelos basados en Médicos de Familia tengan las siguientes características:

Énfasis en cuidado ambulatorio: Estos modelos tienen como primera tarea contraponer al tradicional enfoque hospitalocéntrico y basado en subespecialistas, el trabajo con unidades de provisión de servicios eminentemente ambulatorio centrado en profesionales generalistas o especializados en el trabajo en AP.

Territorio definido/Adscripción territorial: Cada unidad de provisión de servicios inicia sus labores al asignársele ámbitos geográficos bien definidos. Circunstancialmente la definición territorial puede imbricarse con la de familias cuando se trata de sistemas basados en la seguridad social.

Población-Familia: Cada unidad de provisión de servicios se hace cargo de un determinado número de familias, y no de personas individuales, por lo que debe establecerse un vínculo estrecho proveedor-persona-familia *{Mull, 2004}*.

Necesidades de salud de la población: Cada unidad de provisión de servicios se responsabiliza por resolver hasta el 90% de las necesidades de salud de su población asignada, independientemente del órgano o sistema que afecte. Solo refiere al nivel superior aquellos problema cuya tecnología o especificidad en el manejo lo hacen necesario.

Readecuación cultural y orientación al usuario de la oferta: Dado que el foco de estos modelos son las necesidades de salud, es crucial privilegiar la interculturalidad y la atención centrada en la persona, como parte de esta formulación *{Suárez-Bustamante MA, 2008}*.

Cuidado más allá de los ambientes clínicos tradicionales: En estos modelos se tiende a perder las fronteras de los ámbitos de trabajo ya que además de los consultorios en las unidades de provisión de servicios, las familias son vistas tanto en sus domicilios como en locales comunales, y en algunos casos son acompañadas durante su estancia en los hospitales.

Decentralizacion de los servicios: Este tipo de modelo se basa en traer lo más cerca posible del usuario a los servicios de salud. Un ejemplo extremo de ello son los médicos de las 120 familias en Cuba, que se describe en una sección posterior.

Trabajo en equipos: Aunque la Medicina Familiar (una especialidad médica) impulsaba estos modelos, en todos ellos sin excepción se trabajaba con equipos ampliados que incluían otros profesionales de salud y personal técnico*{Hogg, 2008}*.

Enfoque de riesgos: Dado que las unidades de provisión de servicios se hacen responsables por todas las familias a su cargo, es necesario incorporar un enfoque que posibilite estratificar familias y enfocarse con mayor urgencia en las más vulnerables.

Cartera de servicios integral: Dado que las unidades de provisión de servicios se hacen responsables por todas las necesidades de salud en su ámbito, es importante un abordaje amplio biopsicosocial, que asuma tanto la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de los

---

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. El médico de familia ve a su práctica como una «población en riesgo».
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo entorno que sus pacientes.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
8. El médico de familia es gerente de recursos.
9. El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.

miembros de las familias a su cargo, alcanzando con ello una alta resolutividad *{Lewin S, 2008}*.

Capacidad de respuesta coherente con la cartera: El recurso humano que labora en estas unidades de provisión de servicios debe tener las competencias necesarias para poder realizar el abordaje amplio descrito en el párrafo anterior. En el caso del médico esto se adquiere con la especialidad de la MF, para los otros profesionales se han desarrollado especializaciones con un espíritu similar, las cuales se describen más adelante. Se debe insistir en la necesidad de que todas estas prácticas se asienten, dentro de lo posible en la Medicina Basada en Evidencias *{Sackett DL, 2000 }*.

Esquema de financiamiento que facilite el modelo: En estos modelos se privilegian esquemas alternativos de financiamiento como la capitación, que favorecen un abordaje integral, en vez del pago por servicio que propicia la fragmentación. El aseguramiento universal ha sido casi una constante en todos los modelos exitosos de este tipo *{Starfield, 2005}*.

Coordinación intersectorial y participación de la comunidad: Como el modelo se concentra no solo en la respuesta a la demanda espontánea, sino también en la prevención y promoción de la salud, es crucial la incorporación de otros sectores y de la comunidad, activamente en el abordaje de los problemas de salud {Longlett SK, 2001}.

Atención a las Familias o Atención Familiar

Existen múltiples definiciones de familia. Una definición ampliada especialmente útil define que la familia es un grupo de personas que interactúan en un mismo espacio para desarrollar funciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales básicas, y en el que sus miembros, de forma más o menos activa y espontánea, responden a un compromiso tácito o explícito de cuidado y protección económico-afectiva (nurture) *{de la Revilla, 1998; Rakel, 1995}*, aunque los documentos oficiales igualmente contemplan una definición bastante completa [[47]].

Podemos decir que la familia está constituida por los siguientes componentes *{Alegre-Palomino, 2006; de la Revilla, 1998}:*

Miembros Individuales: Las familias están constituidas por personas con necesidades de salud específicas para cada una de ellas

Vivienda y Entorno físico: Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario pueden representarles riesgos.

Grupo Familiar: La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo.

Así, existen varios modos de comprender la Atención a la Familia, dependiendo del grado de integralidad que se persiga. Más allá del enfoque que se asuma, lo importante es no dejar de

[47] En el documento del Modelo de Atención Integral se presenta una definición de familia bastante cercana en la práctica a la académicamente más aceptada:

"La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero" , por lo que es a ella la que se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país" *{Perú Ministerio de Salud, 2003}*.

insistir en que la AP es el escenario ideal para manejar diversos problemas de familia y los médicos familiares en particular, deben estar preparados para este abordaje *{Baird, 1997}* [[48]].

En el primer caso se puede tratar de una atención orientada a más de uno de los miembros por separado —ello es lo que lo separaría de la atención individual que se concentra en un solo miembro de la familia— y considerarse a esto Atención a la Familia. Si bien puede notarse que este enfoque es muy limitado, de hecho es uno de los más comunes que se encuentran —incluso puede referirse sólo a la atención combinada a alguno de los miembros, típicamente madre y niño— entre las intervenciones en el área.

Un segundo modo de valorar a la Atención a la Familia sería incorporar a los primeros dos componentes, incluyendo la salud de algunos o todos sus miembros, y el saneamiento básico, la prevención de accidentes desde el hogar, entre otros. Este enfoque es menos común, y se hace vigente especialmente en el caso de programas específicos frente a enfermedades infecciosas.

Por último, el enfoque más completo para la Atención a la Familia sería el que aborde los componentes anteriores y además realizar el abordaje de la familia como un todo *{de la Revilla, 1998;Taylor, 2007a}* [[49]]. Existen dos situaciones en las cuales se hace más evidente la necesidad de tratar con la familia para poder contribuir a mejora la salud de su paciente. En el primero la persona, que es el paciente real, requiere de potenciar a su familia como un recurso para mejorar su salud individual, Un ejemplo típico de este foco es el manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) en los cuales son necesarios cambios de comportamientos, ya sean en la dieta consumida, actividad física o acciones en cualquier otra esfera de la vida. En estos casos, el cambio individual se favorece grandemente con la acción colaboradora de la familia, favoreciendo la sostenibilidad de la adherencia a las recomendaciones. Por tal motivo, se recomienda convocar a la familia de los pacientes con una ENT, ofrecerles información detallada y comprometer su participación para, juntamente con el equipo de salud, modificar el entorno del paciente. Una lógica semejante se emplea cuando el objetivo es identificar contactos o potenciales infectados a partir del foco primario que es el paciente, por ejemplo en una enfermedad infecciosa, o cuando se trata de intervenir en la prevención de enfermedades que pueden afectar a varios miembros de la familia. En estos casos el médico familiar tiene la ventaja de conocer los riesgos y realizar diagnósticos tempranos, lo que implicaría una intervención oportuna. En todos estos casos, la consejería a la familia puede ser muy relevante para asegurar las medidas de control del problema individual .

En la segunda situación, identificamos que los problemas individuales del paciente se originan por un entorno que no favorece el desarrollo humano, crecimiento y desarrollo de los miembros de la familia, pues no puede cumplir adecuadamente con sus funciones fundamentales. Ante esta situación, es común que las quejas somáticas manifestadas por una persona, en realidad indican que la familia como un todo puede estar funcionando disarmónicamente. En estos casos, además de nuestro paciente individual, la propia familia, como un sujeto-objeto plural y de trabajo independiente, debe ser también nuestro paciente *{Mull, 2004}*.

Para este abordaje se requiere concretamente que el médico familia:

- Sepa manejar bien los elementos de la escuela sistémica para la orientación familiar, verificando la evolución de las familias, sus elementos y su funcionalidad, así como los

[48] Como menciona el Dr. Baird "…debemos reafirmar que un componente fundamental de esta especialidad es la comprensión de la influencia de los individuos sobre otros miembros y a menudo sobre toda la familia, y como las familias responden al estrés y tensiones precipitados por los cambios de los ciclos normales de la vida y o sucesos relacionados a la salud…".*{Baird, 1997}*.

[49] Otro modo de trabajar estos niveles de abordaje sería a través de los cinco niveles de reracionamiento con familias propuestos por los Dres. Doherty y Baird. "Cada nivel se construye sobre el nivel previo y avanza hacia interacciones crecientemente complejas… Estos son, un mínimo de reracionamiento, en el nivel uno, Ofrecimiento de información médicos y sugerencias, con iniciativas de colaboración con pacientes y familias, en el nivel 2, Nivel emocional y apoyo con comprensión del desarrollo normal y reacciones de la familia al estrés, en el nivel 3, Enfoque sistémico e intervenciones planificadas en el nivel 4, y Terapia Familiar en el nivel 5.

Sin embargo, el nivel de envolvimiento más apropiado para la mayoría de familias permanece entre los niveles dos y cuatro" *{Taylor, 2007a}*.

recursos con los que cuenta para una adecuada adaptación a los estresores esperados en su ciclo vital familiar.

- Sepa aplicar algunas pruebas diagnósticas de atención a la familia y según sus hallazgos definir tareas conjuntas y acciones modificadoras o movilización de los recursos familiares, orientándolos a mejorar la salud general del grupo familiar *{Yen, 1995}* [[50]].

Salud Familiar

A diferencia de los conceptos anteriores, que a pesar de pequeñas diferencias o adaptaciones particulares entre países, tienen un significado aproximadamente uniforme, ello no ocurre así con la Salud Familiar como se verá más adelante.

A continuación se trabajarán en primer lugar los significados relativamente comunes a este término, para luego tocar las diferencias particulares.

Las acepciones más comunes son aquellas relacionadas a la salud de los componentes de la familia. Así podemos ir desde las más simples como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1976:

"La salud familiar es la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia" {Organización Mundial de la Salud, 1976}.

Hasta otras más amplias y abarcativas como la de Gonzáles, quien define la salud familiar al partir de la búsqueda de un estado saludable de todos los componentes de la familia {González-Benítez I, 2000}:

"La salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación, donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia. La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros)" .

Todas estas acepciones, y otras semejantes [[51]] tienen en común que apuntan a la Salud Familiar como resultado o destino secundario a un conjunto de intervenciones o procesos no claramente descritos en la definición {Louro Bernal, 2005} [[52]].

Sin embargo, con notables acepciones entre una y otra realidad, existen otras llamadas a la Salud Familiar que no corresponden a un resultado, sino más bien a un medio para alcanzarla.

---

[50] "Las Familias en conflicto pueden tener formas colectivas de producir un "show" ilusorio y defensivo… La relación entre los miembros involucra algún tipo y grado de dar y recibir recíprocamente, el médico puede buscar los patrones específicos de este dar y no dar que cada paciente posee, para poder analizar la actividad estructurada en el sistema de cambios emocionales en la familia. Se puede observar la dinámica de la familia durante una entrevista o una sesión de consejo e identificar sus problemas y los recursos disponibles para resolverlos." *{Yen, 1995}*.

[51] Gonzáles, en su artículo cita a una definición Pérez desarrollada en 1977, la cual busca rescatar las diferentes vertientes de lo que significa salud familiar, aseverando que: "el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis" *{González-Benítez I, 2000}*.

[52] "La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, frontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad). Los problemas de salud familiar ejercen su influencia sobre la salud individual, determinándola a través de las prácticas saludables o patógenas seguidas por el grupo familiar. Un modo de vida familiar saludable promueve la salud de los miembros, mientras que un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia" *{González-Benítez I, 2000}*).

Esto es, como un conjunto de actividades para, en realidad, alcanzar la Salud Familiar. Así por ejemplo, en países desarrollados suelen usar la denominación Salud Familiar para referirse a planes de aseguramiento para la familia *{New York State, 2009*, así como a algunos mecanismos de información sobre prevención y promoción de la salud *{Centers for Disease Control and Prevention, 1996;The Harvard Medical School, 1998;Family Health Guide.co.uk, 2003}*. En el caso de los primeros, es destacable la fuerte participación de organismos gubernamentales y entidades académicas que ponen a disposición del público, en muchos casos también en idioma español, diversos mensajes pensados específicamente para las necesidades de personas de los diferentes grupos etéreos. Una de las herramientas más útiles relacionadas con este tipo de iniciativas es la historia familiar en INTERNET, por la cual los usuarios pueden colocar con seguridad sus datos médicos en un sitio web estatal, y desde ahí poder estar accesibles en cualquier punto para ser consultada por sus diferentes proveedores de salud, con el permiso respectivo *{Centers for Disease Control and Prevention, 1996}*.

Por el contrario, en los países menos desarrollados y con fuerte predominancia latinoamericana, además del paralelo distorsionado entre Salud Familiar y el paquete de intervenciones ligadas a la Salud Reproductiva (Planificación Familiar, Prevención de VIH/ITS, etc.) *{Family Health International, 2000}*, se ha tendido a resaltar una definición de Salud Familiar que por la fuerte concordancia entre los objetivos organizacionales, procesos e intervenciones propuestas recuerda fuertemente a aquellos propuestos por la Medicina Familiar como Práctica. Esta definición de Salud Familiar, se encuentra sumamente vigente en los denominados "Modelos de Salud Familiar", los cuales se describen en la sección II.2.

Los Equipos de Salud Familiar

Estos equipos son aquellos conjuntos de personas, profesionales, técnicos y en algunos casos voluntarios de la comunidad, que trabajando armónicamente consiguen responder a las necesidades de las poblaciones que tienen adscritas *{Molina, 1996;Martínez-Ros MT, 1996;National Association of Community Health Centers, 2008;Antipil Cuadra, 2003}*. En todos los modelos revisados ellos tienen por lo menos un médico, una enfermera y un auxiliar o técnico, pudiendo añadirse diversos miembros para diversas realidades *{Paiva M., 2002}*.

Si bien la composición de los miembros que constituyen los Equipos Básicos de Salud son muy variables de intervención a intervención, se pueden extraer algunas tendencias al definir tipos de Equipos para las intervenciones estudiadas de acuerdo a una clasificación encontrada en la bibliografía *{Caja de seguro Social Región de Salud San Miguelito, 1997}*:

- Equipos básicos o nucleares de la atención familiar: Están constituidos por el médico general, la enfermera, auxiliar de enfermería y el vigilante de la salud y es responsable directo por la atención de las familias que le son asignadas en el espacio de responsabilidad. En éste, sus miembros trabajan juntos diariamente, integrados en la realización de las actividades y tareas necesarias para el cumplimiento de un objetivo. Existe una compenetración entre ellos, y deben mantener una buena comunicación, celebrar reuniones frecuentes, en un marco de mutuo respeto a las opiniones. La búsqueda del consenso es una de las responsabilidades, por lo que es necesaria una actitud flexible.

- Equipos flexibles: El equipo extenso no es más que un equipo nuclear al que se le agregan miembros adicionales con el fin de efectuar una función específica. Pueden ser Odontólogos, Psicólogos, Nutricionistas, etc, los cuales apoyan los equipos básicos de manera rotatoria.

- Equipo ad hoc: Este se conforma temporalmente con un fin concreto en la atención de un problema familiar e individual o para dar soporte a los Equipos Básicos. Un ejemplo son los especialistas que rotativamente llegan a un área a dar formación en servicio y a resolver los casos más complicados.

II.2 Medicina Familiar y Salud Familiar

Evolución de la Medicina Familiar a la Salud Familiar

Como se mencionó previamente, el término Salud Familiar como Modelo o Estrategia sólo comenzó a emplearse desde épocas más o menos recientes. No obstante los principios propuestos por estos modelos han sido largamente usados por los enfoques basados en el trabajo de los médicos familiares, desde hace mucho tiempo. Así, desde la década de los 40 del siglo pasado, Inglaterra ya empleaba un sistema basado en médicos de cabecera —los legendarios General Practitioners— y sus equipos, capaces de atender al paciente sin importar sexo, raza, padecimiento, u otra característica, aportándole un enfoque científico, y ampliando su capacidad de brindar un adecuado mantenimiento de la salud, y una atención resolutiva de primer contacto en el contexto de su familia y comunidad *{Coulter, 1971}*.

Esta experiencia posteriormente se trasladó a Estados Unidos, donde el informe de la Comisión Millis y Willard [1966], titulado "La educación graduada de los médicos", hacía la recomendación de la formación de nuevos especialistas, con un perfil que respondiera a las demandas de atención de la población *{Geyman, 1971}* **[[53]]**. Esta es probablemente una de las primeras invocaciones a generar iniciativas nacionales orientadas a promover una salud integral, de que se tiene registro en la historia de la medicina moderna. Producto de dicha recomendación contundente, en 1969 la American Médical Association (AMA) aceptó a la Medicina Familiar como 20ma especialidad. Desde entonces esta especialidad ha experimentado una notable expansión en EEUU, teniendo un notable campo como fruto de las reformas en el manejo de la atención, y habiendo sido la residencia mas solicitada por los egresados postulantes de las escuelas médicas durante un amplio periodo de tiempo *{Council, 1988}*.

Posteriormente, a fines de la década de los 60 e inicios de los 70, luego del éxito en el Reino Unido y Estados Unidos, se inició en Iberoamérica una primera ola de impulso a la Medicina Familiar *{Ceitlin, 1997}*. Esta acción promovida en Latinoamérica, entre otros, por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM) y la Fundación Kellogg, y por actores institucionales europeos en España, consistió en la realización de múltiples simposios internacionales, seminarios viajeros, proyectos demostrativos, entre otros, dirigidos a la sensibilización de actores clave que pudieran impulsar la Medicina Familiar [[54]].

Sea por relación causal o meramente circunstancial, durante las décadas de 1960 y 70, diversos países como Cuba, España, México, Bolivia, Puerto Rico y Venezuela iniciaron sus programas institucionales y formativos basados en la Medicina Familiar.

Para América Latina, el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la Medicina Familiar es Cuba, donde se desarrolló un proceso de maduración diferente en su crecimiento aunque con resultados semejantes. Así, en el periodo post-revolución durante fines de los 60's y la decada de los 70's, Cuba inició la formación masiva de médicos con un perfil que combinaba la atención comunitaria con el objetivo de compensar la carencia de RRHH producto de la fuga masiva de talentos a EEUU. Dicho proceso se acentuó desde inicios de la década de los 80 con

---

[53] El informe de la Comisión Millis refiere que este nuevo especialista debería, entre sus objetivos, brindar: "...una atencion integral y continua, que incluya no solo el diagnostico y tratamiento de la enfermedades sino también la prevención, cuidado, soporte y rehabilitación..." *{Geyman, 1971}*.

[54] "La historia de la Medicina Familiar en la América Latina es mucho más extensa de lo que muchos piensan. El desarrollo alcanzado es desigual; mientras que en algunos países tiene una antigüedad cercana a los 30 años, con gran inserción en la sociedad, en otros casos recién está comenzando a dar sus primeros pasos.

Esta historia tiene algunos denominadores en común: La importancia que han tenido los servicios de seguridad social y del Estado en el nacimiento y desarrollo de la especialidad, así como la tarea realizada por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM), el apoyo de la Fundación W. Kellogg en las etapas iniciales, y el aporte de algunas personas que nuca debieran omitirse cuando se habla de la historia de la Medicina Familiar en esta parte del mundo" *{Ceitlin, 1997}*.

el lanzamiento del "Plan del Médico y la Enfermera de Familia" y el surgimiento de la especialidad de la Medicina General Integral. En esta iniciativa, se contempla integrar estos médicos en un sistema de salud con grandes semejanzas al modelo ingles en cuanto a su demanda orientada a las familias, su gratuidad y jerarquización de niveles de atención, etc. pero incorporando notables mejoras en el énfasis por la atención primaria de salud, enfoque epidemiológico, aproximación equitativa a la población, entre otros aspectos *{Ordoñez Carceller, 1997;Rojas M, 1986}* [[55]].

Al igual que Cuba, España también inició en los 80s una reforma completa de su sistema de atención, iniciando por una clara diferenciación entre la Atención Especializada y Atención Primaria, para luego concentrar esfuerzos y recursos en esta última *{Ceitlin, 1997;Larizgoitia, 1997;Martín-Zurro A., 2000}*. A la actualidad, este país tiene buena parte de sus Sistemas de Salud basados en equipos básicos liderados por el médicos de familia y orientados hacia sus familias adscritas, con un énfasis en la atención comunitaria, basada a la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población [[56]].

En México la Medicina Familiar abarca al primer nivel de la Atención del Sistema de la Seguridad Social, donde existe un médico familiar por cada especialista y todo el país tiene cobertura de sus afiliados por Unidades de Medicina Familiar *{Rodríguez-Domínguez J, 2006}*. No obstante, en México ésta aun es una especialidad que tiene su mayor expresión en el IMSS y el ISSSTE, en la seguridad social propiamente dicha, y es inexistente en la secretaría de salud, por lo que aun persisten enormes desafíos para ser cubiertos de modo que el modelo realmente cubra a la población mayoritaria de un modo satisfactorio **[[57]]**.

En los otros países que iniciaron programas de Medicina Familiar en dicha primera ola, la expansión nacional ha sido aún bastante limitada, concentrándose en una fracción de la Seguridad Social o en grupos médicos privados.

Una segunda ola de impulso a la Medicina Familiar en el continente puede ser identificada a partir de los 90´s, y tiene como hitos a la conferencia de OMS-WONCA cuyo título era "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia", de noviembre de 1994 en London, Ontario, Canadá. En dicha reunión se produjo un documento que señala los desafíos de la educación médica y la atención primaria, y se presentan recomendaciones específicas para la acción *{Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Colegio Mundial de Médicos de Familia*

---

[55] En el sistema cubano, el medico egresado "actúa durante un periodo de tiempo como un medico a cargo de varias familias, la comunidad y los individuos, y por tanto se le identifica como medico de familia". Por otro lado, a partir de 1984 "se establece la Medicina General Integral como una especialidad; se aspira a que todos los médicos de familia se hagan especialistas en medicina general" {Rojas M, 1986}.

[56] En España, "Tras la necesaria etapa política de la reforma… se entra de lleno en el desarrollo de un nuevo modelo, basado en los conceptos de la Atención Primaria de Salud, con la integración de las actividades curativas con las de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación, substancialmente diferente al que hasta ese momento guiaba el primer nivel asistencial… En esta etapa, el médico de familia adquirió un gran protagonismo, dado que tenía el entusiasmo, la formación y la necesidad de propiciar ese cambio… Diez años después… los principales logros conseguidos se pueden resumir en la consolidación de la Atención Primaria como organización y como filosofía asistencial, el asentamiento de un modelo de formación en Medicina de Familia, la mejor redistribución de la asignación presupuestaria, [entre otros…]…" *{Ceitlin, 1997}*.

[57] En México, "en la práctica, la medicina familiar ha caído en un estado de letargo y de denotación, marginando al médico familiar al ámbito del consultorio médico, en lugar de participar en la totalidad de la atención médica de un paciente perteneciente a la familia que tiene como responsabilidad en el cuidado de la salud… El primer error que se cometió con la medicina familiar, fue relegarla al papel de mero consultador, mero recetador y mero vacunador en el ámbito de la familia, así, se causó que el médico familiar no participara en visitas médicas hospitalarias, ni rotaciones por servicios de urgencias o cirugía, ni participara directamente en el proceso de atención hospitalaria. El segundo error fue no definir su papel en el sistema de salud, ahora la población asiste al medico familiar, por un pase para el especialista de otra área, por una incapacidad, por un justificante médico o por una receta de medicamentos para problemas sencillos. aunado a la demanda de atención que tiene cada medico, no puede atenderse debidamente a 25 pacientes en una jornada laboral. mientras que en otros países un médico familiar tiene bajo responsabilidad a 20 familias en promedio, para 80 personas, el médico familiar de México tiene más de 100 familias y sus correspondientes miembros, teniendo mas de 250 personas bajo su cargo. Así, la definición del médico familiar ha sido con un enfoque de consulta externa, en lugar de un médico "de cabecera", como realmente debería ser" *(De una nota colocada en el Campus Virtual de la Salud Pública en México: http://mexico.campusvirtualsp.org/node/45)*

(WONCA), 1994}[58]. Casi en secuencia, en Argentina en septiembre de 1996, donde se concretó la "Declaración de Buenos Aires" con la participación de 80 representantes de 18 países y de organizaciones internacionales como OMS/OPS, WONCA, CIMF, entre otras *{Mesa de Expertos y Lideres de salud de las Américas sobre Medicina Familiar, 1996}* [59]. Posteriormente, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) desarrolló las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar, también promovidas por la OMS-WONCA en Sevilla, España en el 2002, en Santiago de Chile, el 2005 y en Fortaleza, Brasil el 2008, todas ellas con connotaciones semejantes a las anteriores y conclusiones que refuerzan las líneas de trabajo delineadas por ellas *{Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF-WONCA Región Iberoamérica), 2009}*.

Nuevamente sin poder discriminar con claridad si es coincidentemente o consecuentemente, desde inicios de los 90 se comenzaron a expandir los principios anteriormente plasmados a otro conjunto de países de Centro y Sudamérica, en modelos con una denominación relacionada. Los modelos de Salud Familiar.

Los modelos de Salud Familiar

En la bibliografía se ha encontrado diversos trazos del funcionamiento incipiente, parcial, o avanzado de un conjunto de experiencias de Salud Familiar, particularmente en la zona de Centro y Sur-América, los que denominaremos "Modelos de Salud Familiar" por ser la denominación más común entre ellos. Como en la sección anterior, para su descripción avanzaremos en términos cronológicos, de acuerdo a la secuencia que ha podido ser reconstruida.

El primer modelo de Salud Familiar del que se tiene conocimiento en el continente americano surgió en Brasil a mediados de la década de los 90 *{Brasil, 2001;Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2001}*. Si bien sus características centrales serán analizadas más adelante, es importante notar en su evolución que, antes de haber el Ministerio de Salud brasileño organizado una propuesta común para todo ese país, ya se tenían funcionando varios modelos piloto en diversas partes de su territorio. Dado el régimen municipalizado de dicho país, estos modelos operaban en el nordeste, sur y sudeste, impulsados por municipios autónomos que contrataron la asesoría internacional de destacados miembros de la comunidad internacional de la Medicina Familiar *{Gomes-do-Espírito-Santo AC, 2008}*. Algunos de estos

---

[58] Algunas conclusiones de la Conferencia: "Cada persona debería tener un médico que le provea servicios de atención primaria y este tipo de servicios debería ser accesible a toda la población. Todo paciente se debería identificar individualmente con un médico de familia. El uso de servicios especializados debe realizarse después del contacto con un médico de familia…

El papel de los colegios, Academia, asociaciones de médicos de familia, es asegurar al público que los médicos de familia responden a las necesidades de sus comunidades y que sus miembros mantienen altos niveles de competencia…

La educación médica debe responder a las necesidades de la gente mediante la formación de médicos que contribuyan a modelar un sistema de servicios de salud socialmente responsable…

El reconocimiento formal de la Medicina Familiar como una disciplina especial debe convertirse en algo universal y todos los países deben proveer entrenamiento de postgrado específico en esta disciplina" *{Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA), 1994}*

[59] Algunas conclusiones de la Conferencia: "Por las características particulares de la práctica de la Medicina Familiar, los países deben utilizarla como estrategia básica para responder integralmente a los propósitos de la reforma de los sistemas de salud y en particular a las necesidades de la gente.

Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la Medicina Familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.

Los modelos integrales de atención a la salud, orientados a satisfacer las necesidades de la gente, deben incluir mecanismos de evaluación de los servicios que permitan medir objetivamente el impacto y la calidad de las acciones de Medicina Familiar.

…las instituciones formadoras de recursos humanos deben involucrarse en la definición del perfil y en la formación de los profesionales necesarios para la atención médica primaria…[mientras que]… las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la Medicina Familiar en el pregrado… y programas de postgrado tipo residentado, de alta calidad y que respondan a las necesidades del país." *{Mesa de Expertos y Lideres de salud de las Américas sobre Medicina Familiar, 1996}*.

primeros modelos se denominaron Modelos del Médico de Familia *{Programa Médico de Família, 1998}*.

El siguiente modelo de Salud Familiar en relevancia que surgió años después del brasileño, a fines de la década pasada e inicios de la presente, fue el Modelo Chileno, denominado *Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario*, aunque previamente llamado sólo Modelo de Salud Familiar. Este modelo cuyas principales características mostraremos en una de las secciones siguientes, se ha venido expandiendo en el país sureño gradualmente a partir de los Equipos de Salud Familiar apostados en consultorios aislados, Centros de Salud y Postas Rurales, hasta cubrir una población cada vez más importante *{Gonzáles C., 2001;Toro-Leyssen F., 2006}*.

Como parte de este grupo de países que tienen ya un Modelo de Salud Familiar con relativa antigüedad y que abarcan un área geográfica que va más allá de unas cuantas áreas piloto o experiencias desintegradas entre si, tenemos a algunas iniciativas centroamericanas como las de Costa Rica y República Dominicana, las cuales también se inspiran en la expansión de Equipos Básicos de Atención Integral y la combinación de sistemas fijos e itinerantes para la provisión de los servicios, así como de una fuerte participación comunitaria. Si bien no existe una bibliografía amplia sobre estas experiencias, se empieza a reconocer en los medios especializados, el valor potencial que ellas podrían tener *{Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF-WONCA Región Iberoamérica), 2009}*.

El siguiente Modelo de Salud Familiar surgido en los últimos años (basado en los principios anteriormente definidos) ha sido el programa *Barrio Adentro*, construido sobre la base de miles de médicos familiares cubanos importados para substituir a los médicos nativos poco proclives al régimen, en áreas críticas *{Venezuela Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2004}*. Este programa, que se inició como un soporte internacional en áreas críticas, se ha expandido notablemente y ya no sólo ofrece servicios humanitarios dispersos, sino que se está constituyendo rápidamente en el principal modelo de oferta de servicios en el primer nivel de atención en dicho país, y recientemente ha iniciado un sistema de formación de recursos humanos para nutrir el modelo *{Organización Panamericana de la Salud, 2009}* [[60]].

Por coincidencia, o por real alineamiento con lo que ha dado en llamarse el "Eje Bolivariano", otros tres países afines al régimen venezolano han propuesto o desarrollado modelos de Salud Familiar desde inicios o mediados de esta década. El más avanzado de ellos es Bolivia. Este país viene desarrollando desde hace unos años, una iniciativa con inspiración semejante, e igualmente con una fuerte inyección de recursos humanos procedentes de Cuba, y procesos bastante semejantes. Es el denominado Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que aun cuando no tiene el mismo nivel de avance que el venezolano, ya tiene un contingente amplio de Equipos Básicos de Salud trabajando bajo esta modalidad. Al igual que otras experiencias combina modalidades fijas e itinerantes para poder cubrir a la población boliviana, que por la naturaleza de su territorio cuenta con amplios contingentes de poblaciones excluidas

[60] Sobre este programa hay tantos detractores como impulsores y no es suficientemente conocido el real avance de esta estrategia, y por las publicaciones, dado lo politizado del tema no es posible saber el significado real de este avance. De lo conocido, se sabe que la Misión Barrio Adentro, cuyo objetivo primordial es garantizar el acceso pleno a servicios de salud integrales y de calidad a los municipios de máxima exclusión, es desarrollado gracias a un convenio de cooperación binacional con Cuba, y una ingente inversión social. Según cifras oficiales, se ha invertido en el período 2003-2007 ha sido de 5.569 millones de dólares para la construcción de más de un millar de módulos asistenciales, decenas de consultorios populares y convencionales, 183 centros de rehabilitación integral y 6 centros de alta tecnología, entre otros. Con dicha inversión, el oficialismo refiere contar con una cobertura de entre el 90 y 100% de los municipios de máxima exclusión, con entrega gratuita de los medicamentos esenciales. *[nota en Portal de Petróleos de Venezuela http://www.pdvsa.com/index.php?tpl=interface.sp/design/readmenu.tpl.html&newsid_obj_id=465&newsid_temas=40]*

Sin embargo, hay también voces adversas que refieren que La Misión Barrio Adentro es contraproducente para la red de ambulatorios estatal, que si bien está abandonada, recibiendo las inversiones adecuadas bien podría prestar el servicio que requiere la población. A ello se sumaría un notable incumplimiento del programa barrio adentro, ya que muchos puestos están cerrados por la fuga de galenos cubanos desde ese país hacia Colombia y otros puntos donde puedan afincarse mejor, además de un descontento por la explotación a que son sujetos los galenos cubanos *[nota en BBC Mundo:*

http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2006/energia/newsid_4699000/4699072.stm].

{Bolivia Ministerio de salud publica y deportes, 2007;Bolivia Ministerio de salud y Deportes, 2007;Bolivia Ministerio de salud y Deportes, 2007}.

En una dimensión bastante menor, Ecuador y Nicaragua, otros países que pueden ser considerados parte del mismo bloque, y por lo tanto cuentan con una nítida influencia cubana, han lanzado el inicio de sus respectivos Modelos de Salud Familiar, por lo que es posible que alcancen un desarrollo similar en los siguientes años, gracias a la importación masiva de médicos familiares cubanos *{Nicaragua Ministerio de Salud, 2007 164 /id;Nicaragua Ministerio de Salud, 2008 119 /id}.*

Si bien Panamá y Colombia empiezan a esbozar sus modelos compactos de Salud Familiar *{Panamá Ministerio de Salud, 1996}*, desde hace años pueden contar con algunas iniciativas aisladas como la de San Miguelito en Panamá *{Caja de seguro Social Región de Salud San Miguelito, 1997}*, o del "Centro de Salud de La Inmaculada" y la ESE Carmen Emilia Ospina, donde equipos básicos con médicos familiares y personal formado en Salud Familiar ofrecen atención integral, biopsicosocial a las victimas de la violencia, o incluso como las experiencias dispersas en Argentina, las cuales están a la espera de un proceso que pueda integrarlas *{Federación Argentina de Medicina Familiar y General, 2001}*. Todas estas experiencias tienen en común el aval de contar con programas de postgrado y un contingente de médicos familiares graduados, lo que podría permitirles despegar en un período relativamente breve.

Finalmente existen algunos países, sin trayectoria como formadores de médicos familiares o con experiencias piloto en Medicina Familar, y que aunque desde hace algunos años vienen afirmando que tienen o están construyendo un Modelo de Salud Familiar de Atención integral, este desarrollo no ha ido más allá de algunos documentos técnicos, publicaciones diversas, declaraciones políticas o notas de prensa, con una experiencia tangible que aun es incipiente y en muchos casos no pasa de la inauguración de un número limitado de establecimientos piloto. En este bloque podrían destacarse países como Paraguay, Uruguay, y de algún modo también Perú.

Resumiendo, a partir de mediados de la década pasada se han multiplicado los modelos específicos que pueden agruparse dentro de los modelos de Salud Familiar, en diversos países latinoamericanos como Brasil, Chile, y más recientemente Costa Rica, República Dominicana, Venezuela, Bolivia, Panamá, Colombia, Ecuador, y los otros países que ya fueron referidos en la sección anterior. A pesar de la denominación diferente, estos modelos de Atención Primaria de salud tienen mucho en común con los modelos previos basados en el enfoque de la Medicina Familiar. Probablemente, la principal causa del cambio de nombre en el modelo sea el influjo de diversas corrientes entre el personal de salud, para recuperar el protagonismo del Equipo de Salud como un todo, más allá del rol individual que pueda tener el médico o alguno de sus miembros por separado. Ello es bastante saludable y necesario, y los beneficios serán sin duda múltiples.

II. 3 Experiencias Internacionales Relevantes en Medicina Familiar y Salud Familiar

A continuación pasaremos revista a las características de los principales Modelos de Salud Familiar enumerados en la Sección anterior. Es importante considerar que no se incorporan en esta revisión a experiencias en países que no son de habla hispana, como la estadounidense, la inglesa o australiana {Minister for Health and Ageing, 2009;Wakerman, 2008}, y aquella basada en la seguridad social latinoamericana (mexicana, boliviana, venezolana), las mismas que en todos estos casos constituyen experiencias de nivel subnacional, que dejan sin cobertura a un importante sector de la población.

La experiencia cubana

El modelo cubano ha sido largamente comentado desde hace dos décadas por sus múltiples logros y organización sin parangón en el mundo, en lo que corresponde a organización y resolutividad, con una inversión tan económicamente limitada, lo que la convierte mundialmente en unas de la estrategias más costo-efectivas de la historia *{Ordoñez Carceller, 1997}*.

El Plan del Médico y la Enfermera de la Familia se inicio a mediados de la década de los 80, con un esquema compartido de formación de recursos humanos, especialistas en Medicina General Integral, y de cambio en el modelo prestacional, de modo que los primeros policlínicos y consultorios de Medicina Familiar fueron también las primeras unidades docentes en las que se formaron a los mencionados especialistas *{Barruto, 1998}*.

El modelo cubano trabaja con equipos básicos constituidos por un médico y una enfermera de la familia, los cuales tienen como base de trabajo un consultorio vivienda ubicado en el sector que les ha sido adscrito. Ellos atienden a una población de alrededor de 120 a 150 familias, lo que corresponde a unas 600 a 800 personas. El contacto continuado con todos los miembros de estas familias, tanto en el consultorio como en sus domicilios humaniza esta atención y la rentabiliza notablemente en lo referente a las actividades preventivo-promocionales *{Rojas M, 1986}* [[61]].

Este trabajo es desarrollado por el Grupo Básico de Trabajo (GBT), el mismo que cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población. El jefe del GBT lo constituye el Especialista en Medicina General Integral y se subordina directamente al Director del Policlínico {Inst.Sup.Ciencias Médicas, 1988} [[62]].

El trabajo dentro del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia cubano tiene dos etapas centrales, el Análisis de la situación de salud (ASS) y la Dispensarización .

El ASS es el proceso de identificación de problemas de salud, priorización de los mismos y elaboración de un plan de acción para su modificación con la participación activa de la comunidad. Se desarrolla con la participación activa de la comunidad desde el propio proceso de identificación de los problemas, como sujeto de las acciones que se desarrollen, buscando lograr la participación de los diferentes sectores relacionados con el proceso de producción social de salud (Intersectorialidad) en un permanente esfuerzo por la coordinación, negociación y concertación, sin perder el liderazgo técnico del sector salud.

Por su lado la Dispensarización es el método de observación permanente y dinámica a individuos, familia y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva, atendiéndola según un enfoque de riesgo para aplicar intervenciones y utilización de los recursos locales en función de mejorar el estado de salud de la comunidad a través de la solución de los principales problemas identificados [[63]]. Según el grupo en el que se encontraran las personas se desarrollaban las prestaciones para devolver la salud a cada uno de ellos, y a las familias y comunidades como un todo.

A pesar de sus amplios beneficios, ampliamente conocidos, también ha sido muy discutida la poca reproducibilidad del Modelo Cubano como un todo, especialmente para realidades como

---

[61] Una parte central de la práctica de los médicos familiares en el mundo se refiere a la total identificación que se espera para con la comunidad a la que sirve. En palabras de los propios protagonistas: "El médico de familia participa activamente en la vida de la comunidad, disfruta de los éxitos, sufre las contrariedades… se convierte en el mejor amigo de la familia, en un orientador social y hasta en una autoridad política" *{Rojas M, 1986}*.

[62] El Grupo Básico de Trabajo (GBT) en la Medicina Familiar de Cuba, es el equipo de trabajo multidisciplinario, integrado por un especialista en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Médico General Integral, Licenciado en Psicología, todos en función de interconsultantes y/o profesores; por una enfermera supervisora, un técnico de estadísticas, un técnico en Higiene y Epidemiología y un técnico en Trabajo social *{Ordoñez Carceller, 1997}*.

[63] "Para la Dispensarización, el proceso se inicia con la clasificación de la la población según grupos dispensariales, estos son: Grupo I: Supuestamente sano. Grupo II: Con riesgo. Grupo III: Enfermos. Grupo IV: Con secuelas" *{Ordoñez Carceller, 1997}*.

la peruana. No obstante, es importante mencionar el potencial de inyección de conocimientos y adaptación de tecnologías, a partir del trabajo colaborador de médicos familiares cubanos en diversas latitudes, el cual es especialmente útil cuando es desarrollado en un número limitado de tutores y por un corto tiempo, sin suplantar a la oferta local de personal de salud, sino más bien impulsándola hacia niveles a las que le tomaría más tiempo llega

La experiencia española

El fortalecimiento de la Atención Primaria en España, y la implantación de su sistema de prestaciones basado en Médicos de Familia se inicio en 1984 con el advenimiento de la reforma de la asistencia médica ambulatoria en España *{Martín-Zurro A., 1997;Martín-Zurro A., 2000}*.

Los aspectos que definen el sistema son múltiples *{Larizgoitia, 1997;Martín-Zurro A., 1997}*[64], sin embargo, algunas características centrales del modelo son su asignación de equipos con un médico de familia, pediatra y enfermeras para un cupo que tiene entre 1250 a 2000. La reforma sanitaria se inició al dividir los servicios del sistema público en dos niveles: El nivel primario y el especializado. El nivel primario está basado en centros de salud en los cuales los equipos de salud trabajan bajo un salario fijo, aun cuando reciban incentivos por productividad, a tiempo completa, y siendo responsables de una población adscrita bajo la base de la libre elección dentro del centro (modelos españoles).

El nivel primario tiene especificada una cartera de servicios que incluye asistencia en el centro de salud y visitas domiciliarias, emergencias, programas, etc. Los profesionales más representativos son los médicos de familia. Para estar adscrito a un médico de familia y recibir atención es necesario estar empadronado en el centro y recibir la "tarjeta sanitaria", o poseer la identificación de la Unión Europea, excepto gestantes y niños que no necesitan censo previo. El nivel primario funciona como puerta de entrada (gatekeeper), y sólo es posible acceder a los especialistas si son referidos por un médico de familia. La mayoría de las personas consiguen ver a su médico de familia en un día o dos (modelos españoles).

En cuanto a sus recursos humanos, a diferencia de Estados Unidos y Canadá, donde la especialidad tiene mucho tiempo ya, y los programas formativos son muy activos y existe una gran cantidad de residentes ingresando a sus programas cada año, al iniciarse la reforma España contaba con muy pocos médicos de familia. Para compensar esta falta, se implementaron programas exitosos de reconversión de médicos generales en familiares, lo que les permitió alcanzar una masa crítica de especialistas en corto tiempo *{Larizgoitia, 1997;Moreno-Marín, 1997}*.

Adicionalmente, se difundieron por todo España las residencias médicas en Medicina Familiar independientes del sistema universitario, con formación directa por consorcios de Centros de Salud y Hospitales, siendo directamente certificados por el Ministerio de Educación [65] *{Diez Espino, 1998}*. Esta amplia oferta educativa, sumadas al incentivo de pertenecer a un colectivo fuerte, con un reconocimiento económico y profesional equivalente al de otras especialidades generales como los pediatras o los internistas, y la Directiva de la Comunidad Económica Europea de 1986, que daba un plazo de 9 años para que los médicos trabajando en servicios de Atención Primaria fueran necesariamente especialistas en Medicina Familiar, tuvieron un impacto enorme para garantizar la formación de un número masivo de médicos familiares, de

---

[64] "Algunos de los elementos organizativos que definen al modelo de Atención Primaria español son los siguientes:

1. Médicos de familia y pediatras a dedicación completa (40 horas semanales, además de guardias).
2. Una enfermera titulada por cada 1,500-2,000 habitantes, con dedicación completa y responsabilidad sobre los cuidados globales.
3. Actividades preventivas y curativas proporcionadas por los mismos proveedores (unificación de redes).
4 Distribución de los recursos (humanos, materiales, financieros, etc.) según la ordenación del territorio en zonas de salud (5,000 a 25,000 habitantes).
5. Organización en equipos de salud distribuidos según zonas de salud (5,000 a 25,000 habitantes) con una ordenación del trabajo y horario que facilita la interrelación entre los profesionales.
6. Desarrollo de servicios de apoyo mixtos (Atención Primaria-Asistencia especializada) en cada zona de salud y para determinadas actividades (orientación familiar, salud mental, fisioterapia, trabajo sociosanitario)" *{Martín-Zurro A., 1997}*.

[65] En 1996, se tenían entre 1800 y 2000 plazas para residentes de primer año en el residentado de Medicina Familiar de toda España. Durante ese año el sistema de especialización tenía más de 4000 residentes formándose en los 3 años de las residencia *{Moreno-Marín, 1997}*.

modo que en un plazo de dos décadas TODOS los médicos que ejercen en servicios de Atención Primaria tienen un post-grado en Medicina Familiar *{Diez Espino, 1998}* [66].

En 1997 los equipos del modelo reformado daban cobertura a cerca del 90% de la población, con importantes variaciones entre Comunidades Autónomas. Para el año 2007, las previsiones más optimistas señalaban que toda la población española sería cubierta con dicho modelo, no obstante algunas regiones aún se resisten a implementar dichos cambios, especialmente Cataluña. Como consecuencia, de todo este esfuerzo, se pueden evidenciar algunos cambios como el descenso de consultas a adultos (probablemente empezando a controlar la frecuentación innecesaria), aumento en las de niños, disminución en las derivaciones a los especialistas hospitalarios y urgencias y una disminución en el gasto farmacéutico *{Moreno-Marín, 1997}*.

La experiencia brasileña

La experiencia brasileña de la actual Estrategia de Salud Familiar, previamente denominado Programa de Salud de la Familia *(Estratégia de Saúde da Familia, y Programa de Saúde da Familia*, respectivamente), es el programa de esta naturaleza más extendido del planeta, ya que a fines del 2008 cubría 82 millones de habitantes, esto es, 46% de la población de dicho país *{Brasil, 2008;Mendes-Vilaça, 1999}*.

Lo primero que debemos mencionar al respecto de esta estrategia es que ella no surge en el vacío, sino en el marco de un Sistema ya maduro con muchos años de trabajar en la lógica de un Sistema Único de Salud *{Negri, 2002}*. En segundo lugar es importante considerar que, si bien la intervención adhiere a los principios de la AP como un todo, ellos en realidad abogan por un estilo "cubano -europeo" de definir la AP, entendida como una estrategia para cubrir universalmente, las necesidades salud de su población, centrándose en procesos innovadores que lleven los principios comunes a los modelos de Medicina y Salud Familiar a la práctica *{Gomes-do-Espírito-Santo AC, 2008}*. Ello llevó a contar en realidad con una miscelánea de experiencias, todas cobijadas bajo el manto de la Estrategia de Salud de la Familia brasileña, las cuales varian ligeramente entre si, debido a la influencia de quienes ayudaron a construir el modelo. Por ejemplo el modelo en Río, Curitiba y ciudades del Nordeste y Norte de Brasil, tienen una mayor influencia cubana en su implementación, en tanto que Sao Paulo, Porto Alegre y otras ciudades reciben mayor sustento de Canadá e Inglaterra. Ello es posible por la gran flexibilidad que otorga el federalismo y la municipalización para la construcción de estas experiencias, una característica que debería ser asumida también en países como el nuestro, en el que la necesaria rectoría del nivel central no se convierta en camisa de fuerza para lo planteado en las regiones *{de-Souza, 2002}*.

Al margen de la influencia en la construcción del Modelo Brasileño, existen algunos ejes que valen la pena resaltar en esta experiencia porque prácticamente llevan en ella su definición. Estos son los procesos clave de la Estrategia de Salud de la Familia brasileña *{Brasil, 2001;de-Almeida-Godinho RW, 2005;Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2001}*:

- Incorporación voluntaria de Equipos Básicos por municipios: más allá de la cobertura alcanzada a nivel de región, la expansión es a través de municipios que libremente deciden acogerse a la Estrategia y para ello reciben un incentivo. El municipio define cuantos equipos desea implementar (no está obligado a una cobertura total de su distrito), y se compromete a contratar y monitorear al personal y constituir a los equipos, localizándolos en las facilidades sanitarias que son a su vez parte de la infraestructura sanitaria municipal; y el Gobierno Federal entrega una remesa substantivamente mayor a la que transfiere a otros municipios que no adhieren al modelo *{de-Souza, 2002}*.

[66] "En 1996, fecha en que se publica un estudio sobre los médicos de familia existentes en España se hace un balance en el que se identifica que para ese año contaban con 8450 médicos de familia de los cuales aproximadamente las dos terceras partes provenían de diversos procesos de reconversión y solo la tercera parte provenían de la formación en el residentado médico" (CitlinEspecialzc).

- Preeminencia del Equipo Básico de Salud: La propuestas se construye sobre la base de Equipos Básicos actuando en las familias de un territorio de amplitud definida, adscrito al equipo. Si bien el énfasis está en la Prevención y Promoción de la Salud, el equipo se responsabiliza por cubrir todas las necesidades de la población a su cargo, lo que implica la resolutividad ideal del 80% de la demanda recuperativa y de rehabilitación en la consulta en la Unidad o Puesto de Salud. Cada Equipo Básico denominado Equipo de Salud de la Familia está compuesto por un médico general (si bien es el ideal, son muy escasos los médicos familiares en Brasil), un enfermero, un auxiliar ó técnico de enfermería y 4 a 6 promotores o agentes comunitarios de salud remunerados. Cada Equipo abarca alrededor de 800 familias, dependiendo de la densidad demográfica del área donde actúa, pero en ningún caso puede superar las 4000 personas. El proceso de trabajo no dista de los procesos comunes a otros Modelos de Salud Familiar *{Brasil, 2007;de-Almeida-Godinho RW, 2005}*.
- Fuerte inversión en la formación de recursos humanos: Se tienen diseminados por todo Brasil los Polos de Capacitación en Salud de la Familia, en convenio con diversas universidades de los grandes núcleos urbanos y del interior del país. La modalidad más común es la de hermanar en consorcios, a los Polos de Capacitación urbanos, con mayor potencial organizativa y solidez académica con los Polos del interior del Brasil que son por su propia naturaleza menos activos *{Brasil, 2002 60 /id;Machado, 2000 64 /id}*.

La Experiencia Chilena

A inicios de esta década, y junto con otros importantes temas tocados por la reforma sanitaria chilena como la ampliación de la cobertura de seguros y el plan AUGE, se dio inicio a lo que inicialmente se denominó el Modelo de Salud Familiar y después se consolidó como el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario *{Toro-Leyssen F., 2006}*.

Esta experiencia tenía como premisas básicas como la de trabajar con un equipo de salud familiar con territorialización, con una población adscrita y un accionar basado en la AP. El ofrecer una Atención de salud resolutiva en 90% de la demanda y continua los 365 días del año, mediante un plan de prevención universal asegurado y una fuerte inversión en la promoción de la salud para un país saludable *{Gonzáles C., 2001}*.

El equipo de salud familiar territorializado contaba con un medico, una enfermera, un cirujano dentista, una matrona, un asistente social, una nutricionista, un psicólogo, un kinesiólogo y un técnico paramédico, y debía atender alrededor de 3300 personas. En las localidades grandes ellos trabajan en un Centro de Salud, que debe atender a un mínimo de 20000 personas con comodidad, o en Postas Rurales, en el caso de poblaciones más pequeñas.

La expansión se dio a través de la creación de los Centros Comunitarios de Atención Familiar, distribuidos por diversas regiones de Chile. Estos centros tienen una estructura uniforme en la que se priorizan la economía de espacios y sus usos múltiples. El equipo está constituido por un médico, enfermera, matrona (obstetriz), técnico paramédico y auxiliar. Según las necesidades de cada comunidad podrían incorporarse otros profesionales como el odontólogo, psicólogo, asistente social, nutricionista, entre otros *{Toro-Leyssen F., 2006}*.

Situación Actual de la Atención Primaria en el Perú y Experiencias Peruanas en Atención Integral

En nuestro país, tradicionalmente el conjunto de servicios han estado estructuralmente desarticulados entre si. Esta es una situación que no han podido alterar las principales estrategias de ampliación de cobertura en el primer nivel de atención surgidas en la década de los 90's: Salud Básica para Todos, Comités Locales de Administración de Salud, CLAS,

SERUMS, Proyectos institucionalizados (PSNB, Fortalecimiento, PARSalud, etc.), así como por las iniciativas desarrolladas mediante campañas a nivel nacional *{Cotlear, 2006}*.

Por otro lado, existe una crisis de disponibilidad de profesionales en las zonas pobres, considerando que el porcentaje mayoritario de los profesionales lo hacen en zonas que han sido catalogadas como no pobres. Igualmente existe una crisis en la formación de los profesionales, los cuales no tienen las competencias de formación para intervenir con eficiencia y eficacia los problemas de salud en el primer nivel de atención, donde se requieren capacidades diferentes a las adquiridas en el ámbito universitario.

A ello se suma una crisis en la esfera del trabajo, expresada en la precariedad de las condiciones en que se desarrolla el trabajo de los profesionales, los cuales perciben una remuneración por la prestación del servicio debido a factores relacionados con las deficientes condiciones de infraestructura y de servicios en las zonas donde lo realizan. Adicionalmente, en el mercado de plazas presupuestadas hay una situación de desorden valorativo en relación a cubrir a las áreas más vulnerables, cuando se constata que da lo mismo en términos remunerativos si se trabaja en una zona a 10 horas a camino o a 1 hora en carro, y ya que la remuneración no es diferenciada según una escala de dificultad de acceso por ejemplo, lo que configura una inaceptable inequidad *{Delgado-Arroyo RM, 2006}*.

Lo anterior se da en el contexto de una inadecuada organización y gestión de la oferta de servicios, con establecimientos de salud no articulados, sistema de referencia y contrarreferencia deficientes, con desarrollo heterogéneo de las capacidades de producción de servicios (infraestructura, equipamiento, cantidad y capacidad del personal, recursos materiales, etc.) sin la capacidad resolutiva adecuada, lo que impide responder a las necesidades y expectativas de la población.

Por todo lo anterior, es indispensable diseñar intervenciones dinámicas que al mismo tiempo que brindan cobertura de calidad para atender la salud de las poblaciones más vulnerables, al mismo tiempo contribuyan a mejorar las competencias de los recursos humanos que laboran en el primer nivel de atención, ayudándolos a desempeñarse con eficacia y eficiencia en la oferta de una atención tanto preventiva-promocional, como recuperativa y de rehabilitación, la cual abarca tanto a la persona, como especialmente a la familia en la que ella se inserta y la comunidad a la que pertenece *{Hurtado La Rosa, 2008}*.

En este marco, acorde con las experiencias de reforma sanitaria desarrolladas en diversos países, a inicios de esta década se plasmó en el Perú el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), como eje conceptual de la nueva visión de Sistema de Salud *{Perú Ministerio de Salud, 2003}*, el cual ya fue descrito en la sección B.1. Esta propuesta se construyó tomando como base los logros en la búsqueda de modelos y procesos de atención integral obtenidos por diversos equipos regionales, los cuales fueron desarrollados de manera desarticulada ante la ausencia de una conducción clara del Nivel Central.

La más antigua y reconocida es la del Proyecto UNI, en el distrito de Moche, en Trujillo (La Libertad) , financiada con aportes de la Fundación Kellog. Esta propuesta organizó un sistema sectorizado, con una metodología orientada a lograr la protección de la familia. Además, se consiguió ligar la atención individual en el establecimiento de salud a la atención de la familia y de los sectores, bajo una lógica de riesgos y señales de alarma. Esta es la experiencia que más exitosamente ha conseguido expandirse al resto de su región, habiendo desarrollado para tal fin un conjunto de herramientas metodológicas y organizacionales. Así, esta intervención, al extrapolarse al ámbito de la Dirección Regional de Salud de La Libertad, ha conseguido organizar la prestación integral a las personas en sus etapas de vida mediante paquetes de atención integral de salud, y en sus documentos técnicos "El Modelo de Atención Integral de Salud: Lineamientos para la Organización de los Servicios en los establecimientos de salud para la entrega de los Paquetes de Atención Integral de Salud" delinea la organización del establecimiento y su interrelación con el entorno el cual tiene mucho en común con el enfoque empleado en la disciplina de la medicina familiar *{Dirección Regional de Salud La Libertad,*

2004}. Una fortaleza a destacar es la participación de la comunidad y sus familias con la implementación del sistema de Vigilancia comunal.

Otra experiencia relevante fue desarrollada al final de la década pasada en Cajamarca, con el Proyecto APRISABAC (Convenio Multilateral Perú-Holanda-Suiza con la DISA Cajamarca). Se apuntó a ofrecer una atención integral y con calidad a la población, desarrollando particularmente el componente de atención extramuros a la comunidad, con un enfoque participativo. En el mismo sentido, la DISA de San Martín estableció esquemas organizacionales más integrados y una experiencia regional en atención integral. En esta experiencia se avanzó en la definición de procesos de atención integral para la mujer y el niño, reorganizando los servicios y generando un conjunto de sistemas de apoyo para el Modelo de Atención.

En otras regiones del país ha habido avances importantes. Tal es el caso de Huaraz, y especialmente Ayacucho en tiempos más recientes, donde se han hecho esfuerzos alentadores por generar un modelo de gestión más acorde con la atención integral, y conseguir una mayor participación de la comunidad *{Dirección Regional de Salud Ayacucho, 2003;Dirección Regional de Salud Ayacucho, 2004}*.

III. COMPETENCIAS Y ENTRENAMIENTO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS PARA LA SALUD FAMILIAR

III.1 Elementos conceptuales sobre competencias y entrenamiento de los equipos de trabajo

Conceptos y Definiciones para la Formulación de Currículos por Competencias

Se ha preconizado que los Equipos Básicos de Salud sean formados de acuerdo a la metodología pedagógica de formación por competencias. Según esta modalidad formativa, el diseño curricular, programa de entrenamiento, las experiencias docentes y espacios educacionales requeridos, deben alinearse para conseguir las competencias deseadas en los Equipos Básicos *{Marcos Serrano JF., 2000;Peinado-Herreros, 2008}*.

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 *{Peinado Herreros, 2005}*.

La formulación específica de competencias tiene dos ventajas. Por un lado transparenta las acciones laborales prácticas que se desea que los Equipos Básicos de Salud 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 de los candidatos, y posteriormente contribuyen a evaluar el efectivo logro de su adquisición durante el proceso formativo *{Millán Nuñéz-Cortéz, 2005}*.

Si analizamos la labor de los miembros de los Equipos Básicos bajo el enfoque de competencias veremos que *{Gallo Vallejo FJ., 1999}*:

- Requieren conocimientos, que son elementos aportados por la disciplina de la Medicina Familiar y sus equivalentes para las otras ramas profesionales.
- Requieren habilidades, que son las destrezas prácticas adquiridas por los profesionales para aproximarse al paciente, su familia y su comunidad, para realizar los enfoques diagnósticos respectivos, para elaborar los planes educativos y terapéuticos más convenientes, para negociar/conducir las intervenciones requeridas para mejorar los problemas de salud.
- Requieren actitudes para guiar todo su desempeño mediante valores como el humanismo, empatía, compasión participativa, y los otros valores y principios de la Medicina Familiar y la Atención Integral.

El Currículum por competencias es importante porque representa un mapa consistente de las actividades educativas que se requerirán para lograr que los miembros de los Equipos Básicos adquieran las competencias que los habiliten para asumir la responsabilidad por la atención integral y permanente de los individuos y las familias, sin perder de vista las dimensiones sociales, psicológicas, biológicas, económicas y culturales de la salud *{Peinado-Herreros, 2008}*. Así, partiendo de la formulación adecuada de las competencias a adquirirse por los Equipos Básicos de Salud, se debe explicitar cuales son los conocimientos específicos, habilidades y actitudes/valores que se espera que ellos adopten, para movilizar en consecuencia, todos los medios cognitivos que contribuyan a la adquisición de los mismos. Esta formulación es fundamental por cuanto describe con detalle como se va a viabilizar la adquisición de las competencias previamente diseñadas, incluyendo que actividades académicas se desarrollarán y en que escenarios ellas serán impartidas, así como los

mecanismos por los cuales serán evaluados los logros de los participantes en la ruta curricular planteada *{La Fuente, 2007}*.

Habitualmente se realiza una separación por niveles formativos de modo que las competencias se van desarrollando en los niveles Básico e Intermedio, correspondiendo las elementales al desempeño profesional esencial, tanto en el área práctica como de la gestión local, y las intermedias a la experticia consumada, incluyendo las capacidades para liderar equipos, ofrecer educación continua, realizar una gestión a nivel de microrred e investigar sobre sus temáticas de trabajo *{Martínez-Gonzales, 2008}*. Así, los contenidos y experiencias educativas se organizan gradualmente, e igualmente las evaluaciones por competencias, las cuales revisaremos más adelante.

Conceptos y Definiciones para la Evaluación de Competencias

La evaluación y certificación de las competencias adquiridas por los equipos básicos de salud, es fundamental para garantizar que efectivamente cumplan con el perfil y las actividades que se espera de ellos *{Martínez Carretero, 2005}*. Todos los países anglo-sajones, la mayoría de los europeos y algunos de Latinoamérica como México y Argentina tienen implementados sistemas de recertificación que obligan a los médicos familiares a dar un examen teórico práctico y certificar la asistencia a cursos por el número de créditos anteriormente citados *{Ceitlin, 1997}*. En Estados Unidos el Colegio de Medicina Familiar fue el primero en implantar la recertificación para los miembros de su especialidad *{Geyman, 1971}*. Esta recertificación suele realizarse cada tres a cinco años, variando entre países.

Estos procesos, que van de la mano con la evaluación y ajuste del desempeño de los miembros de los equipos básicos de salud ya formados, son fundamentales, no sólo para proteger a la sociedad de aquellos miembros de los Equipos Básicos que no hayan alcanzado el mínimo exigido de competencias para abordar los problemas de las personas, resolutivamente y con seguridad, sino también para incentivarlos a que prosigan con un proceso de actualización de sus conocimientos, así como un refrescamiento de habilidades y destrezas permanente *{Pardell, 2005}*. En este sentido, la relevancia de la actualización permanente para la AP es mayor que para, por ejemplo, los profesionales que laboran en hospitales, por múltiples razones. En primer lugar, porque los miembros de los Equipos Básicos deben almacenar conocimientos diversos sobre una gran cantidad de aspectos diferentes, y no con todos ellos estará en contacto permanente en su trabajo cotidiano. En segundo lugar, porque a diferencia de los equipos hospitalarios que suelen estar más activos académicamente dado que están más conectados con la formación del pre-grado y post-grado o por su propia dinámica derivada de ejercer en hospitales, en la Atención Primaria los miembros de los Equipos Básicos habitualmente trabajan más aislados, y requieren incentivos específicos para mantener su entrenamiento continuo *{Antipil Cuadra, 2003;Landgrave Ibáñez, 2002}*.

En un sentido amplio, la evaluación de competencias funciona como un sistema de modulación que contrapesa el poder inherente a la función de los prestadores de salud *{Barragán, 2000}*. Así, dado que los pacientes y otros usuarios de los servicios no pueden juzgar el nivel de competencias de sus proveedores, ellos requieren de algún mecanismo que module el sistema y ofrezca las garantías suficientes. El mecanismo más común se refiere a la identificación de errores y negligencias médicas que evidencian a los miembros de los equipos que no están funcionando adecuadamente. Sin embargo, un sistema de modulación basado en la permanente evaluación de competencias de los prestadores de salud es mucho más costo-efectivo para la sociedad en su conjunto, dado que éste relacionado a los seguros de mala práctica, con su espíritu punitivo y judicialista, encarecen el sistema, al poner en guardia al médico y así obligarlo a hacer caso omiso de su propio conocimiento y solicitar innumeras pruebas como respaldo ante una posible demanda.

Algunos elementos metodológicos didácticos para el entrenamiento de los equipos de trabajo

En relación a como aprenden los estudiantes adultos, es importante tener en mente las siguientes consideraciones *{Bonal, 2003;Cabero Almenara, 2006;De la Revilla, 2001;Diez Espino, 1998;Gallo, 1998;Nuñez-Cortéz, 2008}*:

- Es necesario mantener el interés y motivación de los estudiantes. Para ello es importante el contacto (presencial o virtual) con el profesor y los compañeros, de modo que se valoren sus expectativas y se sienta estimulado a rendir hasta su máximo, en un equilibrio entre cooperación y competencia.
- Es ideal que se construya en torno a experiencias reales o que simulan la realidad, ya que los adultos aprenden fundamentalmente por necesidades prácticas. En su aprendizaje los estudiantes deben buscar y elaborar activamente información, y no sólo recibirla pasivamente.
- Es muy importante la devolución educativa o feedback, el cual debe ser lo más individualizado posible para permitirle a los estudiantes verificar sus resultados. Idealmente debe ser individualizado, ajustándose a las necesidades de cada estudiante, que van a ser diferentes en función a su background y otros aspectos propios de él.

Otros aportes refuerzan la idea de que para la adecuada comprensión de un material es necesario que los contenidos del aprendizaje se relacionen con los que los estudiantes ya tienen, incorporándose así a su red de conocimientos y creencias pre-existentes, para que alcancen un grado de significación real. En tal sentido, es necesario facilitar a los estudiantes el proceso de incorporar los nuevos contenidos a su marco de referencia (traducir en sus palabras, relacionarlo con sus experiencias, valorar sus implicancias en futuras acciones y decisiones, etc.) y al mismo tiempo aprecien la posibilidad de aplicación práctica en el proceso.

A continuación listamos algunas estrategias de aprendizaje que pueden ser útiles en los trabajos de entrenamiento de los miembros de los equipos básicos. Todos estos resúmenes están asentados en la bibliografía revisada *{Bonal, 2003;Cabero Almenara, 2006;De la Revilla, 2001;Diez Espino, 1998;Gallo, 1998;Nuñez-Cortéz, 2008}*:

Aprendizaje Individualizado

Fue desarrollado para adaptarse a las diferentes necesidades y aptitudes de cada alumno. Esto es importante considerando que las personas tienen diferentes estilos y ritmos de aprendizaje.

Sus principales elementos son:

- Énfasis en la palabra escrita: texto de referencia
- Requisitos de dominio de aprendizaje logrado para avanzar
- Aprendizaje al ritmo del alumno
- Clases magistrales como elemento de motivación
- Intervención de supervisores

El papel de profesor implica una mayor cantidad de esfuerzo y complejidad, dado que debe facilitar materiales de estudio, fuentes de aprendizaje, cuestiones o problemas a resolver y sus respuestas, así como criterios de dominio y sistemas de control/gradación, que efectivamente reflejen el grado de avance de los estudiantes.

Los estudiantes avanzan a su propio ritmo en la lectura del material y solución de los problemas, y las reuniones con los tutores sirven fundamentalmente para comprobar el logro de los objetivos y posibles dificultades para conseguirlos, brindando retroalimentación inmediata que favorezca el posterior aprendizaje.

Ventajas: Se adecua a las necesidades y ritmo de cada estudiante, lo que es favorable en la medida en que no todos tienen el mismo background y motivación, posibilitando así superar

problemas provocados por las diferencias en los ritmos y estilos de aprendizaje de los diferentes participantes. Favorece una actitud de auto-aprendizaje y una predisposición a asumir favorablemente posteriores cursos de aprendizaje autodirigido y modalidades de educación a distancia.

Desventajas: Las demandas de tiempo y de competencia necesarias para el docente se incrementan. Facilitan un aprendizaje activo, en el cual el docente solo es un facilitador y el estudiante tiene el rol y la responsabilidad principal sobre su aprendizaje.

Aprendizaje centrado en el que aprende:

Requiere de la auto-direccion del estudiante y que los docentes asuman un papel de facilitadores, incorporando una negociación genuina. La estrategia incluye la realización de convenios de aprendizaje que estructuran el proceso de aprendizaje de cada estudiante.

Existen seis pasos para realizar estos convenios de aprendizaje:

- Evaluación de necesidades de educación y capacitación
- Identificar objetivos y metas específicas
- Describir los recursos educativos disponibles
- Establecer las directivas de trabajo docente-estudiante
- Determinar las herramientas para evaluar habilidades y competencias
- Establecer un coronograma para monitorear el avance del alumno

La negociación que tendrá como fruto dicho objetivo debe incluir la profundidad y extensión con que los temas serán tocados, adecuándolos a las características de cada estudiante.

Ello igualmente incorpora la necesidad de que los tiempos y métodos de aprendizaje se adecuen a las necesidades de cada alumno. Implica el uso en mayor o menor medida de técnicas auto-instructivas.

Finalmente se incorporaran los procedimientos por los cuales se realizará la evaluación.

Todo el proceso debe haber sido conducido por el docente tomando en consideración las necesidades docentes que cada estudiante tienen en función a sus avances previos.

Ventajas: Aclara expectativas de estudiantes al concentrarse en metas y objetivos prácticos y factibles. Confiere mayor responsabilidad al estudiante, concentrando su atención en el aprendizaje pertinente y significativo, consiguiendo un compromiso más sólido con el proceso. Mejora la disciplina y las habilidades de aprendizaje independiente.

Desventajas: El perfil profesional y la propuesta curricular limitan una real negociación de los contenidos. Por otro lado, las demandas de tiempo y de competencia necesarias para el docente se incrementan.

Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas

En este tipo de estrategia de aprendizaje, el esfuerzo se centra en construir un conjunto de conocimientos a partir del análisis de problemas o casos-problema lo más parecidos a situaciones reales, los cuales son trabajados en grupos reducidos de estudiantes.

- El proceso se inicia con la presentación de un problema o situación para su análisis. el grado de dificultad de los problemas variara en función al nivel de conocimientos de los estudiantes. Es tiempo de clarificar términos y conceptos, definir el problema y analizarlo.

- A continuación se realiza la explicación y solución tentativa a estos (generación de hipótesis). Este proceso identificara los conocimientos disponibles y los vacíos de conocimientos y habilidades que se requieren para resolver el problema.
- En función a estos vacíos se prepara un plan de aprendizaje o estudio, focalizando las áreas de importancia para las búsquedas de información.
- En el siguiente paso se recoge información adicional fuera del grupo. Es importante que esta información tenga un suficiente nivel de evidencia, esto es, que las fuentes tengan un suficiente grado de confiabilidad y validez, recogiendo la producción científica más reciente al respecto.
- A continuación estos temas seleccionados son presentados y debatidos en el grupo, evaluándose la pertinencia de la información (según su nivel de evidencia) e interiorizándose los contenidos por los participantes.
- El proceso se completa cuando los estudiantes hacen un resumen de los conocimientos aprendidos y una abstracción de como ello puede ayudarles a entender otros problemas a tratar posteriormente.

Ventajas: Los estudiantes pueden auto-evaluar el grado de conocimientos que tiene sobre las materias planteadas, formando un cuerpo de conocimientos propio. los nuevos conocimientos se incorporan a este cuerpo de conocimientos, lo que favorece un aprendizaje mas significativo. Da una mayor motivación dado que se asume un mayor realismo en la solución de los casos planteados, que en una explicación teórica. Da pautas sobre como realizar su aprendizaje futuro a partir de los casos que aborde el futuro profesional.

Desventajas: Requiere de fuentes disponibles para una búsqueda adecuada de la información que en realidad enriquezca sus apreciaciones. La estructuración de una propuesta curricular integra en base a esta estrategia es mucho mas compleja y requiere un importante trabajo en equipo entre diferentes disciplinas. Los docentes deben estar preparados para actuar como facilitadores.

Aprendizaje basado en la experiencia:

El énfasis se pone en la aprehensión de diversos aspectos afectivos que transcurren durante la experiencia, muchos de los cuales rebasan el aspecto meramente intelectual, y abordan sentimientos, actitudes, valores, etc.

Es particularmente útil en el aprendizaje de aspectos que implican un fuerte relacionamiento entre el prestador y el usuario: relación médico-paciente, diagnóstico e intervención en orientación familiar, etc.

Se apoya en el uso de simulaciones o role-playing, así como en la grabación de las interacciones. Luego de la visualización de estas interacciones ellas son discutidas por el grupo, buscando identificarse los comportamientos empleados, y la identificación de comportamientos alternativos que podrían responder mejor a los objetivos planteados.

Ventajas: Gran utilidad para abordar aspectos no cognoscitivos, que de otra forma no podrían haber sido abordados.

Desventajas: el role-playing no necesariamente va a retratar lo que realmente ocurre en la practica. Si realmente se aborda lo relacionado a la practica se requiere equipos especiales de filmación y la colaboración del paciente, lo que igualmente puede influir en los resultados, o de un espejo uni-direccional (que permite observar la interacción sin ser observado), lo que es difícil de conseguir para muchos los programas educativos.

Aprendizaje basado en la pedagogía de la problematización:

El énfasis se pone en la capacidad del alumno, como agente de transformación social, para detectar problemas reales y buscarles solución original y creativa. Por esta razón, la capacidad que se debe desarrollar es de hacer preguntas relevantes, en cualquier situación, para entenderla y colocarse en condiciones de resolverla adecuadamente.

El rol de los alumnos es traer información sobre problemas reales en su contexto laboral, revisar material bibliográfico que puede ayudar a metabolizar esos problemas y a buscarles solución, y finalmente trabajar en grupos planteando soluciones factibles a dichos problemas, las cuales son pasibles de ser inmediatamente asumidas.

Ventajas: Gran utilidad para abordar aspectos de decisión, en los cuales el objetivo es cambiar una estructura a partir de nueva información. Especialmente útiles en situaciones en los cuales se entrena a tomadores de decisión, o cuando estamos ante situaciones concretas de nivel muy local, cuya decisión de cambio está en los propios protagonistas.

Desventajas: Menor utilidad para situaciones en las cuales el cambio no depende de los protagonistas, ya que ellos ni tendrán acceso a la información real requerida para problematizar adecuadamente, ni podrán posteriormente ejecutar los cambios surgidos del análisis.

El perfil profesional y la propuesta curricular limitan los contenidos que pueden entrar en esta metodología. Por otro lado, las demandas de tiempo y de competencia necesarias para el docente se incrementan.

III.2 Formación e inserción de los equipos básicos para la salud familiar

Aspectos comunes a los Equipos Básicos de Salud de los Modelos de Medicina y de Salud Familiar, para su formación por competencias

De las experiencias revisadas y la bibliografía consultada se desprende un conjunto de recomendaciones sobre como trabajan o deberían trabajar los Equipos Básicos de Salud, las cuales pueden orientar la formación por competencias de los miembros de dichos Equipos *{Couceiro-Vidal, 2008;Simó Miñana, 2002;Diez Espino, 1998;Irigoyen, 2006;Krajic, 2003;Villegas del Carpio, 2003;WONCA Europe, 2002}*.

En primer lugar los Equipos Básicos de Salud deben ser concientes de su importante misión de ofrecer salud a las familias que le han sido adscritas, y para ello deben acumular todas las competencias necesarias para poder prestar una atención integral centrada en la persona como un todo, que incluya efectivamente a su contexto familiar y comunitario, buscando verificar, y de ser posible intervenir, en todos los determinantes bio-psico-sociales que afectan su salud *{Gallo Vallejo FJ., 1999}*. Para tal fin, los Equipos Básicos de Salud deben acumular conocimientos, aptitudes y prácticas que les permitan no sólo enfocarse en el problema o la queja que trae el paciente en el momento de la demanda presente, sino proyectarse a los elementos base de dicha demanda, sumándole a ello unos valores, actitud y principios precisos, sustentados en una fuerte vocación de servicio dirigido a la comunidad *{De la Revilla, 2001}*.

En tal sentido, tal vez lo más importante para los miembros de estos equipos sea que adquieran competencias para abordar no sólo a las enfermedades infecto-contagiosas o prevalentes con mayor carga de morbi-mortalidad (objeto de trabajo de las prioridades o emergencias sanitarias, ahora llamadas Estrategias Sanitarias Nacionales) y a los grupos tradicionalmente más vulnerables como el binomio madre-niño, adolescentes y adultos mayores, sino también a aquellas necesidades de salud individuales y familiares que constituyen los nuevos desafíos epidemiológicos derivados de los complejos y rápidos cambios en los estilos de vida se vienen haciendo cada vez más prevalentes, como las dolencias crónicas/degenerativas, la obesidad, las situaciones derivadas de la violencia, el stress, la depresión, y otros problemas de salud que tienen un fuerte componente psíquico al lado del somático *{Green LA, 2005}*.

Igualmente como un elemento clave para incrementar la resolutividad de los Equipos Básicos de Salud, ellos deben adquirir competencias en el abordaje de la salud de la familia, de manera que, al recuperar y poner en práctica un enfoque sistémico que privilegia la atención a las interrelaciones en la familia, los Equipos Básicos de Salud pueden recuperar la alianza proveedor – paciente – familia, expresión de un verdadero "triángulo terapéutico" integral y participativo *{Mull, 2004}*.

Adicionalmente, es importante que los equipos adquieran competencias para ejercer una efectiva promoción de la salud, constituyéndose en reales defensores de la salud de su población, y por lo tanto promotores del desarrollo social; impulsando procesos intersectoriales de construcción de comunidades y municipios saludables, a través de Planes de Desarrollo Local concertados, e instrumentalizando cotidianamente los enfoques de equidad social y de género, contribuyendo al fortalecimiento organizacional mediante una coherente Atención Primaria Orientada a la Comunidad, que sea capaz de participar activamente, y estableciendo alianzas productivas entre sus representantes *{Kark, 1997;Nutting, 1986}*.

Otro grupo de competencias debe enfocarse en forjar un conjunto de estrategias de prevención de enfermedades para las diferentes etapas de la vida, y abarcando tanto a la persona como la familia. Ellas deben aprovechar las mayores posibilidades de prevenir enfermedades con las que cuentan los equipos básicos que transitan el hábitat de la población, pues al conocer los riesgos; tienen la ventaja de realizar diagnósticos tempranos y ofrecer orientación oportuna, y en el caso de la prevención secundaria y terciaria, haciendo un seguimiento estrecho de los casos y haciendo las respectivas referencias en caso de ser necesario {Glassman, 2008}.

Si bien la suma de las competencias previamente delineadas constituye en esencia la atención integral de salud a la población y para ciertas condiciones y escenarios ellas en si mismas podrían bastar para ser resolutivas, es importante que estas prestaciones se ofrezcan adoptando los enfoques más adecuados en materia de comunicación interpersonal, y asegurando todas las connotaciones éticas y humanísticas, y bajo un marco de costo-efectividad. Estos atributos que también deben ser alcanzados por los miembros de los Equipos Básicos de Salud, constituye una especie de bloque de competencias transversales, que entrecruzando a las anteriormente enumeradas deben maximizar la salud de la población *{Crisp, 2008}*.

Por otro lado los Equipos Básicos de Salud deben adquirir competencias para alcanzar un intercambio fluido de información con los miembros de sus familias adscritas, ofreciéndoles un enfoque más horizontal y colaborativo *{Millán Nuñéz-Cortéz, 2005}*. Para ello, deben aprender a no considerar a los usuarios apenas como un receptor pasivo e impersonal de indicaciones a seguir, sino a verlo como un socio para su salud, que es apreciado en su individualidad como persona, y como miembro de una familia y comunidad específicas. En nuestro medio, y relacionado a esta temática, destaca el abordaje inter-cultural que se debe incluir en todas las situaciones en las que los prestadores desarrollen actividades con poblaciones pertenecientes a grupos minoritarios y/o excluidos de la cultura occidental imperante *{Suárez-Bustamante MA, 2008}*.

Finalmente, en un contexto de una explosión de costos de los sistemas de salud, operada desde la segunda mitad del siglo XX como producto del encarecimiento de la tecnología y los medicamentos, la cual ha hecho zozobrar a múltiples instituciones privadas de prestación de servicios de salud, estos Equipos Básicos de Salud deben cada vez más alcanzar la mayor costo efectividad posible. En tal sentido, todas sus competencias deben estar transversalmente revestidas de elementos que eleven la conciencia de alcanzar los mismos objetivos con el mayor ahorro de recursos posibles, pues con ello se podrá mantener controlados los costos de la prestación sin disminuir su calidad, lo que es central en un escenario que va camino al aseguramiento universal *{Gallo Vallejo FJ., 1999}*.

Punto de partida en el entrenamiento de los Equipos Básicos para la Salud Familiar

Como puede apreciarse, en el contexto de las intervenciones en salud familiar revisadas, se requieren Equipos Básicos de Salud adecuadamente preparados para enfrentar los desafíos de ofrecer una Atención Integral de Salud. La responsabilidad de formar a estos equipos recae fundamentalmente sobre las universidades, aunque también deben participar activamente los colegios profesionales y en un rol modulador, las entidades que los van a contratar (en nuestro caso la DGGRH del MINSA y ESSALUD) *{Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, 2008}*.

En esta revisión postergamos cualquier argumentación explícita en torno a la formación de Medicina Familiar en el pre-grado por dos motivos fundamentales:

- Primeramente por que todas las recomendaciones que se están formulando para los diferentes tipos de metodologías formativas descritas se aplican también al pre-grado. Así, aún sin tocar específicamente el tema puede serles útil lo que aquí se comenta.
- En segundo lugar, porque la verdadera discusión sobre la introducción de una formación orientada al primer nivel de atención y la AP empleando una metodología de aprendizaje basada en problemas en las facultades, es en realidad político-conceptual, y no necesariamente metodológica.

En términos generales, existe actualmente un problema básico referente a la formación de los miembros del Equipo Básico de Salud que en principio debería estar preparado para atender adecuadamente el 80 a 90% de los problemas que se le presentarán en su práctica cotidiana del primer nivel de atención. Este problema reside en *{Borrell, 2008}*:

La formación convencional ofrecida por las universidades no está enfocada: la formación de corte hospitalocéntrico no encaja con la realidad en la que se desenvolverá, y en consecuencia no lo prepara para hacerse cargo de su puesto con resolutividad.

La formación convencional ofrecida por las universidades no está orientada a las competencias: la transferencia enciclopédica de conocimientos no se preocupa por el desarrollo de competencias en los médicos generales, sino hasta los últimos años de su formación. Ello ocurre porque para desarrollar una competencia no basta con acumular conocimientos, se requieren también actitudes y valores.

La formación convencional ofrecida por las universidades no desarrolla la vocación por el auto-aprendizaje: Al no inculcarse valores para la auto-replicación de los conocimientos adquiridos durante su formación, el 50-60% de los conocimientos que un médico general recibió en la facultad pueden quedar desactualizados en 10 años.

Un programa formativo es exitoso, únicamente si logra que la practica de un profesional, se adecue a los estándares previamente fijados.

En el caso que nos ocupa, los métodos de capacitación deben apuntar a que: el miembro del equipo de atención primaria pueda desarrollar su trabajo profesional cotidiano según ha sido descrito en las presentaciones previas en esta misma sección. Este trabajo debe desarrollarse adecuadamente para la población atendida e independientemente de las circunstancias y escenarios en que se desenvuelva. Estos estándares deben transformarse en competencias idóneas, de las cuales una formulación de ejemplo puede encontrarse en el Anexo 1 (En este caso referidas al médico familiar o extrapolando a los médicos de atención primaria en general), constituyen un desafío tal, que en general hacen insuficientes los mecanismos para la transmisión de conocimientos convencionalmente empleados en las facultades de medicina. En consecuencia se requieren mecanismos diversos para poder desarrollar esas competencias, los mismos que deben buscar integrar eficientemente la docencia y los servicios, buscando aprovechar éstos últimos con el fin de generar recursos humanos con las competencias necesarias para cumplir con los objetivos del Sistema de Salud en los diferentes niveles de

atención. Y lo que es más importante, deben buscar modalidades para poder masificar esta oferta de competencias {Pelayo, 1998}.

Veremos que existen dos tipos de eventos educativos, los orientados a la Inducción conceptual y metodológica, y los referidos a la generación integral de competencias. Ellos se detallan a continuación

Modalidades para la Inducción Conceptual e Inducción Metodológica de los Equipos Básicos para la Salud Familiar: Cursos de educación continua o Diplomados.

Las modalidades para ofrecer una inducción conceptual o metodológica, buscan transferir fundamentalmente conocimientos. En el caso de las materias de Inducción conceptual los conocimientos se centran sobre aproximaciones racionales a una temática de discusión y debate, la docencia, la gestión de un modo general, la investigación de nuevas tecnologías, y el análisis de situaciones problemáticas que afecten al sistema de salud. El ejemplo más cercano de modalidades de esta naturaleza son los diplomados y otros cursos de educación continua libres. Por otro lado, la Inducción metodológica se concentra en los contenidos necesarios para adquirir nuevas habilidades en la ejecución de un listado detallado de pasos que deben ligarse a una tarea concreta. Un ejemplo de ello son los cursos para instrumentación quirúrgica o aprendizaje de un software.

Si bien está comprobado que los cursos de educación continua pueden servir para transferir conocimientos al médico de atención primaria, para maximizar su efecto se requiere que :

- Lleven en consideración el enfoque de educación para adultos por el cual
- Valoren sus expectativas, estimulándolos a rendir hasta su máximo, en un equilibrio entre cooperación y competencia
- Se construya en torno a experiencias reales o que simulan la realidad, ya que los adultos aprenden fundamentalmente a través de la resolución de las necesidades prácticas que le impone su labor cotidiana.
- Los estudiantes deben buscar y elaborar activamente información, y no sólo recibirla pasivamente. Idealmente este proceso debe desarrollarse en un intercambio enriquecedor con el profesor y los compañeros, manteniendo así su interés y motivación.
- Es muy importante la devolución educativa o feedback, el cual debe ser lo más individualizado posible, ajustándose a las diferentes necesidades de cada estudiante, de modo que le permita verificar sus resultados, en el período más adecuado posible según su background y otros aspectos propios de él.

Una disyuntiva común para quienes en la actualidad organizan cursos de educación médica continua es la decisión entre organizar un curso presencial o uno a distancia *{Grau-Perejoan, 2008}*. Los cursos presenciales tienen una alta aceptación debido a que:

- Resultan más conocidos para la mayoría de profesionales que se han formado bajo este esquema,
- En ellos los participantes se sienten más cómodos ya que la iniciativa y motivación que requieren con esta metodología es menor,
- Particularmente en cursos pequeños, hay mayor posibilidad de interactuar directamente con el docente, recibiendo una cantidad de información complementaria que es difícil de obtener por otros medios.

Sin embargo, los cursos de educación continua también tienen sus limitaciones como por ejemplo:

- El número de alumnos es limitado, dado que los horarios son rígidos y los participantes (y en medida variable los docentes) deben adaptarse a él.

- Los costos de la organización, incluyendo los costos del docente, suele ser más alto. Esto se suele solventar con un mayor pago de los participantes, lo que podría representar una barrera económica para muchos de ellos.
- Finalmente, las barreras geográficas pueden representar un gran escollo para la participación de profesionales de localidades diferentes a aquella en la que se organiza el curso *{Cabero Almenara, 2006}*.

Los cursos a distancia, por su lado, tienen algunas ventajas:

- Dado el abaratamiento del uso de la tecnología y menor costo de organización, los costos de la participación se han reducido.
- Pueden participar alumnos con jornadas laborales intensivas, dado que el alumno puede regular sus propios tiempos de participación
- Es posible, teóricamente, extender el número de alumnos por curso y ampliar el acceso a participantes de diferentes áreas geográficas.
- Cuando el e-learning es bien ofrecido, es posible una mayor individualización y especificidad de las evaluaciones de avance, especialmente comparado contra cursos presenciales masivos, y en esos casos ser tanto o más efectivos que un curso presencial *{Cabero Almenara, 2006}*.

Si bien estas características pueden hacer de estos programas bastante atractivos, una serie de características, hacen que aun sea una opción con un índice de deserción mucho mayor que en cursos presenciales. Por ello es mejor estar atento a la posibilidad de combinar metodologías con lo que se rentabiliza el trabajo con los participantes *{Grau-Perejoan, 2008}*.

Modalidades Convencionales para el Desarrollo de Competencias Integrales de los Equipos Básicos para la Salud Familiar: La Residencia Médica

Los eventos educativos orientados al desarrollo de competencias integrales como la especialización en procesos de residentado, exponen al participante a una carga diaria de consultas médicas y otras modalidades de contacto con los pacientes y la población, lo que genera múltiples oportunidades para aplicar lo aprendido y, recibiendo una retroalimentación tanto de sus profesores como de los propios pacientes, puedan permanentemente perfeccionar sus competencias {Saura, 1997}.

Sobre la residencia médica, podemos decir que, debido a la presencia de espacios de trabajo clínico gradualmente complejo, para desarrollar sus habilidades como especialista, sería el método ideal para la generación de competencias en los nuevos miembros de los equipos básicos que vayan a especializarse en Salud de la Familia. Así, estas competencias se adquirirían inicialmente dando soporte a especialistas o residentes de mayor grado, posteriormente ellos mismos desempeñando las labores esperadas para su perfil, y finalmente haciendo docencia hacia los colegas iniciantes *{Saura-Llamas, 1997}*.

El trabajo clínico previamente descrito idealmente se debe complementar con espacios académicos, en los cuales los miembros de los equipos básicos puedan adquirir conceptos y metodologías de su disciplina y enriquecer el potencial didáctico de lo aprendido en las rotaciones mediante elementos complementarios tales como:

- Permanente enfoque de Aprendizaje Basado en el Problema y Medicina Basada en Evidencias, para lo cual son importantes las discusiones académicas de casos de manejo ambulatorio.
- Énfasis en los contenidos diferenciales de su disciplina, tales como: el enfoque biopsicosocial, la atención a la familia y a la comunidad, salud pública y gerencia de servicios para el primer nivel de atención, investigación y docencia en atención primaria, etc.

- Incorporación de otros métodos, además de la práctica con pacientes, para desarrollar habilidades. Simuladores, filmaciones, tests interactivos, todos ellos son métodos que pueden ser igualmente útiles en el trabajo formativo.
- Manejo a través del TOPICS, y otras actividades para favorecer la impregnación de valores que conduzcan al "aprendizaje de por vida" y la permanente actualización del especialista.

A propósito de los valores y actitudes que los miembros de los equipos básicos deben adquirir como parte de su formación, sin duda el método más importante para favorecer su impregnación durante el período formativo es que aprendan del ejemplo de los tutores y preceptores. No obstante existen otros medios como el análisis de las interacciones residente-paciente, las cuales pueden igualmente ser empleadas.

Por último, debemos dedicar unas palabras en esta sección a enfatizar que la evaluación y certificación de Médicos Familiares debe realizarse tanto mediante las pruebas orales y de opción múltiple (respondiendo preguntas de conocimientos) como otras más profundas que evalúen el resto de los componentes de las competencias, y que realizadas periódicamente, posibilitarán dar un feedback más adecuado al residente. Así, es importante ir hacia el desarrollo de evaluaciones de caso clínico, pacientes simulados, simuladores o idealmente el OSCE, en las cuales podamos evaluar también las habilidades cognitivas, habilidades psicomotoras y valores esperados del residente. Implementar estas pruebas es mucho más importante en la certificación del especialista, que es precisamente la evaluación final de las competencias adquiridas a lo largo de su entrenamiento *{Barragán, 2000}*.

Modalidades Aternativas para el Desarrollo de Competencias Integrales de los Equipos Básicos para la Salud Familiar: La formación por competencias de Especialistas en Salud Familiar

Este modelo se puede aplicar a cualquiera de la profesiones que constituyen el Equipo de Salud, no obstante, se plantea el caso específico de los médicos, debido a que es en este grupo profesional en el cual se han desarrollado la mayoría de iniciativas al respecto.

Si bien la residencia médica se considera el gold standard para la formación de los especialistas, ella no es el único método para lograr la especialización en atención primaria. Un método alternativo, empleado para poder producir miles de especialistas en medicina familiar en países como España, Portugal, Mexico y otros, es la formación por competencias, también denominada reconversión de Médicos Generales en Médicos Familiares.

En este tipo de formación, el candidato a especializarse, recibe ayuda del programa de entrenamiento para completar las competencias que le faltan para constituirse en un especialista. En esta lógica se sobre-entiende que tanto por su formación del pre-grado como en el desarrollo de su trabajo en atención primaria, un médico general ha recibido una base importante de las competencias requeridas para especializarse en Medicina Familiar. En consecuencia, es razonable pensar que un programa menos estructurado que una residencia médica, podría ofrecerle las competencias faltantes para adquirir los estándares necesarios para certificarse como médico familiar *{Fernández-Ortega M., 2003}*.

En estos programas la formación debe combinar una metodología presencial y a distancia para permitir el entrenamiento tanto en los centros universitarios de formación mediante la modalidad de pasantías y actividades académicas, como en el propio centro de trabajo donde el médico general inicialmente desarrolla sus labores regulares.

Si bien las metodologías didácticas para esta combinación presencial-"a distancia" es importante, la clave de este tipo de programas está en la evaluación por competencias, que inicialmente debe definir lo que el participante del programa necesita aprender, y periódicamente debe medir si efectivamente está adquiriendo los conocimientos, habilidades y valores esperados *{Barragán, 2000}*.

Por último, sólo una evaluación por competencias muy acuciosa podrá verificar, al final del programa, si efectivamente el miembro del equipo básico reconvertido en este tipo de programas, efectivamente ha desarrollado, o no, las competencias que se esperarían para ser especialista. Este proceso de certificación de debe ser bastante más exigente y detallado que el realizado por los ex–residentes, cuyos tutores conocen las fortalezas y debilidades debido a la larga convivencia juntos. Dado que la certificación, como su nombre lo índica, es la garantía para la sociedad de que este nuevo especialista tiene las mismas competencias que un médico familiar a pesar de no haber realizado un programa de residentado convencional, es mandatoria la necesidad de una prueba por competencias en los programas de reconversión para médicos generales.

Condiciones necesarias para la adecuada inserción de los Equipos Básicos para la Salud Familiar

En las experiencias revisadas ha quedado sustentado que Equipos Básicos de Salud bien formados, responsables por un área geográfica poblacional localizada dentro del ámbito de un área sanitaria definida, residiendo cercano o en ella para poder desarrollar sus actividades en régimen de tiempo completo en coordinación con uno o más establecimientos de salud, pueden diagnosticar y abordar adecuadamente entre el 80% y 90% de las necesidades de salud de la población de cualquier edad, en las comunidades donde trabajan. Sin embargo, para que ello ocurra así, además de la organización y las competencias requeridas, es necesario contar con el contexto adecuado (infraestructura, equipamiento, facilidades de telemedicina, entre otros puntos), que pueda favorecer una atención primaria de alta calidad, además de adecuados incentivos para asegurar la disponibilidad de los equipos en estas áreas remotas, de por si hostiles a profesionales que en su gran mayoría nacieron y se formaron en los grandes centros urbanos. Algunas de estas condiciones complementarias se colocan en este ítem.

Un tema común a los diferentes modelos, necesario para que miembros de los equipos básicos puedan contar con el éxito debido, es el ingreso formal al sistema laboral a través del acceso a plazas en las que efectivamente se les reconozca su estatus de especialistas, a quienes lo hayan conseguido . La historia en otros países ha mostrado que tan importante como contar con universidades o centros académicos para la formación de especialistas en Medicina Familiar, es preparar los contextos en los cuales ellos podrán desempeñarse adecuadamente, y desplegar las competencias que adquieren durante su formación. Al respecto existe el ejemplo de lo ocurrido en Perú en la década de los 80 donde se formaron médicos generales integrales con habilidades para la atención primaria, pero que en su gran mayoría derivaron hacia la gestión de salud por falta de vacantes adecuadas para ejercer su especialidad en el sector público. Si en el contexto, repitiéramos la experiencia, haciendo un masivo esfuerzo formativo universitario o por competencias, pero con igual falta de plazas en servicios o programas adecuados para el trabajo en Medicina Familiar en los cuales ellos fuesen contratados al finalizar su formación, ello seguramente conduciría al desánimo y progresivo declinio del número de postulantes, o a su derivación hacia otras actividades relacionadas.

Por tal motivo se requiere suficiente número de servicios donde los profesionales formados puedan ejercer con los criterios de integralidad, continuidad, calidad técnica y humana, así como deben estar adecuadamente coordinados con el resto del sistema de salud respectivo. Ello puede lograrse, prioritariamente, construyendo un Programa o Estrategia de Salud Familiar de dimensión nacional el cual pueda absorber esta demanda laboral.

Tampoco basta con incrementar las vacantes para el residentado médico o la formación por competencias, si no se han consolidar las capacidades docentes del grupo de Universidades que especializan a los miembros de los equipos básicos. En tal sentido, para el sistema tiene poca relevancia formar decenas o cientos de médicos familiares por año, si éstos no cuentan con las competencias para asegurar su resolutividad en el trabo en AP. Por ello, es necesario, que los diferentes programas tengan un nivel de desarrollo docente homogéneo, a lo que puede ayudar la conformación de redes docentes o polos de capacitación *{Brasil, 2002}*. Sólo después de

asegurar ese primer logro se podría expandir con seguridad el número de Universidades que especializan a los miembros de los equipos básicos, particularmente incorporando a nuevas Universidades de las zonas priorizadas del interior del país. De no asegurarse esta competencia docente, se obtendrá una situación en la que se produzcan masivamente recursos humanos no resolutivos, lo que a la larga le restará credibilidad al sistema, desvalorizando la imagen del especialista en salud familiar y originando una notoria insatisfacción en estos profesionales y también de la población a la que ellos sirven.

Al respecto, un elemento crucial son las sedes docentes, las cuales deben ser servicios de Salud Familiar o establecimientos vitrina, donde los miembros de los equipos básicos se vayan especializando mediante un entrenamiento en servicio privilegiado. Esta vertiente de los servicios de salud modelo, permitirá a los miembros de los equipos básicos, inicialmente desarrollar su entrenamiento en el contexto idóneo para la adquisición de competencias específicas, y posteriormente les servirán para desplegar todas sus habilidades ejerciendo de acuerdo al perfil de su especialidad. Ello es fundamental porque los valores clave de la práctica de la Salud Familiar no podrán ser logrados en servicios que no tengan adscripción familiar, o donde se exija productividad indiscriminada a despecho del mayor contacto con el paciente y su contexto, o a aquellos que limiten la continuidad absolutamente necesaria para ofrecer una atención integral *{Berraondo, 1997;Juncosa, 2001}*.

Un elemento fundamental paralelo al trabajo de inserción de los equipos básicos, consiste en garantizar la incorporación de incentivos adecuados para orientar la inserción de los especialistas en las áreas seleccionadas, lo que significaría recibir todos los beneficios que adquieren los otros especialistas hospitalarios y un bono adicional para aquellos que trabajen en condiciones desventajosas. Si a ello le sumamos al mismo tiempo construir una línea de carrera que haga atractivo desplazarse hacia las áreas menos favorecidas, tendremos un terreno óptimo para la adecuada inserción de estos equipos. Ello porque, sin un catalizador que incentive la incorporación de los especialistas formados a los programas gubernamentales, ellos podrían derivar hacia el sector privado o hacia otras funciones donde el acceso sea menos problemático y la retribución por el trabajo les resulte más rentable.

El mejor ejemplo de cómo un adecuado sistema que promueva la inserción de los profesionales idóneos puede contribuir efectivamente al logro de una intervención lo encontramos en el Programa de Saúde da Familia de Brasil, el cual se inició en una época en la que eran muy pocos los médicos familiares formados en ese país y bastante limitados, cuantitativa y cualitativamente, sus programas de formación en la especialidad. Para la fecha de inicio del Programa, Brasil contaba apenas con unas directivas técnicas bastante escuetas y con unas cuantas unidades modelo del Programa basados en experiencias internacionales. Sin embargo, con una decisión política maciza que condujo a un sistema de incentivos excelente —algunos médicos del Programa iniciaron recibiendo sueldos que doblaban el de los otros médicos del sistema y con ventajas educativas y sociales inexistentes para sus pares—, sumada a una selección exigente en cuanto a compromiso y deseo de adherir al nuevo modelo llevó a la inserción masiva de otros especialistas (cardiologos, internistas, etc.) para trabajar como médicos familiares, los cuales progresivamente han venido ejecutando su reconversión a la especialidad de Medicina Familiar.

III.3 EXPERIENCIAS DE FORMACION DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD FAMILIAR

Experiencias en la Modalidad de Inducción Conceptual y Metodológica

En este ítem se presentan diversos cursos, diplomados y otras modalidades de formación que, como ya se definió, no buscan generar competencias de modo integral, sino apenas transferir conocimientos que sirvan como base para un desarrollo complementario que conduzca al desarrollo de las necesarias competencias. Estos medios pueden referirse a una Inducción

conceptual, cuando lo que se quiere es transmitir información general para la reflexión y perfeccionamiento del modo de abordar sus actividades, o a una Inducción metodológica, si los que se desea es transmitir pautas concretas para la realización de tareas, poniendo poco énfasis en la teorización. En realidad, lo más común es contar con experiencias mixtas que combinen ambas modalidades

Se han encontrado múltiples iniciativas, de muy variadas configuraciones para la inducción conceptual y metodológica de los Equipos Básicos de Salud. A continuación describimos algunos ejemplos de experiencias buscando iniciar la discusión sobre el tipo de formación que se requiere.

Programa de Formación en Atención Primaria de la Universidad de Toronto, Canadá

Desde el año 2000 y a través de su Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, la Universidad de Toronto desarrolla programas internacionales centrados en capacitación en atención primaria en salud, con énfasis en la formación de equipos multidisciplinarios en Atención Primaria (incluyendo médicos, enfermeras, odontólogos, parteras, trabajadores sociales, agentes comunitarios de salud/promotores de salud, sicólogos y otros profesionales. La experiencia ha sido desarrollada en América Latina fundamentalmente en Brasil Chile y Colombia y organizada en módulos que incluyen presentaciones teóricas, actividades en pequeños grupos, actividades en grandes grupos, desarrollo reproyectos e implementación de técnicas de trabajo en equipo. Cada módulo incluye dos o tres días de teoría, trabajo en grupo y desarrollo de un proyecto. Los proyectos deben enfocar un problema frecuente en su comunidad. Las presentaciones y ejercicios en pequeños grupos hacen énfasis en los conceptos, actitudes y habilidades, además de los fundamentos de la Salud familiar *{Departamento de MF Univ. Totonto, 2003}.*

Programa de Médicos Comunitarios, Argentina

Implementado por el Ministerio de Salud argentino en coordinación con gobiernos regionales, municipios y universidades, como un Postgrado en Salud Social y Comunitaria y un Postgrado en Metodología de la Investigación para la Salud Social y Comunitaria. El Programa está dirigido a médicos clínicos, médicos generalistas, médicos de familia, toco-ginecólogos, obstetras, pediatras, enfermeras, obstétricas y psicólogos. El profesional de la salud recibe una beca de apoyo económico para la realización de su componente de formación, el resto de los integrantes del equipo de salud del Centro de Salud al que se integra el profesional -para la actividad en servicio correspondiente a su formación- accede a la posibilidad de recibir una beca de formación para la realización de la capacitación que ofrece el Programa Médicos Comunitarios.

Diplomado de Atención Integral de salud para Equipos Básicos de Salud, Perú

El Diplomado se desarrollo en el año 2008 para Equipos Básicos de Salud de las microrredes de Ica y Huaytará con el objetivos de ayudarles a brindar Atención Integral de Salud, en el marco de una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que pueda dar respuesta a los problemas de salud existentes y afrontar los nuevos retos de salud, lograr la equidad y contribuir a una salud sostenible para todos. Mediante metodologías basadas en el enfoque didáctico de la problematización, los equipos elaboraron,estrategias de intervención para cambiar la realidad, a través de programas y proyectos que reflejan la interacción y trabajo en equipo, analizaron el rol de la comunidad en los procesos de la atención integral, analizaron las prácticas de gestión de los servicios básicos de salud dentro del marco legal e institucional regional y nacional, y reflexionaron sobre como mejorar las acciones para el cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad *{Universidad Nacional San Luis Gonzaga, 2008}.*

Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, Costa Rica

Este programa de Postgrado ofrecido por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en salud y seguridad social (CENDEISSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social en asocio con la Universidad de Costa Rica está orientado a ofrecer a los participantes diversas modalidades de formación para que puedan orientar un adecuado abordaje de los pacientes, sanos y con problemas de salud, aplicando los principios de la medicina de familia y del modelo de atención integral, así como a identificar los factores sociales, culturales, ecológicos, religiosos, económicos, de estilo de vida y del entorno familiar que afectan la salud y la enfermedad del paciente, la familia y las poblaciones *{Universidad de Costa Rica.Sistema de Estudios de Post Grado, 2003}.*

Diplomado en Atención Primaria de Salud para Médicos Generales del interior que laboran en la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, Panamá

Este diplomado organizado por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Panamá, el Programa Nacional de Salud de Adultos de la Caja de Seguro Social y la Asociación Panameña de Medicina Familiar, busca formar a médicos generales, en servicio, en aspectos básicos de medicina familiar que los habiliten para brindar cuidados de salud en la Atención Primaria de manera integral *{Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, 2007}.*

Diploma en Salud Familiar

Este diplomado organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, busca proporcionar a los equipos multidisciplinarios de Atención Primaria formación en salud familiar, incorporando herramientas necesarias para la puesta en marcha del Modelo de Salud Familiar en los establecimientos de Atención primaria *{Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2005}.*

Experiencias en el Desarrollo de Competencias Integrales

Por su lado, los eventos educativos orientados al desarrollo de competencias integrales se esfuerzan por acumular un conjunto de oportunidades educativas que expongan al participante, no solo a la recepción de información o su reflexión sobre el material recibido, sino también a la posibilidad de poder aplicarlo. El ejemplo más completo al respecto es la especialización en procesos de residentado médico, en los cuales los residentes tienen una carga diaria de consultas médicas y otras modalidades de contacto con los pacientes, lo que le posibilita permanentemente reformular su práctica en base a lo aprendido.

En cuanto a las experiencias en desarrollo de competencias integrales en miembros de los equipos de salud, algunas de ellas son:

Programa de Reconversión de Médicos Generales, Argentina, España, Portugal, durante la década del 80-inicios de los 90.

Aunque tuvieron una duración limitada, en tanto se consolidaban los programas de residencia, alcanzaron un rol decisivo, en algunos países (España, Portugal), más que en otros (Argentina). En Argentina, estos programas fueron reducidos y orientados a cubrir la demanda específica de pequeños núcleos de médicos, pudiéndose mencionar el programa de Formación de Médicos de Familia que se implementó en el Sanatorio Gûemes (1987-89) con el propósito de capacitar a

los integrantes del Plan Médicos de Cabecera, el programa de educación médica continua del Servicio de Medicina Familiar del Swis Medical Group, que funciona desde 1994. También la Escuela de Graduados de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdova organizó un curso "Curso de reconversión en médicos de familia" destinado a médicos que desarrollan especialidades para la atención de los adultos, con o sin título de especialista. En España y Portugal los programas fueron masivos, produciendo miles de nuevos médicos familiares por año.

Estos programas dirigidos a médicos generales, tenían contenidos fundamentalmente de: epidemiología clínica, cuidados en salud y aspectos preventivos, estilos de vida y salud, relación asistencial, toma de decisiones, consejería en crisis vitales previsibles, cuidados paliativos, salud de las familias, impacto de la familia en la enfermedad, importancia del cuidado de la salud del propio médico, paciente crónico, cronicidad y muerte. En el aspecto metodológico se enseña el uso y manejo de instrumentos específicos de la medicina familiar como la HCOP, familiograma, circulo de Thower, etc.

Programa de reperfilamiento para médicos del primer nivel de atención, Uruguay.

Dirigidos a médicos generales y especialistas que ejercen en medicina general, organizado en 3 módulos con 188 horas, 24 horas a distancia, en base a exposiciones y talleres, mediante sesiones de 4 horas por semana a cargo de un equipo docente con competencia en la temática desde la perspectiva integral, familiar y comunitaria {Ponzo, 2008}.

Especialización en medicina familiar en la modalidad semi-presencial en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, México

Programa de duración variable (Promedio 3 años) que se desarrolla en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde marzo de 2002 dirigidos a médicos con población asignada basada en el autoaprendizaje {Fernández-Ortega M., 2003}. El desarrollo del programa se da en la modalidad 4 meses en una Unidad especializada en Medicina Familiar, y por 8 meses en el servicio donde habitualmente laboran. Durante la mayor parte del tiempo de aprendizaje, que mantienen su permanencia en su centro de labores de origen realizan simultáneamente actividades académicas basadas en las discusión de casos desarrolladas paralelamente 3 veces por semana a fin de desarrollar las habilidades de la especialidad. Las actividades en la Unidad de Medicina Familiar son en su mayoría de clínica de atención primaria (teoría y práctica) con un porcentaje menor al 20% de teoría de áreas complementarias. Algunos meses se programan rotaciones hospitalarias pero siempre desarrollando actividades propias de la especialidad. Hasta Febrero del 2004 se habían formado aproximadamente 14,500 médicos familiares, los cuales se desempeñaban dentro del Sistema de la Seguridad Social Mexicana {Chávez, 2005}.

Especialidad en Enfermería en Salud Familiar, México

Dirigido a licenciado(a)s en enfermería, duración un año, teórico práctico, dirigido a desarrollar habilidades para identificar problemas en la dinámica familiar, atención primaria con énfasis en la prevención y promoción pudiendo desarrollar o implementar programas, con enfoque biosicosocial, y conocimientos en bioestadística *{Universidad Nacional Autónoma de México, 1998}*.

ANEXO

Competencias Principales (Específicas) a adquirirse durante la Residencia de Medicina Familiar de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (*)

El Programa de Segunda Especialización o Residencia de Medicina Familiar requiere que al final de su formación los residentes demuestren haber obtenido las siguientes 21 competencias prncipales:

Bases de la Medicina Familiar

Competencia 1 (B1): Transmitir los elementos de la disciplina de la Medicina Familiar que respaldan su práctica

Atención Individual

Competencia 2 (I1): 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

Competencia 3 (I2): Realizar un manejo integral de los problemas de salud que trae un paciente, con enfoque bio-psico-social y en el contexto de su familia y comunidad, desarrollando las intervenciones necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados.

Competencia 4 (I3): Contribuir efectivamente al abordaje de las necesidades de mantenimiento de salud y desarrollo de las personas y familias a su cargo.

Competencia 5 (I4): En todas las situaciones en que los problemas de salud escapen a su nivel de resolutividad, realizar las referencias al nivel secundario y terciario con oportunidad y luego de haber realizado el trabajo inicial de diagnóstico y estabilización.

Competencia 6 (I5): Atender o transferir las emergencias médico-quirúrgicas que se presenten de acuerdo a su nivel de resolutividad.

Atención a la Familia

Competencia 6 (F1): Llenar adecuadamente la Historia Familiar y los instrumentos en Medicina Familiar.

Competencia 7 (F2): Realizar un adecuado diagnóstico de las necesidades de salud familiares, con énfasis en los problemas psico-sociales o de dinámica familiar.

Competencia 8 (F3): Desarrollar las orientaciones a la familia que sean necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas familiares identificados.

Competencia 9 (F4): En todas las situaciones en que los problemas de la familia superen sus competencias, realizar la referencia a terapia familiar con oportunidad y luego de haber realizado el trabajo inicial de diagnóstico familiar.

Atención a la Comunidad

Competencia 10 (C1): Llenar adecuadamente los instrumentos para el diagnóstico comunal y de identificación de familias en riesgo.

Competencia 11 (C2): Realizar un diagnóstico participativo de los problemas de la comunidad

Competencia 12 (C3): Realizar programas comunitarios para abordar los problemas de la comunidad, contando con una adecuada participación comunitaria y social

Gestión y Administración

Competencia 14 (G1): Elaborar, y ejecutar hasta donde le sea posible, un plan para la reorganización de los servicios basados en la Atención Integral por etapas de Vida, del establecimiento de salud donde desarrolle sus prácticas.

Competencia 15 (G2): Contribuir a la elaboración de un Plan de Salud Local o Plan Operativo Institucional.

Competencia 16 (G3): Desarrollar los pasos necesarios para el Monitoreo y Evaluación, generando recomendaciones para el perfeccionamiento de los planes desarrollados

Competencia 17 (G4): Elaborar, y ejecutar hasta donde le sea posible, un plan para el mejoramiento continuo de la calidad

Docencia e Investigación

Competencia 18 (D1): Elaborar un plan de capacitación efectivo para los miembros del equipo de salud.

Competencia 19 (D2): Preparar y Desarrollar, hasta donde le sea posible, actividades docentes en el marco del plan de capacitación para los miembros del equipo de salud.

Competencia 20 (D3): Desarrollar una investigación en la realidad en la que trabaja como médico familiar.

Competencia 21 (D4): Establecer una rutina personal de Aprendizaje Basado en el Problema (ABP), fundamentada en los casos que aborda en su práctica cotidiana.

Competencias Genéricas a adquirirse durante la Residencia de Medicina Familiar

Las competencias previamente descritas se respaldan en 25 competencias genéricas relacionadas al Cuidado del Paciente, al Conocimiento Médico, al Aprendizaje y Mejoramiento continuos basados en la práctica, a las Habilidades Interpersonales, al Profesionalismo y al Ejercicio con una visión de sistema. Estas competencias genéricas han sido adaptadas de las recomendaciones de la Society of Teachers of Family Medicine y el Acreditation Council for Graduate Medical Education – Family Medicine.

1. Cuidado del Paciente

1.1 Desarrollar una interacción respetuosa con el paciente y su familia

1.2 Obtener información esencial y precisa del paciente y su familia.

1.3 Tomar decisiones informadas acerca de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas

1.4 Realizar planes de manejo negociados con el paciente.

1.5 Aconsejar y educar al paciente y su familia

1.6 Ejecutar procedimientos competentemente

1.7 Prevenir problemas de salud e incentivar el adecuado mantemiento de la salud

1.8 Trabajar con los otros profesionales y técnicos del equipo de Salud para proveer un cuidado centrado en el paciente

2. Conocimiento Médico

2.1 Desarrollar un pensamiento investigativo y analítico

2.2 Emplear adecuadamente las ciencias básicas y aplicadas requeridas para perfeccionar su práctica

3. Aprendizaje y Mejoramiento continuo basados en la práctica

3.1 Ejercitar el mejoramiento continuo de la práctica basado en el análisis crítico de sus experiencias y situaciones clínicas.

3.2 Ejercitar la medicina basada en evidencias en relación a los problemas de salud

3.3 Valorar adecuadamente la evidencia aportada por los estudios clínicos

3.4 Usar adecuadamente la tecnología para acceder y manejar la información disponible

3.5 Facilitar el aprendizaje de estudiantes y de los otros miembros del equipo de salud.

4. Habilidades Interpersonales

4.1 Crear y sostener una relación ética y terapéuticamente adecuada con los pacientes y sus familias

4.2 Desarrollar una comunicación efectiva

4.3 Trabajar efectivamente y como un líder, con los otros miembros del equipo de salud.

5. Profesionalismo

5.1 Desarrollar respeto y compasión por los pacientes y sus familias, y una vocación por responder a las necesidades de los pacientes y la sociedad, en un nivel que vaya más allá del interés propio.

5.2 Demostrar compromiso con los principios éticos y sus repercusiones en la práctica tales como la confidencialidad, consentimientos informados, deseos expresos no atención, etc.

5.3 Demostrar sensibilidad por los atributos particulares de los pacientes y sus familias, como cultura, edad, género, discapacidad, etc.

6. Ejercicio con una visión de sistema

6.1 Entender y demostrar sensibilidad por los modos en que su práctica afecta al cuidado ejercido por los otros miembros del equipo de salud, a la institución para la cual trabaja, al Sistema de salud en su conjunto y finalmente a la sociedad como un todo.

6.2 Entender y demostrar sensibilidad por los modos en que su práctica afecta al paciente, a la familia del paciente y a su comunidad.

6.3 Desarrollar una práctica sensible a los métodos para una práctica costo-efectiva, que posibilite una mejor redistribución de recursos sin comprometer la calidad de la atención.

6.4 Contribuir y abogar por que los pacientes y sus familias reciban la mayor calidad posible por parte del sistema, y orientarlos para que puedan lidiar mejor con sus complejidades.

(*) Competencias del Programa de Entrenamiento de Médicos Residentes 2007 por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

BIBLIOGRAFÍA POR SECCIONES

Bibliografía de la Sección II.1: "Conceptos y Definiciones Relacionados a la Salud Familiar"

[1] Antipil Cuadra, M., Arias Chura, E., Borquez Domingo, A., and Gayosa Bustos, I. Capacitación del equipo, pilar fundamental en la implementación del modelo de salud familiar. Santiago: 2003. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.bcm.edu/familymed/doc/Equipo1.ppt#269,1,Diapositiva 1.

[2] Baird M. Importancia de trabajar con familias. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo.Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 49-58.

[3] Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros básicos; 1961.

[4] Barruto CR. Atención Primaria de salud: Medicina familiar y educación Médica. Cochabamba: Univ. San Andrés; 1998.

[5] Borrell R, Godue Ch, García M. La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OPS; 2008.

[6] Ceitlin J. Canada: family medicine. Crisis and response. Aten Primaria. 2005; 35 (6): 281-2.

[7] Family Health (página web en internet). New York: Department of Health and Human Services; (update: 1996; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://www.cdc.gov/Family/.

[8] Corrales D. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Atención Primaria. 2000; 25 : 34-47.

[9] de la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona: Doyma; 1998.

[10] Family Health Blog (página web en internet). Londres: Family Health Guide.co.uk; (update: 2003; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://www.familyhealthguide.co.uk/.

[11] El futuro de la prevención de la infección por VIH (página web en internet). New York: Family Health International; (update: 2000; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://www.fhi.org/sp/index.htm.

[12] Gallo VE. Manual del Residente de Medina Familiar y Comunitaria. Madrid: SEMFYC; 1998.

[13] González-Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16 (5): 508-12.

[14] Harris MD. The physician as a member of the home healthcare team. Home Healthc Nurse. 1998; 16 (11): 732-6.

[15] Hogg W. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. International Journal for Quality in Health Care. 2008; 20 : 308-13.

[16] Institute of Medicine. Defining Primary Care: An interim report. Washington DC: National Academy Press; 1994.

[17] Irigoyen. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México: MFM; 2006.

[18] Jones R. Academic family practice. Fam Pract. 2003; 20 (4): 360-1.

[19] Kalucy, L. Exploring the impact of primary health care research. Sidney: PHCRIS; 2009. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_8108.pdf.

[20] Lee T, Treadway K, Bodenheimer T, Goroll A, Roland M, Starfield B. The future of primary care. New England Journal Medicine. 2008; 359 (20): 2085-92.

[21] Lewin S, Lavis JN, Oxman AD. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. The Lancet. 2008; 372 (9642): 938-9.

[22] Longlett SK KJWR. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. J Am Board Fam Pract. 2001; 14 (2): 141-7.

[23] Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: relatório final. Brasilia: Ministério da Saúde; 2000.

[24] Macinko J. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. The Journal of Ambulatory Care Management. 2009; 32 (2): 150-71.

[25] Martínez-Ros MT, Ballesteros-Pérez AM, Molina-Durán M. Formación continuada en atención primaria: necesidades sentidas por médicos, pediatras y personal de enfermería. Atención Primaria. 1996; 17 : 124-7.

[26] McWhinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma; 1995.

[27] Medalie J. Family Medicine principles and practice. Philadelphia: Williams and Wilkins; 1978.

[28] Molina DM. Perfil profesional del personal sanitario en atención primaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria. 1996; 17 : 24-33.

[29] Mull JD. The family in family medicine. Fam Med. 2004; 36 (2): 83-4.

[30] National Association of Community Health Centers. Building a Primary Care Workforce for the 21st Century. Washington: NACHC; 2008. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.nachc.com/client/documents/ACCESS%20Transformed%20full%20report.PDF.

[31] Family Health Plus y Child Health Plus (página web en internet). New York: Healthy NY; (update: 2009; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://www.ins.state.ny.us/website2/hny/spanish/hnysfhch.htm.

[32] Organización Mundial de la Salud. Indices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos Nº 587. Ginebra: WHO; 1976.

[33] Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud ALMA-ATA. URRS, 6-12 sept 1978. Ginebra: WHO; 1978. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: www.Paho.org/spanich/ad/ths/os/aps.documentoposicion19.07.05pdf.

[34] Organización Mundial de la Salud. Buenos Aires 30 /15: From Alma-Ata to the Millennium Declaration: International Conference on Health for Development: "Rights, Facts and Realities". Ginebra: WHO; 2007. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: http://www.paho.org/english/dd/pin/pr070816.htm.

[35] Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca. Ginebra: WHO; 2008. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html.

[36] Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington: PAHO; 2003.

[37] Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización. Washington DC: OPS/OMS; 2007.

[38] Paiva M. CB. Suporte do Fisioterapeuta à Equipe Multidiciplinar de Saúde da Família. Revista de Saùde da Família de Joinville. 2002; 1 : 22-37.

[39] Perú Ministerio de Salud. El modelo de atención integral. Lima: MINSA; 2003.

[40] PHC RIS Research Team, Kalucy L, Jackson Bowers E, McIntyre E, Hordacre A, Redd R. Exploring the impact of primary health care research. Final Report Stage 2 Primary Care Health Research Impact Project. Australia: Primary Care Health Research & Information Service; 2009.

[41] Rakel R. Text Book of family practice. Philadelphia: W.B. Saunders company; 1995.

[42] Reerink IH SR. Quality of Primary Health Care in Developing Countries: Recent Experiences and Future Directions. Int J Quality in Health Care. 1996; 8 (2): 131-9.

[43] Rohde J. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? The Lancet. 2008; 372 (9642): 950-61.

[44] Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2003.

[45] Sachs, J. Primary Health for All: Ten key actions could globally ensure a basic human right at. New York: Scientific American Magazine; 2001. citado en: 21 de enero de 2009. Disponible en: http://www.sciam.com/article.cfm?id=primary-health-for-all-extended.

[46] Sackett DL SSRWR. Evidence-Based Medicine. How to practice an teach EBM. London: Churchill Livingstone; 2000.

[47] Saura LJ. Plan de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria. 1996; 17 : 195-99.

[48] Simó Miñana J, Campos Gonzáles J, Sanfélix Genovés J. Carrera Profesional y Médicos de Familia: reflexiones y propuesta (I). Atención Primaria. 2002; 29 (2): 109-15.

[49] Sloane Pea. Essential of Family Medicine. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1988.

[50] Sox H. The future of primary care. Annals of Internal Medicine. 2009; 138 (3): 230-1.

[51] Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

[52] Starfield B. Atención Primaria. Equilibro entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2004.

[53] Starfield B. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005; 83 : 457–502.

[54] Stewart KJ. Preserving family medicine's integrity. Fam Pract Manag. 2004; 11 (3): 20.

[55] Suárez-Bustamante MA, Alva-López I. Calidad y acceso a los servicios de salud en un contexto intercultural: recomendaciones para los equipos de atención primaria que atienden a minorías étnicas. MPA - eJ Med Fam & Atención Primaria Int. 2008; 1 (3): 167-77.

[56] Taylor R. Manual of Family Practice. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2007.

[57] Taylor R. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona: Masson; 2007.

[58] Universidad Nacional Autónoma de México. Especialidad en Enfermería en Salud Familiar. México: UNAM; 1998. citado en: 15/05/2209. Disponible en: http://www.uaemex.mx/pestud/especialidades/Enfermeria/Esp.%20de%20Enf.%20en%20Salud%20Familiar.pdf.

[59] Urquiza R. Reseña Histórica sobre la Calidad en Servicios De Atención Primaria de Salud en Latinoamérica y Europa. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2009; 2 (3): 185-93.

[60] Vargas P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo.Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 36-48.

Bibliografía de la Sección II.2: "Medicina Familiar y Salud Familiar" y II.3: Experiencias Internacionales Relevantes en Medicina Familiar y Salud Familiar

[1] Barruto CR. Atención Primaria de salud: Medicina familiar y educación Médica. Cochabamba: Univ. San Andrés; 1998.

[2] Behague DP GH. Making medicine for the poor: primary health care interpretations in Pelotas, Brazil. Health Policy Plan. 2002; 17 (2): 131-43.

[3] Bettiol LM. Saúde e participação popular em questão: o programa de saúde da família. Sao Paulo: Editora UNESP; 2006.

[4] La implementación del modelo de salud familiar, comunitario, intercultural en el sisema de salud pública en Bolivia (página web en internet). La Paz: MSD; (update: 2007; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/seminario_pnpic/dia14_05/dr_oscar_laguna_bolivia.pdf.

[5] Bolivia Ministerio de salud y Deportes. Modelo de salud Familiar Comunitario Intercultural. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2007. citado en: 15/05/2209. Disponible en: http://www.sns.gov.bo/politica/MSFCI%20FINAL%2015%20DE%20ABRIL.pdf.

[6] Modelo de salud familiar, comunitario e intercultural (página web en internet). La Paz: MSD; (update: 2007; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://www.sns.gov.bo/politica/MSFCI%20FINAL%2015%20DE%20ABRIL.pdf.

[7] Brasil CNdSdS. Atenção primária e promoção da saúde. Brasilia: CONASS; 2007.

[8] Brasil MdS. Programa de Saúde da Família. Brasilia: Secretaría de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2001.

[9] Brasil MdS. Painel de Indicadores do SUS, 4 - Temático Saúde da Família. Washington: Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde; 2008.

[10] Brasil, Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos. Brasilia: M.da Saúde.; 2008. citado en: 15 de Mayo del 2008. Disponible en: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php.

[11] Caja de seguro Social Región de Salud San Miguelito. Propuesta de modelo de atención de salud familiar, comunitario y ecológico. Panamá: CSS; 1997.

[12] Ceitlin J. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997.

[13] Comité Ejecutivo de la OMS. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2009. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R8-sp.pdf.

[14] Conferencias y Cumbres en Medicina Familiar (página web en internet). Caracas: Confederación Iberoamericana de Medicina Familia (CIMF-WONCA Región Iberoamérica); (update: 2009; citado en:15 de Mayo del 2008). Disponible en: www.cimfweb.org.

[15] Cotlear D. Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? Lima: Banco Mundial; 2006.

[16] Coulter D, Llewellyn DJ. The practice of Family Medicine. London: E&S Livingstone; 1971.

[17] Council AMA. The Future of Family Practice. Implications of the changing environment of medicine. JAMA. 1988; 260 (9): 1272-9.

[18] de-Almeida-Godinho RW L-C. Programa saúde da família: a construcäo de um novo modelo de assistência. Rev latinoam enfermagem. 2005; 13 (6): 1027-34.

[19] de-Souza MF. Os sinais vermelhos do PSF. Sao Paulo: HUCITEC; 2002.

[20] Delgado-Arroyo RM D-E. El médico familiar: clave de la sostenibilidad de la atención integral de salud. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (2): 116-26.

[21] Diez Espino J, Echauri Ozcoidi M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara J, Martínez Ros M, Martínez Sánchez F, et al. La docencia en la práctica clínica. Secció de docencia de la semFYC. Barcelona: semFYC; 1998.

[22] Dirección Regional de Salud Ayacucho. Trabajo Comunitario en promoción de la salud en el "Modelo de Atención de Salud Ayacucho". Ayacucho: Ministerio de Salud; 2003.

[23] Dirección Regional de Salud Ayacucho. Modelo de Atención de Salud- Ayacucho. Ayacucho: MINSA Perú; 2004.

[24] Dirección Regional de Salud La Libertad. El Modelo de Atención Integral: Propuesta de Paquetes de Atención Integral de Salud Equipo Técnico DISA La Libertad. La Libertad: Ministerio de Salud; 2004.

[25] Ediçao Comemorativa. 10 anos de PSF Curitiba. A história contada por quem faz a história. Curitiba: XINEF; 2002.

[26] Eías PE FCeta. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11 (3): 633-41.

[27] Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Chile. Proyecto Ancora, Red de Centros de Salud Familiar UC. Santiago: PUCCH; 2006. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.isapre.cl/subidos/documentos/Alvaro%20Tellez.ppt#458,1, PROYECTO ÁNCORA .

[28] Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Documento técnico 1: Reforma con Equidad para nuestro país. Documento técnico 2: Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar y General. Córdova: 2001.

[29] Geyman J. The modern family doctor and changing medical practice. Londres: Meredith corporation; 1971.

[30] Gomes-do-Espírito-Santo AC, Nascimento-Fernando V. La Experiencia Brasileña en Salud de la Familia: Avances, Límites y Desafíos. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2008; 2 (2): 119-28.

[31] Gonzáles C. Expectativas y disposición respecto a la implementación del modelo de salud familiar.Documento presentado al III Congreso Chileno de Medicina Familiar. Santiago de Chile: 2001. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/salonloa.pdf.

[32] Hurtado La Rosa L, León García L. Avances de la Atención Integral de Salud en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2008.

[33] Inst.Sup.Ciencias Médicas. La formación del médico general como médico de la familia. La Habana: ISCM; 1988.

[34] Larizgoitia I. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy. 1997; 41 : 121-37.

[35] Llor EB. ¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria? Atención Primaria. 2001; 28 : 595-601.

[36] Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31 (4): 332-7.

[37] Martín-Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. Atención Primaria. 1997; 19 : 105-7.

[38] Martín-Zurro A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Atención Primaria. 2000; 25 : 48-58.

[39] Mendes-Vilaça E. Uma agenda para a saúde. Sao Paulo: HUCITEC; 1999.

[40] Mesa de Expertos y Lideres de salud de las Américas sobre Medicina Familiar. Declaración de Buenos Aires. En: Ceitlin J, editor Relato final de la Conferencia de Expertos y Lideres de salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud; Buenos Aires: CIMF; 1996.

[41] Minister for Health and Ageing. Towards a National Primary Health Care Strategy. Sidney: MHA; 2009. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/$File/DiscussionPaper.pdf.

[42] Ministério da Saúde. Caminhos da Conquista da Qualidade. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2000; (3): 1-60.

[43] Moreno-Marín J. Formación de especialistas. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo.Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 362-85.

[44] Negri Barjas. Atençâo básica: financiamento, descentralizaçâo e eqûidade. Revista Brasileira de Saúde da Família. 1999; 1 : 10-1.

[45] Negri B. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. Sao Paulo: SOBRAVIME; 2002.

[46] Marco conceptual. Modelo de salud familiar y comunitario (página web en internet). Managua: Biblioteca Nacional de Salud, Nicaragua; (update: 2007; citado en:15/05/2009). Disponible en: http://www.ops.org.ni/index.php?Itemid=34&func=fileinfo&id=572&option=com_remository.

[47] Nicaragua Ministerio de Salud. modelo de salud familiar y comunitario. Managua: Ministerio de Salud; 2008. citado en: 15/505/2009. Disponible en: http://www.ops.org.ni/index.php?Itemid=34&func=fileinfo&id=572&option=com_remository.

[48] Ordoñez Carceller C. La inserción de la medicina familiar en Cuba. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia.Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 293-301.

[49] Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. London: OMS/WONCA; 1994.

[50] Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS Venezuela; 2009.

[51] Propuesta de un modelo de salud familiar ambiental y comunitario (página web en internet). Panamá: Ministerio de Salud; (update: 1996; citado en: 15/05/2009). Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=357272&indexSearch=ID.

[52] Programa Médico de Família. Implantaçao do médico de família em Niterói. Relato de Experiência. Niterói: Lidador Ttda; 1998.

[53] Rodríguez-Domínguez J, Fernández-Ortega MA, Mazón-Ramírez JJ, Olvera F. La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. Atención Primaria. 2006; 38 (9): 519-22.

[54] Rojas M. El Médico de la Familia en la Sierra Maestra. La Habana: Ciencias Médicas; 1986.

[55] Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários – PCS no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: S.de Saúde SC; 2001. citado en: 15/05/2209. Disponible en: http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/Estrat%E9gia%20Programa%20Sa%FAde%20da%20Fam%EDlia%20e%20Programa%20de%20Agentes%20Comunit%E1rios%20-%20PACS.doc.

[56] Family Health Guide. The Harvard Medical School Family Health Guide (página web en internet). Harvard: The Harvard Medical School; (update: 1998; citado en:https://www.health.harvard.edu/fhg/.

[57] Toro-Leyssen F. Salud Familiar, Modelo de Atención para la red. Santiago de Chile: MINSAL; 2006. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Francisca_Toro_Modelo_salud_familiar.pdf.

[58] Venezuela Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Situación Actual del Programa Barrio Adentro. Caracas: MSDS; 2004. citado en: 15 de Mayo del 2009. Disponible en: http://www.bolivarianos.ch/htmlpage/docs/Barrio_Adentro_17-09-04.pdf.

[59] Wakerman J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia– a systematic review. BMC Health Services Research. 2008; 8 : 276-86.

Bibliografía de la Sección III. "Competencias y entrenamiento de los equipos básicos para la salud familiar"

[1] Alegre-Palomino Y. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (1): 48-57.

[2] Antipil Cuadra, M., Arias Chura, E., Borquez Domingo, A., and Gayosa Bustos, I. Capacitación del equipo, pilar fundamental en la implementación del modelo de salud familiar. Santiago: 2003. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://www.bcm.edu/familymed/doc/Equipo1.ppt#269,1,Diapositiva 1.

[3] Barragán N. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. Atención Primaria. 2000; 26 : 590-4.

[4] Berraondo Z, I. Acreditación de centros de atención primaria. Una nueva necesidad. Atención Primaria. 1997; 20 : 277-80.

[5] Bonal P, Casado V, Lorenzo-Cáceres A, Calvo E, Monreal A. Sesión Temática: contenidos, metodologías y entornos de la medicina de familia y comunitaria en la universidad. Educación Médica. 2003; 6 (3): 44-8.

[6] Borrell R, Godue Ch, García M. La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OPS; 2008.

[7] Brasil MdS. Reunião dos pólos de capacitação, formaçao e educação permanente em Saúde da Família. Sao Paulo: Secretaría de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2002.

[8] Cabero Almenara J. La calidad educativa en el e.Learning: las bases pedagógicas. Educación Médica. 2006; 9 (suppl 2): S7-S12.

[9] Ceitlin J. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997.

[10] Chávez A, V. Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. Rev Med IMSS. 2005; 43 (2): 175-80.

[11] Couceiro-Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudio basados en competencias. Educación Médica. 2008; 11 (2): 69-76.

[12] Crisp N. Training the health workforce: scaling up, saving lives. The Lancet. 2008; 371 (9613): 689-90.

[13] De la Revilla L, Bailón E, Moreno A, Fleitas L, Alcaide F, Campa F. Nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina de Familia (And). 2001; 2 (1): 64-74.

[14] Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomado en Atención Primaria de Salud para Médicos Generales del Interior que laboran en la Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud. Panamá: Universidad de Panamá; 2007. citado en: 15/05/2009. Disponible en: http://apmf.wordpress.com/2008/01/05/diplomado-en-atencion-primaria-de-salud-para-medicos-generales/.

[15] Departamento de MF. Desarrollo y Capacitación en Atención Primaria. Toronto: Universidad deToronto; 2003.

[16] Diez Espino J, Echauri Ozcoidi M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara J, Martínez Ros M, Martínez Sánchez F, et al. La docencia en la práctica clínica. Secció de docencia de la semFYC. Barcelona: semFYC; 1998.

[17] Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Diplomado en Atención Integral basado en la APS. Aspectos Académicos Administrativos. Lima: Ministerio de Salud; 2008.

[18] Facultad de Medicina Universidad de Chile. Diploma en Salud Familiar. Santiago: Universidad de Chile; 2005. citado en: 15/05/2009. Disponible en: www.medichi.cl.

[19] Fernández-Ortega M. Curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF) en México (1993-1999). Aten Primaria. 2003; 31 (2): 114-9.

[20] Gallo Vallejo FJ. AT. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria. 1999; 23 : 236-45.

[21] Geyman J. The modern family doctor and changing medical practice. Londres: Meredith corporation; 1971.

[22] Glassman A. Planning and costing human resources for health. The Lancet. 2008; 371 (9613): 693-5.

[23] Grau-Perejoan O. Formación on line. Educación Médica. 2008; 11 (3): 139-46.

[24] Green LA PRJ. The family physician workforce: quality, not quantity. Am Fam Physician. 2005; 71 (12): 2260-4.

[25] Inst.Sup.Ciencias Médicas. La formación del médico general como médico de la familia. La Habana: ISCM; 1988.

[26] Irigoyen. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México: MFM; 2006.

[27] Juncosa FS. Valoración de un nuevo sistema de acreditación y reacreditación docente de centros de salud. Atención Primaria. 2001; 28 : 269-77.

[28] Kark SL. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Edit Doyma; 1997.

[29] Krajic E, Edwards A, Moshman E, Newman B, Klein M, Grayson M. Objetives and Implementation Plan for a Managed Care Curriculum. New York: Center for Primary Care Education and Research, New York Medical College; 2003.

[30] La Fuente J, Escanero J, Manso J, Mora S. Diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Educación Médica. 2007; 10 (2): 86-92.

[31] Landgrave Ibáñeza S. TMMRLEFJYPEJUM. La formación médica continuada en México. Atención Primaria. 2002; 29 (3): 178-88.

[32] Marcos Serrano JF. LBJMMBAMMG. Formación continuada en un equipo de atención primaria: análisis de las sesiones docentes 1996-1998. Atención Primaria. 2000; 25 : 29-31.

[33] Martínez-Gonzales A, López-Bárcena J, Herrera Saint-Leu P, Ocampo-Martínez Jea. Modelos de competencia del profesor de medicina. Educación Médica. 2008; 11 (3): 157-67.

[34] Martínez Carretero JM. Métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). Educación Médica. 2005; 8 (Suppl 2): S18-S22.

[35] Millán Nuñéz-Cortéz J. Las competencias clínicas. Educación Médica. 2005; 8 (Suppl 2): S13-S14.

[36] Miranda E. Innovaciones en Tecnología Educativa. Anales de la Facultad de Medicina. 1998; 59 (3): 7-8 (numeración electrónica).

[37] Molina DM. Perfil profesional del personal sanitario en atención primaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria. 1996; 17 : 24-33.

[38] Mull JD. The family in family medicine. Fam Med. 2004; 36 (2): 83-4.

[39] Nuñez-Cortéz J. Enseñanza de las habilidades clínicas. Educación Médica. 2008; 11 (suppl 1): S21-S27.

[40] Nutting PA. Community-Oriented Primary Care: An integrated model for practice research, and education. Am J Prev Med. 1986; 2 : 140-7.

[41] Ostergaard D. Educación continuada en Medicina de Familia: necesidad y modos de satisfacer esa necesidad. Medicina de Familia, La clave de un Nuevo Modelo.Buenos Aires: semFYC y CIMF; 1997. p. 231-42.

[42] Pardell H, Gomar C, Gual A, Bruguera M. ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación? Educación Médica. 2005; 8 (2): 91-8.

[43] Peinado-Herreros J. Definición de las competencias que debe adquirir el futuro médico. Formación de los profesores. Educación Médica. 2008; 11 (Suppl 1): S47-S51.

[44] Peinado Herreros JM. Competencias Médicas. Educación Médica. 2005; 8 (Suppl 2): S4-S6.

[45] Pelayo ÁM. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. Atención Primaria. 1998; 21 : 145-54.

[46] Ponzo, J. Curso de Reperfilamiento para Médicos del Primer Nivel de Atención. Una estrategia en marcha. Montevideo: MSP; 2008. citado en: 15/05/2209. Disponible en: http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos2/art4.pdf.

[47] Programa Sectorial III. Plan Curricular de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con el enfoque educativo por competencias. Lima: Ministerio de Salud; 2008.

[48] Robinsson M. Forging solutions to health worker migration. The Lancet. 2008; 371 (9613): 691-2.

[49] Rodríguez Jústiz Félix ZVM. Estudios para el perfeccionamiento del plan del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13 (1): 12-8.

[50] Saura-Llamas J. Manual del Tutor. Como enseñar y aprender a ser Médico de Familia. Madrid: Sección de Docencia de la SemFyC; 1997.

[51] Saura LJ. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. Atención Primaria. 1997; 20 : 511-8.

[52] Simó Miñana J, Campos Gonzáles J, Sanfélix Genovés J. Carrera Profesional y Médicos de Familia: reflexiones y propuesta (I). Atención Primaria. 2002; 29 (2): 109-15.

[53] Suárez-Bustamante MA, Alva-López I. Calidad y acceso a los servicios de salud en un contexto intercultural: recomendaciones para los equipos de atención primaria que atienden a minorías étnicas. MPA - eJ Med Fam & Atención Primaria Int. 2008; 1 (3): 167-77.

[54] Universidad de Costa Rica.Sistema de Estudios de Post Grado. Post grado. Medicina Familiar y Comunitaria. San José de Costa Rica: Caja Costaricense del Seguro Social; 2003.

[55] Universidad Nacional Autónoma de México. Especialidad en Enfermería en Salud Familiar. México: UNAM; 1998. citado en: 15/05/2209. Disponible en: http://www.uaemex.mx/pestud/especialidades/Enfermeria/Esp.%20de%20Enf.%20en%20Salud%20Familiar.pdf.

[56] Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Diplomado Atención Integral de Salud para Equipos Básicos de Salud-Ica, Huaytará. Ica: Universidad San Luis Gonzaga; 2008.

[57] Villegas del Carpio O, Castillo Martínez A, et al. Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. San José de Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social; 2003.

[58] WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Barcelona: WHO; 2002.

Iniciativa de Políticas en Salud - Perú
Calle Carpaccio 296. Of. 302. San Borja
Lima 41, Perú
Tel: (511) 224-3434
Fax: (511) 225-4241
Email: policyinfo@healthpolicyinitiative.com
http://ghiqc.usaid.gov
http://www.healthpolicyinitiative.com