

UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de Segundas Especialidades y Campos Clínicos en Medicina



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AÑO DE CREACIÓN: 2020 RESOLUCIÓN RECTORAL 55-20

DURACIÓN: tres (3) años

SEDES DOCENTES:

**Policlínico Guillermo Kaelin De La Fuente - Policlínico Leonardo Barton
Thompson**

**Director de Segundas Especialidades y Campos Clínicos: Raúl Pedro
Suárez Álvarez**

Coordinadora General: Jessica Diana Gómez Coronel

Dirección: Prolongación Primavera 2390 – Santiago de Surco

Teléfono +(51-1) 313-3333 - anexo 2701

<https://www.upc.edu.pe/>

LIMA - PERÚ

2020

ÍNDICE

1. RESEÑA HISTÓRICA

2. INTRODUCCIÓN

3. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS

4. COMPONENTES GENERALES DEL PROGRAMA

4.1. CARÁTULA

4.2. PRESENTACIÓN

4.3. ANTECEDENTES

4.4. BASE LEGAL

4.5. JUSTIFICACIÓN

4.6. PROPÓSITOS DEL PROGRAMA

5. ESTRUCTURA DEL PLAN CURRICULAR

5.1. PERFIL DEL EGRESADO

5.2. MODELO PEDAGÓGICO

5.3. MODALIDAD

5.4. ESPECIALIDAD BASE

5.5. ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN Y RECURSOS DE APRENDIZAJE

5.6. ACCIÓN TUTORIAL

5.7 ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN TEÓRICO - PRÁCTICAS E INVESTIGACIÓN

5.8. ROTACIONES

5.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DOICENTES

5.10 GUARDIAS

6. NORMA DE EVALUACIÓN Y TITULACIÓN

7. EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PROGRAMA

8. COORDINADORES Y TUTORES

1. RESEÑA HISTÓRICA

En la antigua Grecia existían dos escuelas de medicina¹: la escuela de Cos y la de Cnido. Fue Hipócrates creador y máximo representante de la escuela de Cos, quien decía: «No existen enfermedades, sino enfermos» y «el médico debe a veces curar, a menudo aliviar y siempre consolar».

El siglo XIX, en América y Europa, se había constituido en la era de la medicina general, que recopilaba prácticamente todo el conocimiento médico-científico desarrollado hasta el momento. En el siglo XIX y a principios del siglo XX, la gran mayoría de la profesión médica eran médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. Cada familia tenía su médico, generalmente para todos los miembros de la familia, lo que permitía continuidad y abordajes familiares. Este médico general era un personaje importante para las familias y las comunidades. Era un líder comunitario, un consejero, un epidemiólogo, promovía cambios sociales e incluso económicos, era un estudioso continuo y, además, un investigador. Resolvía la mayor parte de los problemas que atendía con las limitaciones técnicas y científicas del momento. Sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, surgió el término «médico de cabecera»², referido a ese profesional que atiende en el domicilio del paciente y se sitúa a la cabecera de su cama y, por lo general, eran médicos generales, por lo que se homologó este término con el de médico general.

En los primeros años del siglo XX, comenzaron a emerger las especialidades que Ian McWhinney³ denominó las «especialidades mayores»: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de posgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio. La explosión tecnológica y los descubrimientos científicos, acelerados por dos guerras mundiales, fomentaron esta especialización y super especialización, y empezaron a aumentar el número de especialistas. En Europa, durante el siglo XIX, la proporción de médicos generales/especialistas era de 80/20, pero se convirtió en una relación de 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX. Las universidades

cambiaron y sus contenidos se reorganizaron con contenidos especializados y super especializados, y se dividió el conocimiento en órganos, aparatos y sistemas. La inexistencia de formación posgraduada en medicina general o de cátedras y departamentos contribuía a crear una imagen intelectualmente inferior a la de sus colegas hospitalarios.

A partir de 1950, la comunidad médica internacional tomó conciencia de que el médico que egresaba de las facultades no estaba preparado para atender los problemas de la población. Se precisaba un profesional que manejara la mayor parte de las necesidades de la población y que atendiera a la persona en su complejidad. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión, sino como una disciplina clínica con un cuerpo de conocimientos propio. La Medicina Familiar como especialidad nació en la década de 1960 y se extendió en la década de 1970 a diferentes países⁴.

En América Latina y el Caribe comenzó la concienciación para la implantación y desarrollo de programas de Medicina Familiar en las universidades médicas, y en la década de 1970 se inició la formación posgraduada de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela, extendiéndose al resto de los países en la década de 1980.⁵

La medicina familiar en el Perú se inició como un programa educativo ofrecido por 3 universidades de Lima y, posteriormente, por otras universidades del interior del país. Cuenta con autorización y apoyo académico, y tiene un plan de estudios de 3 años que se desarrolla bajo el sistema de residencia médica.⁶

Se define así la Medicina Familiar como disciplina académica y como especialidad médica, porque cuenta con un ámbito preferencial de actuación, que es la Atención Primaria, con un cuerpo de conocimientos propio (medicina de alta prevalencia e incidencia, medicina preventiva clínica y Medicina Familiar y Comunitaria), con un paradigma de actuación y una orientación específicos: el enfoque biopsicosocial, la longitudinalidad y la globalidad. Los nuevos programas de formación deberían estar basados en dos importantes principios educativos. Primero, como en otras disciplinas clínicas, el que se entrena debe aprender las destrezas fundamentales, mediante la práctica supervisada en su propia disciplina. Segundo, el enfoque de la evaluación por competencias, en las que se basa el programa académico.

La Atención Primaria, con la Conferencia de Alma Ata de 1978, se definió la Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000, suscrita por 134 países⁷. Es así que, en Perú, en mayo de 1981, se realizó el Seminario “El Médico General/Familiar”, organizado por el Convenio Hipólito Unanue, en el que participaron distintos profesores médicos latinoamericanos. El comité de coordinación se elevó a la VII Región de Ministros de Salud del Área Andina, habiéndose extendido una importante resolución: aprobar el Programa de Formación y utilización del Médico Familiar en la Sub región Andina y el apoyo del convenio⁸.

El programa de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas inició sus actividades en el año 2007. Al 2020, el programa de Medicina ha cumplido 12 años de funcionamiento y ha graduado 7 promociones de médicos cirujanos.

1. Casado V, Planes A, Thomas V, Vázquez JR. *La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia*. En Casado V. et al. *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria*. Vol 1. 2.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2012. pp. 3-29.
2. Rivero-Canto O, Marty-Jiménez I, Morales-Rojas M, Salgado Fonseca AE, Acosta-Alonso N. *Antecedentes históricos de la Medicina Familiar*. *Mediciego*. 2010;16(2).
3. McWhinney I. *Orígenes de la Medicina de Familia en McWhinney I. Medicina de familia*. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994.
4. Taylor RB. *Medicina de Familia: una práctica actual y futura*. En Taylor RB. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. 6.ª edición. Barcelona: Masson. 2006. pp. 3-9.
5. Fajardo Alcántara A. *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*. [Internet.] Tesis doctoral Granada; Universidad de Granada. 2007. Goicochea E.,
6. Egúsqiza MR.: *Medicina familiar en Perú*. Vol. 39. Núm. 7. páginas 377-378 (Julio 2007) <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicina-familiar-peru-13107727>
7. *Declaración de Atención Primaria*. [Internet.] OMS. UNICEF. 1978. Alma Ata; 1978. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>.
8. Egúsqiza M. *Situación de la Medicina Integral/Familiar en el Perú*. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, 2004

2. INTRODUCCIÓN:

El término perfil profesional hace referencia tanto al producto de una experiencia educativa como a las características que demanda y debe poseer un individuo.

Arnaz⁹ conceptúa el perfil profesional como “*descripción de las características que se requieren del profesional para abarcar y solucionar las necesidades sociales*”, Díaz Barriga¹⁰ lo describe como “*un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que delimitan el ejercicio profesional*”

Se concibe el perfil profesional como el “***conjunto de rasgos y capacidades que, certificadas apropiadamente por quien tiene competencia jurídica para ello permite que alguien sea reconocido por la sociedad como “tal” profesional pudiéndole encomendar tareas para las que debe estar capacitado y ser competente***”.

El perfil profesional debe entenderse como una realidad dinámica y, por consiguiente, móvil en permanente cambio y ajuste en relación con el entorno y sus variaciones. El entorno debe entenderse no sólo como las demandas específicas que un medio social hace sobre la profesión, o las condiciones concretas disponibles para la operación del ejercicio profesional; también debe incluir el ambiente científico, tecnológico, ético y sociológico, los cuales son elementos cambiantes e interactuantes que influyen poderosamente en el perfil profesional.

El Médico de Familia y Comunidad es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica sin distinción de ningún tipo. Además, lo atiende en el contexto de su familia y a la familia en el contexto de su comunidad de la que forma parte¹¹.

Para la medicina familiar y comunitaria, las competencias discernientes dependen de proporcionar a los residentes de la especialidad, experiencias de aprendizaje en contextos de servicios de medicina familiar; incluidos los tipos de pacientes, los problemas, los entornos y las poblaciones con que se enfrentan los médicos de familia en su trabajo diario. Además, dentro de su entorno más cercano como su familia y su comunidad.

Los dominios de la atención clínica se categorizan para reflejar los contextos de la medicina familiar: el cuidado de los pacientes a lo largo del ciclo de vida, atención en entornos clínicos (urbanos o rurales), cuidado a través de un espectro de responsabilidades clínicas, cuidado de pacientes vulnerables, y habilidades procedimentales.

Es importante entender que este documento busca delimitar el perfil profesional a través de ejes de desempeño profesional y estos a su vez en competencias específicas.

9. *Arnaz JA. Guía para la elaboración de un perfil del egresado. Revista de la Educación Superior Vol. 10: 1-7*
10. *Díaz – Barriga F. Elaboración del perfil profesional. Metodología de Diseño Curricular para Educación. Educación Superior. México: Trillas; 1999. P. 85 – 104*
11. *Gallo FJ et al. Perfil profesional del médico de familia. Semfyc. 1999.*

3. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS:

El médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria es un médico con toda la responsabilidad legal que su situación le da y se atiene al reglamento de la universidad.

- a) El horario de entrada y salida se rige por normas de los demás residentes; sin embargo, esto puede modificarse por la necesidad del servicio o por el coordinador de la especialidad. La permanencia en servicio será no menor a 60 horas semanales, que incluye guardias de 12 horas continuas.
- b) Requisitos para el postulante:
 - a. Ser médico cirujano titulado, colegiado y hábil para el ejercicio de la profesión.
 - b. Resolución de haber realizado el SERUMS en Medicina o equivalente reconocido (excepto para los extranjeros que regresarán a sus países).
 - c. Estar en buen estado de salud física y mental acreditado por el Ministerio de Salud.
 - d. Inscripción en la página web del CONAREME (www.conareme.org.pe)
 - e. Debe tener conocimientos de informática (nivel usuario en MS Office) y dominio del inglés (comprensión lectora de inglés médico).
 - f. Presentar la documentación requerida de acuerdo con el prospecto de admisión para residentado médico de UPC.
- c) Información para la admisión y la inscripción:
 - a. De acuerdo con lo presentado en el prospecto de admisión para residentado médico de UPC.

4. COMPONENTES DEL PROGRAMA.

4.1 CARÁTULA: (presentada en la primera página del documento)

4.2 PRESENTACIÓN:

La mayor parte de facultades de medicina tienen cursos relacionados a salud comunitaria; sin embargo, este entrenamiento no garantiza su adecuada exposición a la disciplina de la medicina familiar y al conocimiento y práctica clínica en un ambiente de atención primaria¹².

A finales de 2005 había 6 programas de residencia de medicina familiar: 3 en Lima, en las Universidades San Marcos, Cayetano Heredia y Federico Villarreal, y 3 en provincias, en las universidades de Trujillo, Arequipa y Cuzco.

Aunque los médicos familiares trabajan en centros asistenciales del primer nivel, en la gestión y en puestos directivos, tanto del Ministerio de Salud como de la Seguridad Social, para aplicar la especialidad a la práctica diaria cuentan con muchas limitaciones. No hay formalmente ningún servicio de medicina familiar reconocido como tal. Lo mismo sucede con la docencia.

Todos los programas que forman médicos familiares en el Perú son de 3 años.

El nombre oficial con que se anuncia al público la especialidad ha ido variando a lo largo de los años; así, en la UNMSM, donde inició como «medicina general integral», desde el año 2003 se denomina «medicina familiar y comunitaria», y en el resto de las universidades del país se denomina «medicina familiar».

La inserción de la medicina familiar en los sistemas de salud del país es aún incipiente, aunque desde la alta gerencia se enfatiza la necesidad de contar con médicos familiares y la política nacional de salud auspicia la atención primaria al contar con el médico familiar como actor central. En la Seguridad Social se está implementando la atención primaria en los centros asistenciales del primer nivel y se ha llegado a 34 centros (10%) en 2005 con mención del médico familiar; lo mismo sucede con su programa de atención médica descentralizada, en el cual se adscribe a un médico (casi siempre médico general) un grupo de asegurados y sus derechos habientes para recibir atención primaria¹³.

En los últimos años, se han incrementado las convocatorias para médicos familiares en el sistema público.

Teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas, en la Universidad de Ciencias Aplicadas (UPC), hemos asumido el reto de contribuir en la modificación de dicho escenario, iniciando la formación de los especialistas en medicina familiar (actualmente centrado en el ámbito hospitalario, o en centros de Atención Primaria con una capacidad resolutive limitada), por una alternativa donde, nuestros médicos en formación, cuenten con todas las herramientas necesarias para su formación, tanto en el ámbito académico, personal y profesional. Basado en este objetivo, presentamos el programa de Medicina Familiar y Comunitaria, basado en competencias orientadas a desarrollar los especialistas que nuestro país necesita, y, a la vez, ofreciéndoles campos clínicos donde tengan oportunidades laborales al terminar su formación

Nuestros futuros médicos familiares tendrán muy poca proyección si su trabajo no es acompañado por un modelo de servicios de salud acorde con sus principios; es por ello la preocupación de buscar una sede docente que cumpla con un modelo de atención orientado hacia la atención primaria y basado en la medicina familiar. Asimismo, una evaluación por competencias minuciosa podrá verificar, al final del programa, si efectivamente nuestros médicos residentes, han desarrollado, o no, las competencias esperadas para un especialista en Medicina Familiar.

Las Sociedades Operadoras Callao Salud y Villa María del Triunfo Salud SAC son las responsables del diseño, financiación, construcción, equipamiento y operación, de dos complejos hospitalarios en el Callao y Villa María del Triunfo que comprenden sendos hospitales especializados y sus respectivos policlínicos. Ambos complejos, en funcionamiento desde el 30 de abril del 2014, atienden a una población total de 500.000 asegurados del Seguro Social Peruano, EsSalud; teniendo como finalidad:

- Atender con oportunidad y eficacia.
- Mantener a la población saludable.

- Mantener y mejorar la calidad de vida.

A través de un modelo de atención basada en la atención primaria y centrada en el paciente. Siendo los Policlínicos los centros que albergan la mayor cantidad de Médicos Familiares en ejercicio, velando por cumplir los objetivos institucionales.

Estas instituciones., serán las encargadas de albergar a nuestros médicos residentes, por lo que se ha firmado convenios para el desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y, en las cuales se realizarán el mayor porcentaje de rotaciones programadas.

^{12.} *Medicina familiar en el Perú: camino a la consolidación como disciplina científica.*
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5589?ver=sindisenio>.

^{13.} *Medicina familiar en Perú. Vol. 39. Núm. 7.. páginas 377-378 (Julio 2007)*

4.3 ANTECEDENTES:

El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población (Frenk, 1997). Desde esta definición todos los países poseen un sistema de salud, el cual puede estar más o menos organizado y su impacto sobre la situación de salud de la población puede ser mayor o menor, pero en cuanto exista alguna respuesta institucional (sea ésta pública o privada) se puede afirmar que se cuenta con algún sistema de salud ¹⁴.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo ¹⁵.

Por lo antes mencionado, consideramos, es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, a fin de que sean capaces de adecuarse los diferentes cambios que sufre nuestra población, así como las políticas de salud; sin perder el objetivo fundamental de su formación, los pacientes.

¹⁴. *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos:*
<https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/4.2.1.html>

¹⁵. *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud:*
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

4.4 BASE LEGAL:

- Ley N° 30220, Ley Universitaria
- Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico
- Decreto Supremo N° 007-2017. Reglamento de la Ley N° 30453
- Decreto Supremo N° 016-2020-SA que modifica el Reglamento de la Ley del Residentado Médico en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional por los efectos del Coronavirus (COVID-19)
- Ley N° 23330, ley del SERUMS
- Decreto Supremo N° 005-97-SA, Reglamento de la ley del SERUMS
- Resolución Ministerial N° 264-2016-SA, Modifica Reglamento del SERUMS
- Resolución Ministerial N° 785-2016-SA modifica inciso g reglamento SERUMS nota aprobatoria
- Ley General de Salud N° 26842
- Ley N° 27444, Ley de Procedimiento administrativos
- Estatuto Universitario – Reglamento General UPC SICA-REG-00
- Reglamento de Estudios de Programas de Segunda Especialidad Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud SICA-REG-39 (pendiente de aprobación)
- Reglamento para la obtención del título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina (pendiente de aprobación)
- Reglamento de disciplina de alumnos SICA-REG-26

4.5 JUSTIFICACIÓN:

Alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, como se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Hace 40 años, al suscribir la Declaración de Alma-Ata en 1978, los líderes mundiales adquirieron el compromiso histórico de lograr la salud para todos mediante la Atención Primaria de Salud (APS). En el 2015, los líderes suscribieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con los cuales renovaron el compromiso con la salud y el bienestar para todos sobre la base de la cobertura universal de salud (CUS)¹⁶.

En los últimos años, han ocurrido cambios sociales importantes en todo el mundo, cambios, a los que nuestro país no ha sido ajeno; cambios en la estructura familiar, en el crecimiento de la población adulta mayor y de las patologías crónicas, factores ligados a los estilos de vida y al entorno, que han originado en los ciudadanos nuevas necesidades y expectativas de la salud. Estos requerimientos deben ser cubiertos por profesionales que tengan una visión integral, que, favorecidas por el desarrollo científico, tecnológico y la habilidad profesional; brinden atención a la población con mayor calidad, la cual considera acciones adecuadas, que se realizan lo mejor posible, en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo.

La Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario; debe tener como premisa fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, que sean capaces de dar una atención adecuada, más accesible, más humana, más integral y más eficiente a los usuarios. Este sigue siendo el reto del colectivo de médicos de familia como formadores.

¹⁶. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018

4.6 PROPÓSITOS DEL PROGRAMA

Formar profesionales especialistas en Primer Nivel de Atención, con una visión integral, alto poder resolutivo, con conocimiento científico, tecnológico, de gestión, ético y versátil; que analice y brinde atención a los cambiantes requerimientos de salud de nuestra población.

5. ESTRUCTURA DEL PLAN CURRICULAR

5.1 PERFIL DEL EGRESADO:

El programa cuenta con un perfil del egresado que integra competencias generales y específicas.

El perfil del graduado está conformado por **7 competencias generales y 4 específicas.**

Las 7 competencias generales son:

- i. Comunicación Escrita: Capacidad para construir mensajes con contenido relevante, argumentos sólidos y claramente conectados adecuados a diversos propósitos y audiencia.
- ii. Comunicación Oral: Comprende y transmite, con eficiencia y eficacia, mensajes pertinentes y apropiados en contextos de comunicación oral, respetando las condiciones y necesidades de los entornos académicos o profesionales que correspondan.
- iii. Pensamiento Crítico: Plantea un razonamiento acerca de un asunto, considerando la información y un contexto determinado.
- iv. Ciudadanía: Capacidad para evaluar el sentido ético de las acciones y decisiones en su relación con la convivencia humana en sociedades plurales y el respeto de los derechos y deberes ciudadanos.

- v. **Razonamiento Cuantitativo:** Es la capacidad de razonar cuantitativamente, a partir de la interpretación, representación, cálculo, análisis y argumentación de problemas cuantitativos de contexto real
- vi. **Manejo de la Información:** Es la capacidad de identificar la información necesaria, así como de buscarla, seleccionarla, evaluarla y usarla ética y legalmente, con la finalidad de resolver un problema.
- vii. **Pensamiento Innovador:** Capacidad para generar propuestas sostenibles y creativas de solución a un problema, que implican la mejora o creación de un producto, servicio o proceso, impactando positivamente en un determinado contexto.

Las 4 competencias específicas son las siguientes:

1. Práctica Clínica: Promueve la salud, previene, diagnostica y trata la enfermedad de las personas, reconociendo sus limitaciones y tomando en cuenta el contexto físico, institucional, social y cultural, sobre la base de la información científica, experiencia, consideraciones éticas y manejo racional de recursos. Educa e incentiva al paciente y a la comunidad a adoptar hábitos y estilos de vida saludables

- i. Educa a la comunidad e indica al paciente y a la familia las medidas para la prevención de enfermedad y sus complicaciones
- ii. Plantea el diagnóstico presuntivo y diagnóstico diferencial, tanto clínico como social, de acuerdo a los hallazgos de la historia clínica. Selecciona los exámenes auxiliares con pertinencia conforme a las guías de diagnóstico y teniendo en cuenta su disponibilidad y costo efectividad.
- iii. Interpreta los exámenes auxiliares con precisión en el contexto clínico del paciente.

iv. Indica el tratamiento farmacológico y no farmacológico (incluyendo cuidados paliativos), estableciendo las metas de tratamiento en el contexto familiar y social del paciente, teniendo en cuenta además los posibles efectos adversos y costo-efectividad.

2. Práctica de Salud Pública: Diseña y ejecuta intervenciones sanitarias para dar respuesta a amenazas, riesgos o daños, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud a través de la gestión de recursos y empoderar a las comunidades en planes y programas de salud, a partir del diagnóstico situacional de salud de una comunidad, dentro de un contexto nacional y global.

- Produce información para evaluar el desempeño de un servicio de salud, identificar sus necesidades, limitaciones y realizar mejoras en su gestión y planificar su desarrollo basado en la Atención primaria de la Salud.

3. Profesionalismo: Toma decisiones respetando los códigos de ética, normas, cultura, sistemas de regulación y el uso racional y eficiente de recursos, sobre la base de la experiencia, información disponible, interacción con pares, supervisores y pacientes, asumiendo responsabilidad y las consecuencias que derivan de sus decisiones, y trabajando en equipo en beneficio del paciente, la familia, la comunidad y el sistema de salud.

- Solicita el consentimiento para la atención y procedimientos. Ofrece a sus pacientes información veraz, pertinente y completa sobre la atención. Brinda alternativas de tratamiento en beneficio del paciente y permite la libre elección del tratamiento. Evita el ensañamiento terapéutico. Protege la privacidad de su paciente. Aboga para que sus pacientes accedan al mejor tratamiento disponible sin importar condición social o cultural.
- Brinda un trato empático al paciente a través de la escucha activa y de la emisión de expresiones de validación, reflexión, respeto y asociación. Respeto las ideas, cultura y orientación sexual de cada paciente sin

juzgar ni discriminar. Comunica malas noticias de manera asertiva. Se conduele con el paciente, brinda soporte emocional y busca alternativas para aliviar su padecimiento involucrando a terceros cuando sea conveniente.

- Reflexiona sobre sus decisiones, sus actos y las consecuencias que derivan de ellos. Reconoce sus limitaciones de conocimiento, habilidad y juicio, buscando la mejora continua sobre la base de la evidencia científica y actúa en función a ella. Trabaja de manera efectiva con otros profesionales de la salud y hace uso racional de recursos para brindar un servicio de calidad al paciente y su familia. Reconoce que tiene responsabilidad moral y legal para con el equipo multiprofesional, los servicios de salud y la sociedad.

4. Investigación: Evalúa y crea conocimiento a través de la lectura crítica, la investigación básica, clínica, epidemiológica u operativa, y comunica sus resultados mediante un reporte científico.

- Identifica conocimientos que den sustento a la práctica clínica y a la práctica en salud pública mediante el análisis crítico de las características metodológicas de calidad y la adecuada interpretación de los resultados de un artículo científico, sustentando la importancia y repercusión de la investigación en la práctica clínica.
- Diseña, ejecuta y reporta los resultados de una investigación original, y con una implicancia clínica relevante; con calidad metodológica y cuidado ético, haciendo uso de análisis estadísticos que apoyan a la interpretación de resultados para lograr un contraste pertinente con lo reportado en la literatura científica sobre el tema respectivo.

5.2 MODELO PEDAGÓGICO:

Enfoque por Competencias:

Nuestra sociedad se enfrenta a nuevas y cambiantes demandas en salud derivadas de los nuevos fenómenos que en esta misma se están produciendo, teniendo, el médico de familia, que estar avanzando al mismo ritmo; no sólo en su nivel de formación para poder dar respuesta a estos cambios, sino también en potenciar los valores que legitiman su papel en la sociedad.

El médico debe tener valores que definan sus compromisos profesionales con la sociedad y el aprendizaje constante. Es nuestra función enseñar y transmitir estos valores para que un residente llegue a ser un buen médico de familia.

Las limitaciones del sistema sanitario no deberían impedir mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja y con la industria farmacéutica.

El diseño curricular por competencias es un aporte valioso e importante en el ámbito de la docencia, porque nos muestra cómo el enfoque educativo centra su atención en el proceso de aprendizaje, construcción y transferencia de los conocimientos; no sólo a los contextos inmediatos, sino también, con ayuda del pensamiento crítico, indica la forma de planificar estrategias futuras.

El programa de estudios garantiza que el proceso de enseñanza-aprendizaje incluya todos los elementos que aseguren el logro de las competencias a lo largo de la formación.

El plan de estudios del programa de segunda especialización en Medicina Familiar y Comunitaria ha sido diseñado a partir del perfil del graduado, integrado por las competencias generales y específicas del programa, con el objetivo de que la articulación y organización del plan de estudios se oriente al logro de este, de manera progresiva durante el programa.

Estrategias de enseñanza-aprendizaje:

Los procesos de enseñanza-aprendizaje en la UPC están planteados para dirigir el desarrollo de competencias, entendidas como el conjunto de habilidades, conocimientos, actitudes y valores que le permitirán al estudiante desenvolverse efectivamente en diversas situaciones reales de su vida personal y profesional.

Las experiencias son diseñadas para ofrecer al estudiante diversas maneras de adquirir el nuevo conocimiento, conectar lo que se aprende con sus experiencias previas y reconocer su valor para el desarrollo profesional y personal. La evaluación en la UPC tiene un enfoque integral orientado a dar información oportuna y continua al estudiante y docente para que tomen decisiones que permitan asegurar el progreso constante en los aprendizajes.

El residente, a lo largo de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, es quien construye su aprendizaje a partir de la reflexión, análisis, discusión, evaluación, exposición e interacción con sus pares; y hace conexiones entre sus experiencias y conocimientos previos.

Como se mencionó en estándares previos, el modelo se orienta a contribuir al desarrollo de proceso de enseñanza y aprendizaje por competencias y tiene por objetivo: (a) integrar las competencias al logro de las rotaciones, unidades, metodología y evidencias; (b) utilizar técnicas y estrategias que reflejan un modelo de formación por competencias; (c) alinear el diseño del plan de estudios a las competencias y (d) evaluación de las competencias dependiendo del nivel que corresponda.

5.3 MODALIDAD:

Metodología docente en el programa formativo de adquisición y evaluación progresiva de competencias en Medicina Familiar y Comunitaria por la modalidad de aprendizaje en servicio.

5.4 ESPECIALIDAD BASE:

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria no requiere tener una especialidad de base para poder acceder a su postulación.

5.5 ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN Y RECURSOS DE APRENDIZAJE:

Se hará uso de varias estrategias de aprendizaje, las cuales tienen por finalidad, que el residente cumpla con los objetivos del programa y aprovechando los diversos perfiles de los tutores.

Autoaprendizaje: estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales; se utiliza para la adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de la competencia, adquisición de habilidades en el uso de las herramientas. Por ejemplo: lectura crítica, medicina basada en problemas, etc.

Aprendizaje de campo: se coloca al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar; se utiliza cuando la finalidad es la adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional.

Por ejemplo: rotaciones en servicios, consulta supervisada (con el tutor; videograbaciones), etc.

Clases: transmisión unidireccional de la información, sobre una materia concreta; se utiliza cuando se requiere la transmisión de información compleja.

Por ejemplo: las clases participativas de temas concretos.

Trabajo grupal, interacción grupal: interacción entre los diferentes residentes; se utiliza cuando se quiere trabajar actitudes.

Por ejemplo: investigación.

Talleres: es el aprendizaje de habilidades en pequeños grupos; se utiliza para la adquisición de habilidades o procedimientos (conductas que deben

seguirse de un modo definido). Durante las actividades detalladas en 5.3 (autoaprendizaje, aprendizaje de campo, clases, trabajo e interacción grupal y talleres) se brindará las condiciones para desarrollar adecuadamente el aprendizaje basado en problemas:

- Desarrollar el pensamiento crítico, habilidades para solución de problemas y para la colaboración, mientras identifican problemas, formulan hipótesis, conducen a la búsqueda de información, y determinan la mejor forma de llegar a la solución de los problemas planteados

5.6 ACCIÓN TUTORIAL:

El objetivo fundamental de la formación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria es llegar a adquirir competencias para realizar la atención de la persona como un todo y en su contexto. Con tal finalidad, se programaron las actividades, utilizando las herramientas de aprendizaje mencionadas anteriormente, las cuáles no serán específicas de un ámbito, sino más bien dependerá del objetivo de aprendizaje que se quiera lograr en el residente.

5.6.1 En servicio y académicas

- Aprendizaje de la comunicación asistencial.
- Entrevista clínica
- Relación médico – paciente
- Razonamiento clínico: toma de decisiones (método clínico centrado en el paciente).

5.6.2 En servicio individuales y familiares

- Evaluaciones relacionadas con la atención del individuo en los diferentes contextos, y etapas de vida.
- Abordaje de necesidades y problemas de salud.
- Evaluación de la estructura familiar e identificación de las crisis de desarrollo por las que atraviesa según su ciclo vital
- Evaluación y detección de problemas psicosociales, y planificación de intervención.

5.6.3 Práctica comunitaria y gestión de salud

- Identificación y priorización de problemas de salud de la comunidad
- Identificación de recursos comunitarios disponibles, para las intervenciones.
- Conocimiento y aplicación de la gestión de la atención (gestión clínica, trabajo en equipo, gestión y organización de la actividad, de los sistemas de información, gestión de la calidad; responsabilidad civil y médico-legal

5.6.4 Actividades académicas de docencia e investigación

- Actualización de conocimientos a través de las nuevas tecnologías
- Identificación de las principales fuentes de documentación científica y tener habilidades en su manejo.
- Realización de lectura crítica de originales sobre temas clínicos.
- Conocimiento de los principios básicos de diseño de proyectos de investigación y habilidades para su aplicación.
- Conocimiento de los sistemas de investigación de déficits formativos y oportunidades de mejora de competencias.

5.7 ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN TEÓRICO - PRÁCTICAS E INVESTIGACIÓN.

1. Autoaprendizaje: estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales; se utiliza para la adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de la competencia, adquisición de habilidades en el uso de las herramientas. Por ejemplo: lectura crítica, medicina basada en problemas, etc.
2. Aprendizaje de campo: se coloca al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar; se utiliza cuando la finalidad es la adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional. Por ejemplo: rotaciones en servicios, consulta supervisada (con el tutor; videograbaciones), etc.

3. Clases: transmisión unidireccional de la información, sobre una materia concreta; se utiliza cuando se requiere la transmisión de información compleja. Por ejemplo: las clases participativas de temas concretos.
4. Trabajo grupal, interacción grupal: interacción entre los diferentes residentes; se utiliza cuando se quiere trabajar actitudes. Por ejemplo: investigación.
5. Talleres: es el aprendizaje de habilidades en pequeños grupos; se utiliza para la adquisición de habilidades o procedimientos (conductas que deben seguirse de un modo definido).
6. Desarrollar el pensamiento crítico, habilidades para solución de problemas y para la colaboración, mientras identifican problemas, formulan hipótesis, conducen a la búsqueda de información, y determinan la mejor forma de llegar a la solución de los problemas planteados.
7. Los médicos residentes presentarán al inicio del primer semestre del segundo año, un proyecto de investigación de la especialidad, el que deberá ser evaluado y aprobado por la Dirección de Segundas Especialidades y Campos Clínicos en Medicina de la UPC durante el segundo semestre del segundo año.

5.8 ROTACIONES:

AÑOS	ÁREAS	ÁMBITOS	DURACIÓN- MESES
1er AÑO	Aprendizaje de campo en Atención Primaria	Atención Primaria (Adultos y adultos mayores)	2
		Estrategias sanitarias (TBC, VIH)	1
		Atención Primaria (Gestantes)	1
		Atención Primaria (Niños/Adolescentes)	1
	Aprendizaje de campo en medicina interna y especialidades médicas	Medicina Interna	1
		Cardiología	1
		Endocrinología	1
		Neurología	1
		Neumología	1
		Gastroenterología	1
Psiquiatría		1	
2do AÑO	Aprendizaje de campo especialidades médicas y medico-quirúrgicas	Vacaciones	1
		Traumatología	1
		Oftalmología	1
		Dermatología	1
		Otorrinolaringología	1
		Cirugía General	1
		Medicina Física y Rehabilitación	1
		Nefrología/Urología	1
	Aprendizaje de campo en Atención Primaria	CCEE-MED FAM	2
Aprendizaje de campo apoyo al diagnóstico	Radiología	1	
Aprendizaje de campo en atención al niño	Pediatría	1	
3er AÑO		Vacaciones	1
	Aprendizaje de campo en la atención a la mujer	Gineco-obstetricia	1
	Aprendizaje de campo en extramuro (participación comunitaria)	Atención domiciliaria del paciente crónico, cuidados paliativos e inmovilizado	2
	Electiva		2
	Gestión	Gestión en Salud	2
	Aprendizaje campo de atención primaria	CCEE-MED_FAM-PED	1
		CCEE-MED_FAM	2
	Vacaciones		1
			36

5.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DOCENTES:

AÑOS	ÁREAS	ÁMBITOS	DURACIÓN- MESES	CCEE MED FAM (*)	MEDICINA FAMILIAR						EXTERNO
					PREHOSPITALARIA		POLICLÍNICO		HOSPITAL		
					URGENCIA	AMBULATORIA	URGENCIA	AMBULATORIA	URGENCIA	AMBULATORIA	
1er AÑO	Aprendizaje de campo en Atención Primaria	Atención Primaria (Adultos y adultos mayores)	2				X	X			
		Estrategias sanitarias (TBC, VIH)	1				X	X			
		Atención Primaria (Gestantes)	1				X	x			
		Atención Primaria (Niños/Adolescentes)	1				X	X			
		CCEE - MED FAM		12			X				
	Aprendizaje de campo en medicina interna y especialidades médicas	Medicina Interna	1						X	X	
		Cardiología	1						X	X	
		Endocrinología	1						X	X	
		Neurología	1						X	X	
		Neumología	1						X	X	
Gastroenterología		1						X	X		
Psiquiatría		1						X	X		
2do AÑO	Vacaciones		1								
	Aprendizaje de campo especialidades médicas y médico-quirúrgicas	Traumatología	1						X	X	
		Oftalmología	1						X	X	
		Dermatología	1						X	X	
		Otorrinolaringología	1						X	X	
		Cirugía General	1						X	X	
		Medicina Física y Rehabilitación	1				X	X	X		
		Nefrología/Urología	1						X	X	
	Aprendizaje de campo en Atención Primaria	CCEE-MED FAM	2	10			X	X			
	Aprendizaje de campo apoyo al diagnóstico	Radiología	1				X	X	X		
Aprendizaje de campo en atención al niño	Pediatría	1						X	X		
Vacaciones		1									
3er AÑO	Aprendizaje de campo en la atención a la mujer	Gineco-obstetricia	1				X	X	X		
	Aprendizaje de campo en extramuro (participación comunitaria)	Atención domiciliaria del paciente crónico, cuidados paliativos e inmovilizado	2		X	X				X	
	Electiva		2						X	X	
	Gestión	Gestión en Salud	2				X	X			
	Aprendizaje campo de atención primaria	CCEE-MED_FAM-PED	1	3			X	X	X		
		CCEE-MED_FAM	2	6			X	X	X		
Vacaciones		1									
			36	31							

(*) Todos los sábados de todos los meses, el residente acudirá a su centro de salud con su tutor médico de familia a cargo donde realizará la revisión de los temas de la semana, a través de consultas integrales.

ROTACIONES ELECTIVAS	Prevención Cuaternaria
	Manejo del Dolor Crónico
	Cuidados Paliativos
	Orientación e intervención Familiar
	Medicina del Adolescente
	Salud Rural

5.10 GUARDIAS:

Guardias establecidas en el programa de Medicina Familiar y Comunitaria

1. Son obligaciones académico - asistenciales del Médico Residente en la docencia en servicio guardias de doce (12) horas continuas.
 - a. Los residentes de primer y segundo año harán cinco (5) guardias mensuales: 4 guardias en hospital y 1 guardia en atención domiciliaria.
 - b. Los residentes de tercer año harán cinco (5) guardias mensuales: 3 guardias en tópico de atención primaria y 2 guardias en hospital por mes.
2. El médico residente programado en guardia nocturna tiene derecho al descanso post-guardia, a partir de las 13:00 horas del día siguiente.
3. Al día siguiente de realizada la guardia nocturna, el residente no puede tener actividades que requieran estado de alerta máxima.
4. El médico residente tiene derecho a veinticuatro (24) horas de descanso continuo a la semana, según programación.
5. No acudir o ausentarse de una guardia sin autorización o motivo de fuerza mayor demostrable es una falta muy grave.

6. NORMA DE EVALUACIÓN Y TITULACIÓN:

El médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria es un médico con toda la responsabilidad legal que su situación le da y se atiene a los reglamentos de la universidad para residentes:

Reglamento de estudios y evaluación de programas de segunda especialidad profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud – UPC (pendiente de aprobación).

Requisitos para la obtención del título de segunda especialidad profesional en Medicina – UPC (pendiente de aprobación).

7. EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PROGRAMA:

La monitorización y evaluación del programa será responsabilidad de la Dirección de Segundas Especialidades y Campos Clínicos en Medicina y estará a cargo del Comité de Program Review del programa, que tiene como funciones:

- a. Elaborar y gestionar el cronograma de actividades.
- b. Revisar y priorizar los criterios de evaluación.
- c. Liderar e involucrar a los stakeholders en el proceso de evaluación.
- d. Definir y gestionar los requerimientos de información para la evaluación.
- e. Analizar y evaluar los informes, estudios, información estadística y evidencias.
- f. Elaborar el reporte de autoestudio.
- g. Proponer a los evaluadores externos para la visita de pares.
- h. Definir la agenda para la visita.
- i. Gestionar las actividades de preparación para la visita.
- j. Revisar los hallazgos y recomendaciones de la evaluación externa.
- k. Elaborar el plan de mejora del programa o área.
- l. Elaborar el reporte de resultados del plan de mejora del programa/área.

8. COORDINADORES Y TUTORES

Coordinadora general: Jessica Diana Gómez Coronel

	Policlínico Alberto Leonardo Barton Thompson – Callao	Policlínico Guillermo Kaelin De La Fuente - Villa María del Triunfo - Lima
Coordinador(a)	María Raquel de Jesús Salazar Gálvez	Lili Vanessa Hernando Ortiz
Tutores	Mery Nancy Murillo Vidal	Anhela Lisette Valdera Simbron
	Antonio David Moncada Catalán	Ramiro Orlando Abril Collado