



**MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE RECURSOS PARA EL MODELO**

# Definición de Competencias Mínimas para el Especialista en Medicina Familiar

**Junio 2015**

## Índice

<b>COMPETENCIAS MÍNIMAS PARA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Requisitos de Admisibilidad:.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Requisitos de Competencias Profesionales .....</b>	<b>3</b>
Competencias del Ser: Actitudes y Habilidades Blandas .....	3
Área Funcional 1: Promover la Salud Biopsicosocial y Contribuir al Fomento y la Prevención de Problemas de Salud de las Personas, Familias y Comunidad a su Cargo, Realizando Intervenciones Basadas En Evidencia .....	4
Área Funcional 2: Construir Diagnósticos Contextualizados de los Problemas de Salud Biopsicosocial de las Personas, Familias y Comunidad a su Cargo en Atención Primaria .....	6
Área Funcional 3: Proponer y Operacionalizar un Plan de Manejo y Cuidado Continuo y de Manejo Terapéutico de los Problemas de Salud de las Personas y Familias a Cargo, que Aborde la Complejidad Biopsicosocial Acorde a los Recursos Disponibles, Incorporando a la Familia Como la Unidad de Cuidado.....	10
Área Funcional 4: Manejar con Pertinencia, Oportunidad, Continuidad y Resolutividad, Todo Problema de Salud con Enfoque Integral del Ciclo Vital Familiar y Con Enfoque Intercultural y de Respeto a la Diversidad.....	13
Área Funcional 5: Realiza el Control y Seguimiento de las Personas con Condiciones de Salud Crónicas y con Problemáticas de Salud Mental, con Enfoque Integral, Familiar y Comunitario .	14
Área Funcional 6: Gestionar Proactiva y Colaborativamente el Desarrollo y Fortalecimiento Continuo de los Sistemas de Cuidado y la Población a Cargo, a lo Largo de la Red Asistencial ..	16
<b>METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>20</b>

El documento que a continuación se presenta es producto de la revisión de la Norma Técnica Operativa de Certificación de Especialidades y Subespecialidades Médicas y Odontológicas (NTO) del 28 de diciembre de 2012, específicamente lo relativo al especialista en Medicina Familiar. La realización de este estudio surge por la sentida necesidad de actualizar las competencias profesionales mínimas del especialista, y en especial la definición de las actitudes y habilidades blandas para el ejercicio de la especialidad.

En el proceso de revisión participaron profesionales de diversos ámbitos del quehacer de la especialidad: universidades, administradores municipales, servicios de salud, agrupaciones de profesionales, sociedades médicas, gremios y ministerio (en el apartado metodológico se describe el proceso, formas que adquirió). Se agradece a todos los profesionales que de forma seria y comprometida participaron de esta tarea.

## COMPETENCIAS MÍNIMAS PARA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**1. Requisitos de Admisibilidad:** Se atiende a los requisitos generales. Los profesionales formados en adiestramiento en práctica deberán adjuntar los siguientes antecedentes:

a) Demostrar haber adquirido la capacidad necesaria mediante el trabajo institucional, efectivo y comprobado en un Centro de Salud Familiar o en un Centro Docente -Asistencial Universitario, público o privado, por un período ininterrumpido no menor a cinco años, y con un mínimo de cuatro horas diarias. La calificación del Centro será resuelta por el Directorio de la Entidad Certificadora, previa información técnica del comité de Especialidad de Medicina Familiar. Excepcionalmente se aceptará otro tipo de centro de salud, si así lo resuelve el Directorio, con el informe del Comité de la Especialidad.

b) Horas de capacitación necesarias:

- Clínica: 200 horas en clínica. El temario debe abarcar el espectro del quehacer clínico en medicina familiar y la capacitación en salud familiar y comunitaria en instituciones, sociedades y organismos debidamente acreditados.
- Salud Mental: 50 horas.
- Educación: 20 horas.
- Epidemiología y Salud Pública: 50 horas, incluyendo Medicina Basada en Evidencia, situación de salud, organización del sistema sanitario, ambiente y salud.
- Gestión: 50 horas, incluyendo planificación, gestión del recurso humano, gestión financiera, evaluación.
- Familia: 60 horas, incluyendo entrevistas: 20 horas y familia: 40 horas.

## 2. Requisitos de Competencias Profesionales

Al especialista en Medicina Familiar le corresponderá apoyar en la resolución de los problemas vinculados al proceso de salud y enfermedad de las personas, familias y comunidad a cargo, colaborando en la gestión de los recursos locales/culturales y de la red asistencial y de salud en la búsqueda del mejor nivel de salud de la población bajo su cuidado, desde una mirada sistémica, considerando la complejidad biopsicosocial y cultural, de manera continua a lo largo del ciclo vital y familiar, con énfasis preventivo y promocional, en equipo y en red, preferentemente en el ámbito de la atención primaria, en contextos tanto públicos como privados, colaborando con el aprendizaje familiar y el desarrollo de los sistemas de cuidado para contribuir al mejor nivel de salud y calidad de vida y bienestar emocional posible de la población bajo cuidado.

Además de los requisitos transversales de Conocimientos, Habilidades y Actitudes Generales de los especialistas<sup>1</sup> (conocimientos generales, y habilidades y actitudes genéricas a considerar para el desempeño competente del especialista), el especialista en Medicina Familiar debe cumplir con las actitudes y habilidades blandas (competencias del ser) que a continuación se enumeran. Éstas serán consideradas competencias transversales a desarrollar en las seis áreas funcionales detalladas más adelante.

<b>Competencias del Ser: Actitudes y Habilidades Blandas</b>		
<b>Competencias Organizacionales</b>	<b>Competencias Emocionales</b>	<b>Competencias Cognitivas</b>
1. Actúa orientado por el bien común 2. Es comprometido con la organización 3. Está abierto a las opiniones de la comunidad 4. Está abierto al debate con el equipo 5. Negocia para llegar a acuerdos. 6. Es consciente en relación a los costos de sus acciones. 7. Es consciente en relación a la ecología de su entorno.	1. Es respetuoso y actúa sin prejuicio (siendo considerado frente a la diversidad de los usuarios). 2. Es empático y asertivo. 3. Es paciente y cordial. 4. Se adapta a las circunstancias espacio-temporales. 5. Es capaz de trabajar bajo presión. 6. Soporta situaciones de frustración y es capaz de manejar la incertidumbre.	1. Piensa estratégicamente, es sistemático, planificado y organizado. 2. Es proactivo. 3. Es innovador y creativo. 4. Es ético, prudente, responsable y con autocontrol. 5. Es colaborativo. 6. Es perseverante. 7. Es flexible.

El especialista en Medicina Familiar desarrolla funciones en los siguientes ámbitos, respecto de los cuales debe ser capaz de realizar las acciones que en cada caso se señala, desplegando los conocimientos y destrezas que se indica.

<sup>1</sup> Desarrollados en documento del MINSAL 2013 “Requisitos específicos de postulación: descripción de aspectos técnicos y conocimientos mínimos para la certificación de especialidades y subespecialidades médicas y la odontológicas. Sistema de certificación de especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas”, página 0004.

<b>Área Funcional 1: Promover la Salud Biopsicosocial y Contribuir al Fomento y la Prevención de Problemas de Salud de las Personas, Familias y Comunidad a su Cargo, Realizando Intervenciones Basadas En Evidencia</b>		
<b>Acciones</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>Destrezas</b>
<p>1.1. Identificar, en conjunto con el equipo, los factores protectores, de riesgo y los recursos de las personas, familias y comunidad a cargo, co-construyendo con el equipo y la comunidad el diagnóstico y plan de trabajo participativo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concepto de factor protector.</li> <li>2. Concepto de factor de riesgo.</li> <li>3. Concepto de enfoque de riesgo.</li> <li>4. Teoría sistémica aplicada a la familia.</li> <li>5. Modelos y metodologías de diagnóstico familiar y comunitario.</li> <li>6. Teoría de desarrollo individual y familiar</li> <li>7. Instrumentos de evaluación familiar.</li> <li>8. Determinantes sociales de la salud.</li> <li>9. Teoría de la Comunicación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efectúa Genograma</li> <li>2. Indaga factores protectores, de riesgo y recursos en la consulta habitual y en todos los contextos de interacción médico paciente.</li> <li>3. Identifica factores protectores, de riesgo y recursos de la comunidad a cargo.</li> <li>4. Realiza uso adecuado de instrumentos de evaluación familiar e identificación de factores protectores y de riesgo a nivel individual, familiar y social, por ejemplo Ecomapa, entre otros.</li> <li>5. Registra de manera integrada y estratégica la información recopilada.</li> </ol>
<p>1.2. Participar en la priorización, planificación y desarrollo de las actividades promocionales y preventivas, a nivel individual, familiar, comunitario e intersectorial, poniendo énfasis en la efectividad basada en evidencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etapas de planificación.</li> <li>2. Elementos técnicos de programación.</li> <li>3. Elementos de epidemiología que le permitan hacer un análisis de la situación de salud de su población a cargo.</li> <li>4. Metodología de diagnóstico participativa.</li> <li>5. Conocimientos sobre prevención individual y comunitaria.</li> <li>6. Conocimientos sobre promoción individual y comunitaria.</li> <li>7. Normas nacionales y locales de actividades preventivas.</li> <li>8. Prácticas basadas en la evidencia.</li> <li>9. Metodología para la priorización de problemas en salud o intervenciones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se contextualiza en su realidad local.</li> <li>2. Integra proactivamente y potencia equipos de trabajo.</li> <li>3. Participa y/o actualiza y utiliza diagnósticos de salud comunitario y participativo.</li> <li>4. Realiza análisis de la situación de salud de su población a cargo.</li> <li>5. Participa en la planificación y programación de actividades preventivas promocionales.</li> <li>6. Propone, diseña y/o evalúa proyectos preventivos y promocionales, utilizando y/o generando evidencia.</li> <li>7. Participa y/o se apoya en instancias de trabajo comunitario en salud, realizando abogacía donde corresponda.</li> </ol>
<p>1.3. Realizar controles de salud preventivos, con enfoque sistémico, familiar, de género, intercultural y de riesgo/protección, según las etapas del ciclo vital.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teoría de desarrollo individual y familiar.</li> <li>2. Criterios de enfoque de riesgo en los controles de salud a lo largo del ciclo vital.</li> <li>3. Guías técnicas y protocolos y GES de salud preventiva, con conocimientos médicos específicos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza controles de salud, de forma adecuada, según etapa del ciclo vital aplicando conocimientos basados en la evidencia y guías clínicas disponibles.</li> <li>2. Realiza y comunica de forma adecuada las guías anticipatorias según ciclo vital.</li> </ol>

	<p>para identificar y manejar problemas de salud.</p> <p>4. Prácticas basadas en evidencia.</p> <p>5. Enfoque de género.</p> <p>6. Enfoque intercultural</p> <p>7. Enfoque de cuidado espiritual.</p> <p>8. Procedimientos de control de salud por grupo etario propios de la especialidad.</p> <p>9. Guías anticipatorias en crisis normativas y no normativas.</p>	<p>3. Valora y gestiona el riesgo/protección detectado y concordado con su población usuaria.</p> <p>4. Efectúa acompañamiento a las personas y sus familias en las crisis normativas.</p>
<p>1.4. Realizar educación en salud con metodologías efectivas para el aprendizaje, el empoderamiento y el autocuidado en salud.</p>	<p>1. Teorías del aprendizaje a lo largo del ciclo vital.</p> <p>2. Educación participativa de adulto.</p> <p>3. Concepto y principios de empoderamiento en salud.</p> <p>4. Metodologías efectivas para el aprendizaje transformacional.</p> <p>5. Conceptos y principios de autocuidado.</p> <p>6. Teoría de la comunicación.</p>	<p>1. Planifica, diseña, ejecuta y evalúa educación grupal, acorde a los conceptos y principios señalados.</p> <p>2. Realiza educación individual propiciando el autocuidado y el empoderamiento en salud.</p> <p>3. Sistematiza las experiencias realizadas.</p> <p>4. Difunde buenas prácticas de educación en salud.</p>
<p>1.5. Realizar intervenciones orientadas a los cambios conductuales a nivel individual, familiar y comunitario.</p>	<p>1. Modelos y metodologías de cambio de conducta.</p> <p>2. Teoría de etapa del cambio.</p> <p>3. Teorías de motivación a la protección.</p> <p>4. Técnicas efectivas de negociación.</p> <p>5. Técnicas de resolución de problemas.</p> <p>6. Modelos, etapas y herramientas de consejería.</p> <p>7. Técnicas de entrevista motivacional.</p> <p>8. Técnicas entrevista individual, de pareja y familiar.</p>	<p>1. Aplica modelos de cambio de conducta, por ejemplo Modelo Precede.</p> <p>2. Realiza entrevista individual, familiar y de pareja.</p> <p>3. Aplica técnicas motivacionales en las consejerías.</p> <p>4. Describe y registra los acuerdos alcanzados y las estrategias de seguimiento.</p>

<p><b>Área Funcional 2: Construir Diagnósticos Contextualizados de los Problemas de Salud Biopsicosocial de las Personas, Familias y Comunidad a su Cargo en Atención Primaria</b></p>		
<p><b>Acciones</b></p>	<p><b>Conocimientos</b></p>	<p><b>Destrezas</b></p>
<p>2.1. Realizar entrevista clínica centrada en la persona y examen físico pertinente y oportuno al motivo de consulta, a la etapa del ciclo vital, al aspecto cultural, al momento de la atención y a la situación de salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funciones y etapas de la entrevista.</li> <li>2. Técnicas de entrevista individual, de pareja y familiar.</li> <li>3. Técnicas de comunicación efectiva y técnicas de apoyo narrativo.</li> <li>4. Entrevista Motivacional.</li> <li>6. Principios y metodología de práctica reflexiva y autodesarrollo.</li> <li>7. Concepto de entrevista con resguardo de la intimidad y ética profesional, centrada en la persona y en la relación de ayuda.</li> <li>8. Profesionalismo y ética del cuidado.</li> <li>9. Historia clínica orientada a la detección de problemas.</li> <li>10. Epidemiología de la patología aguda y crónica prevalente.</li> <li>11. Normas, protocolos y guías de práctica clínica.</li> <li>12. Semiología clínica a lo largo del ciclo vital.</li> <li>13. Problemas indiferenciados y manejo de la incertidumbre.</li> <li>14. Examen físico en el contexto del ciclo vital y familiar y con particular cuidado del contexto cultural.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza entrevista clínica indagando biografía, motivaciones y expectativas, creencias, contexto y recursos, utilizando comunicación efectiva.</li> <li>2. Realiza entrevista de pareja y familia, de forma empática, asertiva, con escucha activa y ética, facilitando la construcción de un sistema terapéutico.</li> <li>3. Elabora registros de entrevistas que reflejan prácticas centradas en las personas.</li> <li>4. Aplica técnicas motivacionales en las entrevistas.</li> <li>5. Evalúa y retroalimenta la entrevista en sus diferentes componentes.</li> <li>6. Realiza, con pertinencia y continuidad de cuidado, anamnesis próxima y remota, respetando los principios de la entrevista centrada en la persona.</li> <li>7. Genera espacios de respeto y protección a la intimidad de la persona.</li> <li>8. Realiza examen físico pertinente y oportuno al motivo de consulta, al riesgo y al momento de atención.</li> <li>9. Efectúa registro de motivo de consulta, anamnesis, examen físico y exámenes complementarios.</li> </ol>
<p>2.2. Establecer y mantener una relación Médico - Paciente- Familia, cercana, basada en la confianza, empática, reflexiva y potenciadora.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Técnicas de comunicación efectiva.</li> <li>2. Componentes de la relación de ayuda.</li> <li>3. Prácticas de reflexividad y empoderamiento.</li> <li>4. Conocimientos sobre contexto cultural de la población a cargo.</li> <li>5. Técnicas de Negociación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza escucha activa con las personas, grupos y comunidad con las que interactúa.</li> <li>2. Pone en común sus dificultades en la relación médico paciente y presenta instrumentos de su aprendizaje transformacional.</li> <li>3. Tiene capacidad para trabajar en equipo, retroalimenta a sus compañeros de equipo en sus prácticas interaccionales.</li> <li>4. Se preocupa de la protección a la intimidad y confidencialidad de</li> </ol>

		<p>la información.</p> <p>5. Desarrolla la negociación en toda la relación, con destrezas para generar confianza, asertividad y empatía.</p> <p>6. Es íntegro y ético en el manejo de la información.</p>
<p>2.3 Valorar el riesgo biopsicosocial y epidemiológico de personas y familias, en su contexto, planteando diagnósticos integrales.</p>	<p>1. Concepto de riesgo biopsicosocial y epidemiológico en el contexto local y temporal de salud.</p> <p>2. Instrumentos de valoración del riesgo individual y familiar.</p> <p>3. Clasificación internacional de problemas de atención primaria y el CIE 10.</p> <p>4. Criterios de priorización del riesgo.</p> <p>5. Estudios de familia: etapas, objetivos, utilidad y aspectos éticos involucrados.</p> <p>6. Visita domiciliaria integral: consentimiento informado, etapas, técnicas de observación, técnicas de planificación y registro.</p>	<p>1. Habilidad para aplicar instrumentos de valoración de riesgo.</p> <p>2. Analiza la información recopilada en un diagnóstico biopsicosocial, con enfoque de riesgo.</p> <p>3. Participa proactivamente en la realización de estudios de familia.</p> <p>4. Comparte y recibe aportes del equipo en la valoración del riesgo familiar.</p> <p>5. Realiza visita domiciliaria integral con énfasis en la promoción de salud.</p>
<p>2.4 Aplicar instrumentos de evaluación familiar con pertinencia y participación del usuario y su familia.</p>	<p>1. Tipos de instrumentos de evaluación familiar: genograma, APGAR familiar, Ecomapa, Círculo familiar, Practicar, Línea de vida, otros.</p> <p>2. Uso pertinente de los instrumentos.</p> <p>3. Aspectos éticos involucrados en el uso y limitaciones de los instrumentos.</p>	<p>1. Utiliza con pertinencia los instrumentos.</p> <p>2. Integra al proceso de atención la información recogida con los instrumentos.</p> <p>3. Incorpora al usuario y su familia en la elaboración y análisis de los instrumentos utilizados.</p> <p>4. Analiza críticamente la utilidad de los instrumentos.</p> <p>5. Se preocupa de la protección a la intimidad y confidencialidad de la información.</p> <p>6. Desarrolla comunicación efectiva, en el contexto de la utilización de los instrumentos, comunicando los hallazgos.</p>
<p>2.5 Negociar con el sistema consultante<sup>2</sup> la explicación de sus problemas y priorización recurriendo a los saberes familiares, comunitarios y culturales para complementar los procesos de diagnóstico.</p>	<p>1. Modelos y Técnicas de negociación.</p> <p>2. Técnicas de priorización de problemas.</p> <p>3. Principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia social, etc.</p> <p>4. Modelo de creencias en salud.</p>	<p>1. Elabora, analiza y reflexiona junto al sistema consultante listado de problemas</p> <p>2. Prioriza problemas y ámbitos de abordaje, junto al sistema consultante, considerando prioridades.</p> <p>3. Demuestra respeto en la</p>

<sup>2</sup> Paciente, familia y su red.

	<p>5. Concepto, modelo y estrategia para la resiliencia.</p> <p>6. Interculturalidad.</p> <p>7. Formas de acercamiento al saber popular.</p> <p>8. Conceptos de redes de apoyo, del rol familiar en la enfermedad.</p>	<p>interacción con su población a cargo.</p> <p>4. Utiliza formularios de consentimiento informado en decisiones relevantes.</p> <p>5. Convoca a la familia y/o comunidad en los eventos que requieren de una mayor complementariedad.</p> <p>6. Indaga en las experiencias familiares previas y sus resultados, frente a eventos críticos.</p> <p>7. Utiliza los recursos familiares y comunitarios para sus procesos diagnósticos.</p>
<p>2.6 Utilizar con pertinencia los recursos diagnósticos, humanos y tecnológicos a su alcance en las redes, realizando gestión proactiva de los recursos necesarios para la población a su cargo.</p>	<p>1. Aspectos básicos de gestión.</p> <p>2. Aspectos básicos del financiamiento en salud.</p> <p>3. Red sanitaria y social</p> <p>4. Recursos diagnósticos y tecnológicos disponibles</p> <p>5. Guías clínicas y protocolos de problemas frecuentes.</p> <p>5. Pruebas diagnosticas.</p> <p>6. Auditoría del uso de los recursos.</p> <p>7. Ley 16.744 de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.</p> <p>8. Ley GES, ley de derechos y deberes, pesquisa de patologías prevalentes o de riesgo a lo largo del ciclo vital.</p>	<p>1. Demuestra pertinencia en el uso de los recursos diagnósticos.</p> <p>2. Demuestra pertinencia en sus derivaciones.</p> <p>3. Recurre a las redes sanitarias oportuna y pertinentemente.</p> <p>4. Interpreta adecuadamente los recursos y pruebas diagnósticos, utilizando correctamente las pruebas diagnósticas, guías y protocolos.</p> <p>5. Fundamenta sus decisiones clínico diagnósticas, considerando los diagnósticos diferenciales.</p>
<p>2.7. Integrarse y/o conformar equipos multidisciplinarios y multiespecialidad para complementar los procesos diagnósticos.</p>	<p>1. Concepto de la multidisciplinariedad y transdisciplinariedad.</p> <p>2. Concepto de colaboración, complementariedad y sinergia.</p> <p>3. Importancia de la integración multidisciplinaria y multiespecialidad.</p> <p>4. Técnicas de Trabajo en equipo y de reuniones efectivas.</p>	<p>1. Socializa con el equipo de salud las necesidades de complementariedad en los procesos diagnósticos.</p> <p>2. Coordina la participación de otros especialistas para mejorar o complementar sus diagnósticos.</p> <p>3. Participa activamente en las reuniones de equipo de sector, reuniones clínicas y otras instancias de complementariedad.</p> <p>4. Participa en estudios de familia, visita domiciliaria integral y consejería familiar, integrando duplas o equipos multidisciplinarios.</p>
<p>2.8. Comunica de forma efectiva y alfabetizadora el diagnóstico al Sistema Consultante (paciente y su</p>	<p>1. Técnicas de entrega del diagnóstico.</p> <p>2. Conocimientos de comunicación</p>	<p>1. Comunica en forma empática el diagnóstico al sistema consultante (persona y su familia, si</p>

<p>familia, si corresponde).</p>	<p>efectiva de diagnóstico al sistema consultante (paciente y su familia, si corresponde).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Conocimiento de reacciones frente al estrés.</li><li>4. Conocimientos de las etapas del duelo o pérdida.</li><li>5. Conceptos, metodologías y técnicas de Alfabetización en Salud.</li></ol>	<p>corresponde), cuidando las reacciones de la persona respecto a él.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Clarifica y/o responde a las reacciones de la persona y/o familiar respecto al diagnóstico.</li><li>3. Acoge a la persona y/o familia frente a las emociones secundarias al diagnóstico.</li><li>4. Utiliza la metodología de acuerdos en el establecimiento de compromisos en la construcción del plan y cuidado médico.</li><li>5. Propicia que el paciente pregunte, busque y aporte información, identifique las implicancias del diagnóstico para su vida, identifique decisiones que deberá tomar, busque y construya alternativas frente a las decisiones, se comprometa con los cambios y las conductas que le permitirán gestionar su diagnóstico/problema de salud.</li></ol>
----------------------------------	--	--

<b>Área Funcional 3: Proponer y Operacionalizar un Plan de Manejo y Cuidado Continuo y de Manejo Terapéutico de los Problemas de Salud de las Personas y Familias a Cargo, que Aborde la Complejidad Biopsicosocial Acorde a los Recursos Disponibles, Incorporando a la Familia Como la Unidad de Cuidado.</b>		
<b>Acciones</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>Destrezas</b>
<p>3.1. Integrar y/o conformar un sistema de cuidado y manejo médico que articule a la persona, a la familia, sus redes y al equipo de salud, atendiendo a la complejidad del problema de salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conceptualizaciones sobre familia y comunidad.</li> <li>2. Relación comunidad, familia salud.</li> <li>3. Teorías para el trabajo con familias y comunidades.</li> <li>4. Teorías y modelos del cuidado en salud.</li> <li>5. Enfoque familiar y comunitario.</li> <li>6. Concepto de pensamiento complejo aplicado a problemáticas de salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moviliza a la familia y sus redes con pertinencia en los distintos ámbitos de su quehacer.</li> <li>2. Involucra a la familia y sus redes en los procesos de toma de decisiones en salud.</li> <li>3. Busca retroalimentación de su práctica desde sus familias a cargo.</li> <li>4. Sistematiza y utiliza la información biopsicosocial de la persona, familia y redes, y socio sanitaria del conjunto de familias a cargo, en colaboración con el equipo.</li> <li>5. Potencia a la persona, familia y su red como unidades de cuidado.</li> <li>6. Interviene distinguiendo la complejidad de los problemas de salud.</li> </ol>
<p>3.2. Negociar y acordar con el sistema consultante y la red de apoyo el abordaje centrado en la persona de los problemas, considerando los riesgos biopsicosociales, los recursos y las realidades locales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Técnicas de Comunicación Efectiva.</li> <li>2. Modelos y técnicas de negociación.</li> <li>3. Conceptos, modelos, metodologías y herramientas del apoyo social, ayuda mutua y trabajo en redes.</li> <li>4. Principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia social, etc.</li> <li>5. Enfoque de Riesgo.</li> <li>6. Recursos en Salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utiliza habilidades de comunicación efectiva en todos los procesos.</li> <li>2. Utiliza el consentimiento informado para resguardar los aspectos éticos y legales del plan de cuidado cuando corresponda.</li> <li>3. Utiliza la metodología de acuerdos en el establecimiento de compromisos en la construcción del plan y cuidado y manejo médico.</li> <li>4. Aplica enfoque de riesgo en la construcción del plan de cuidado en sus aspectos clínicos y psicosociales.</li> <li>5. Considera los recursos y la realidad local en el abordaje de los problemas.</li> </ol>
<p>3.3. Operacionalizar el plan de cuidado y manejo médico en intervenciones costo efectivas, basadas en evidencia y con pertinencia cultural y atendiendo a los principios de la bioética.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño de un plan de cuidado.</li> <li>2. Políticas, leyes y normas sanitarias vigentes.</li> <li>3. Técnicas de selección de intervenciones.</li> <li>4. Medicina basada en evidencia.</li> <li>5. Principios de gestión clínica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplica con pertinencia al caso los alcances de las leyes y beneficios en salud.</li> <li>2. Registra con precisión y claridad el plan de cuidado (problemas, objetivos de logro, acciones y recursos a involucrar).</li> </ol>

	<p>6. Concepto, dimensiones, mejoramiento y evaluación de la calidad asistencial.</p> <p>7. Concepto de Interculturalidad.</p> <p>8. Bioética</p>	<p>3. Ejecuta con calidad las acciones que le competen dentro del plan de cuidado.</p> <p>4. Coordina sus intervenciones con el equipo a cargo del plan.</p> <p>5. Articula recursos para la implementación del plan terapéutico.</p> <p>6. Aplica razonamiento ético en la toma de decisiones frente a los dilemas éticos del inicio y término de la vida.</p>
<p>3.4. Utilizar con pertinencia los recursos terapéuticos, humanos y tecnológicos a su alcance, articulando y desarrollando equipos y redes asistenciales y sociales.</p>	<p>1. Políticas, leyes y normas sanitarias vigentes.</p> <p>2. Recursos sanitarios locales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios.</p> <p>3. Organización y funcionamiento de redes asistenciales y sociales.</p> <p>4. Guías clínicas y protocolos nacionales y locales.</p> <p>5. Gestión de Recursos.</p>	<p>1. Demuestra pertinencia en la selección y uso de los recursos terapéuticos necesarios para el plan.</p> <p>2. Articula en equipo recursos familiares, comunitarios, sanitarios y sociales para el logro de los objetivos del plan.</p> <p>3. Aplica con pertinencia guías y protocolos vigentes.</p> <p>4. Incorpora los saberes y recursos familiares y comunitarios al plan de cuidado.</p>
<p>3.5. Guiar y evaluar el plan de cuidado y manejo médico, manteniendo una relación médico-paciente continua y empoderadora.</p>	<p>1. Principios de la relación médico paciente, familia y comunidad.</p> <p>2. Principios de la continuidad de cuidados.</p> <p>3. Concepto, metodologías e instrumentos de empoderamiento y colaboración de los participantes del cuidado.</p> <p>4. Concepto, metodologías e instrumentos de intervención familiar.</p> <p>5. Evaluación de proceso, resultado e impacto.</p>	<p>1. Demuestra la continuidad en la gestión y conducción del plan.</p> <p>2. Utiliza estrategias de empoderamiento de la persona-familia y su red.</p> <p>3. Retroalimenta con el equipo los aspectos relacionales de su práctica.</p> <p>4. Aplica herramientas de intervención familiar y pensamiento sistémico.</p> <p>5. Evalúa proceso, resultado e impacto de su plan de cuidado.</p>
<p>3.6. Monitorear en equipo y retroalimentar al sistema consultante y al sistema de atención, respecto del cumplimiento y resultados del plan.</p>	<p>1. Principios de gestión de casos.</p> <p>2. Principios de la retroalimentación efectiva.</p> <p>3. Evaluación de calidad en función de resultados.</p>	<p>1. Evalúa y retroalimenta al Sistema Consultante y al equipo terapéutico sobre el resultado de las intervenciones efectuadas al plan.</p> <p>2. Replantea, de acuerdo a los resultados, las intervenciones que no demuestran efectividad.</p> <p>3. Coordina sus intervenciones con el equipo a cargo del plan.</p> <p>4. Registra el desarrollo de las intervenciones y resultados a fin de construir evidencia para el monitoreo.</p>

		5. Pone en común el resultado de las intervenciones.
3.7. Identificar, sistematizar y compartir las buenas prácticas.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Principios de sistematización y/o protocolización de las buenas prácticas.</li><li>2. Estandarización de las buenas prácticas.</li><li>3. Metodología de incidentes críticos.</li><li>4. Metodologías de investigación en salud.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifica las buenas prácticas, incidentes críticos y dificultades.</li><li>2. Sistematiza y difunde las buenas prácticas.</li><li>3. Propone, desarrolla y comparte intervenciones estandarizadas con base en la experiencia clínica para el abordaje de problemas frecuentes.</li><li>4. Capacidad de generar protocolo de prácticas clínicas y de gestión.</li><li>5. Forma parte de comunidades de buenas prácticas.</li></ol>

<b>Área Funcional 4: Manejar con Pertinencia, Oportunidad, Continuidad y Resolutividad, Todo Problema de Salud con Enfoque Integral del Ciclo Vital Familiar y Con Enfoque Intercultural y de Respeto a la Diversidad.</b>		
<b>Acciones</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>Destrezas</b>
4.1. Manejar el motivo de consulta y problemas de salud frecuentes de la población a cargo en forma resolutive, integral y eficiente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfil epidemiológico de la población a cargo</li> <li>2. Objetivos y prioridades sanitarias</li> <li>3. Guías y protocolos para el manejo de la morbilidad de la etapa del ciclo vital.</li> <li>4. Diagnóstico y manejo de los motivos de consulta y problemas de salud frecuentes de la población a cargo.</li> <li>5. Referencia y contrarreferencia: criterios de derivación y de manejo conjunto de las patologías de la etapa.</li> <li>6. Gestión clínica de los motivos de consulta y problemas de salud de la población a cargo.</li> <li>7. Sistema de vigilancia epidemiológica.</li> <li>8. Conocimiento básico de herramientas tecnológicas pertinentes al contexto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza entrevista clínica en el escenario ambulatorio.</li> <li>2. Aplica razonamiento clínico y toma de decisiones basadas en evidencias en ámbito diagnóstico, terapéutico, referencia, aplicación de protocolos y guías.</li> <li>3. Realiza los procedimientos pertinentes a la APS de manera segura y efectiva.</li> <li>4. Toma decisiones considerando el perfil epidemiológico de la población a cargo.</li> <li>5. Maneja medidas terapéuticas no farmacológicas.</li> <li>6. Gestiona los recursos para el manejo clínico en forma efectiva.</li> <li>7. Manejo del tiempo, de acuerdo al contexto de la consulta.</li> <li>8. Aplicación y uso de la tecnología adecuada al contexto.</li> <li>9. Realiza gestión epidemiológica en su quehacer clínico.</li> </ol>
4.2. Manejar y/o derivar la morbilidad de urgencia a lo largo del ciclo vital de forma ágil y resolutive.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico y manejo de patología motivo de consulta que corresponde resolver en servicio de atención primaria de urgencia.</li> <li>2. Criterios de derivación para patologías de urgencia que requieren resolución en centros de mayor complejidad.</li> <li>3. Medidas de soporte vital avanzado en el niño y el adulto.</li> <li>5. Aplicación y uso de los medios tecnológicos pertinentes al contexto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplica razonamiento clínico y toma de decisiones basadas en evidencias en ámbito diagnóstico, terapéutico, referencia, aplicación de protocolos y guías en el servicio de urgencia de Atención Primaria.</li> <li>2. Dirige, coordina y maneja de manera ágil y resolutive las urgencias con riesgo vital y su traslado seguro y oportuno a un centro de mayor complejidad.</li> <li>3. Aplica técnicas de manejo de paro cardiorrespiratorio en el niño y en el adulto.</li> </ol>
4.3. Abordar el impacto familiar de la morbilidad para cada etapa del ciclo vital.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crisis no normativas.</li> <li>2. Técnicas de manejo de estresores familiares.</li> <li>3. Intervención en crisis.</li> <li>4. Teoría de sistemas aplicado a la familia.</li> <li>5. Intervención sistémica familiar.</li> <li>6. Metodologías de acompañamiento y cuidado pertinentes al contexto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utiliza técnicas de manejo de estresores familiares.</li> <li>2. Realiza intervención en crisis.</li> <li>3. Realiza intervención sistémica familiar.</li> <li>4. Efectúa acompañamiento a las personas y sus familias de acuerdo al contexto.</li> </ol>

**Área Funcional 5: Realiza el Control y Seguimiento de las Personas con Condiciones de Salud Crónicas y con Problemáticas de Salud Mental, con Enfoque Integral, Familiar y Comunitario**

<b>Acciones</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>Destrezas</b>
<p>5.1. Manejar las condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental, en consenso con la persona, y considerando las variables psicosociales y familiares asociadas, incluyendo estrategias efectivas para el cambio de conducta cuando corresponda.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental.</li> <li>2. Medicina basada en la evidencia.</li> <li>3. Protocolos y guías de práctica clínica.</li> <li>4. Teoría sistémica aplicada a la familia.</li> <li>5. Redes asistenciales y sociales.</li> <li>6. Funciones de los integrantes del equipo de salud en el manejo de condiciones crónicas prevalentes.</li> <li>7. Familia y condiciones crónicas.</li> <li>8. Modelos de manejo de enfermedades crónicas.</li> <li>9. Entrevista motivacional aplicada al manejo de enfermedades crónicas.</li> <li>10. Metodología de trabajo transdisciplinario e interdisciplinario.</li> <li>11. Modelos y metodologías de cambio de conducta aplicado a enfermedades crónicas.</li> <li>12. Teoría de etapa del cambio.</li> <li>13. Teorías de motivación a la protección.</li> <li>14. Técnicas efectivas de negociación.</li> <li>15. Técnicas de resolución de problemas.</li> <li>16. Modelos, etapas y herramientas de consejería.</li> <li>17. Realización de entrevista motivacional.</li> <li>18. Realización de entrevista individual, de pareja y familiar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescribe adecuadamente las medidas terapéuticas no farmacológicas y/o los fármacos requeridos para el control de las condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental.</li> <li>2. Maneja las complicaciones e interacciones de los fármacos prescritos.</li> <li>3. Gestiona oportuna y pertinentemente las derivaciones y referencias para el manejo de las condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental, manteniendo el cuidado continuo.</li> <li>4. Incorpora las variables psicosociales y familiares en el manejo de las condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental.</li> <li>5. Integra al equipo de salud en el manejo de las condiciones crónicas permanentes.</li> <li>6. Incorpora el manejo grupal de condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental.</li> <li>7. Incorpora a la familia en el manejo de las condiciones crónicas prevalentes y las problemáticas de salud mental.</li> <li>8. Informa oportunamente los derechos y beneficios asociados a la patología e informa las complicaciones y riesgos asociados.</li> <li>9. Realiza atención centrada en la persona.</li> <li>10. Aplica modelo de cambios de conducta.</li> </ol>
<p>5.2. Definir, aplicar y evaluar plan de control y seguimiento continuo de las condiciones crónicas con orientación a resultados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia natural de las enfermedades crónicas prevalentes.</li> <li>2. Prevención primaria, secundaria y terciaria de condiciones crónicas prevalentes.</li> <li>3. Guías clínicas, protocolos de condiciones crónicas y modelos de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describe un plan de control y seguimiento de las condiciones crónicas prevalentes.</li> <li>2. Realiza actividades de prevención específicas y adecuadas al estado de avance de la condición crónica.</li> <li>3. Incorpora según requerimiento</li> </ol>

	<p>manejo de enfermedades crónicas.</p> <p>4. Funciones de los integrantes del equipo de salud en el manejo de condiciones crónicas prevalentes.</p> <p>5. Redes asistenciales y sociales.</p> <p>6. Metodología de trabajo transdisciplinario e interdisciplinario.</p> <p>7. Metodologías efectivas para el aprendizaje transformacional.</p> <p>8. Conceptos y principios de autocuidado.</p> <p>9. Calidad y seguridad del paciente.</p> <p>10. Conceptos de planificación y evaluación de programas.</p>	<p>a otros profesionales sanitarios en el plan de control y seguimiento.</p> <p>4. Establece una red asistencial para el control y seguimiento de las condiciones crónicas.</p> <p>5. Incorpora a la familia en el seguimiento de las condiciones crónicas.</p> <p>6. Evalúa los resultados individuales de las acciones clínicas realizadas.</p> <p>7. Evalúa y realiza planes de mejora en relación al logro de compensaciones de su población a cargo</p> <p>8. Intercambia con sus pares la experiencia, resultados y buenas prácticas.</p> <p>9. Aplicación de conceptos de modelo de enfermedades crónicas.</p>
--	---	---

<b>Área Funcional 6: Gestionar Proactiva y Colaborativamente el Desarrollo y Fortalecimiento Continuo de los Sistemas de Cuidado y la Población a Cargo, a lo Largo de la Red Asistencial</b>		
<b>Acciones</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>Destrezas</b>
6.1. Aplicar herramientas de gestión clínica en el manejo de su población a cargo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bases conceptuales de la gestión clínica.</li> <li>2. Concepto de calidad y sus componentes.</li> <li>3. Medicina basada en evidencia.</li> <li>4. Desarrollo de guías de práctica clínica y protocolos de manejo local.</li> <li>5. Uso adecuado y valoración de las pruebas diagnósticas.</li> <li>6. Bases teóricas de la gestión farmacéutica.</li> <li>7. Análisis de efectividad clínica.</li> <li>8. Metodologías de evaluación de la práctica clínica, auditoría y retroalimentación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplica normas de calidad vigentes.</li> <li>2. Aplica las herramientas pertinentes para el control y mejora de los procesos de gestión clínica.</li> <li>3. Elabora y pone en marcha planes de mejora de la calidad.</li> <li>4. Aplica críticamente guías de práctica clínica.</li> <li>5. Utiliza medicina basada en evidencia en la toma de decisiones y en la evaluación de la práctica.</li> <li>6. Demuestra uso racional de los exámenes, procedimientos, terapéuticos y derivaciones.</li> <li>7. Hace uso adecuado de metodología de evaluación, auditoría y retroalimentación de la práctica clínica.</li> <li>8. Genera innovación en la praxis a partir de evidencia, cautelando el respeto de los principios éticos en el quehacer.</li> </ol>
6.2. Trabajar en equipo y en red sectorial y comunitaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fundamentos teóricos del trabajo en equipo.</li> <li>2. Estilos de liderazgo y la influencia del líder como elemento coordinador y dinamizador de equipos.</li> <li>3. Fundamentos teóricos de la negociación como instrumento para la gestión de conflictos.</li> <li>4. Organización y funciones de los integrantes del equipo de salud.</li> <li>5. Organización y funciones de los integrantes de la red asistencial.</li> <li>6. Organización y funciones de la red comunitaria e intersectorial.</li> <li>7. Herramientas de trabajo comunitario e intersectorial.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integra proactivamente un equipo de cabecera.</li> <li>2. Lidera al equipo de salud en la gestión clínica de la población a cargo.</li> <li>3. Maneja las técnicas de negociación.</li> <li>4. Incorpora la red asistencial, comunitaria e intersectorial en la gestión clínica de su población a cargo.</li> <li>5. Trabaja con equipo y comunidad, promoviendo acciones intersectoriales.</li> </ol>
6.3. Organizar y gestionar la actividad asistencial propia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio epidemiológico de su población a cargo.</li> <li>2. Programación de la gestión asistencial.</li> <li>3. Modelos organizativos de la actividad en consulta y en domicilio.</li> <li>4. Modelos organizativos de la articulación entre médicos y otros profesionales del equipo y la red.</li> <li>5. Sistemas de registro de uso habitual</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elabora y considera casuística de su población a cargo.</li> <li>2. Interpreta y utiliza los indicadores de uso más frecuente en atención primaria.</li> <li>3. Planifica sus variadas actividades asistenciales, atendiendo las variables de su población a cargo.</li> <li>4. Lleva un registro clínico que permite gestionar el cuidado de su paciente.</li> </ol>

	<p>en atención primaria.</p> <p>6. Factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios.</p>	<p>5. Implementa buenas prácticas de gestión asistencial.</p>
<p>6.4. Integrar en su quehacer elementos propios del contexto de trabajo en que se desempeña para obtener mejores resultados sanitarios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legislación relativa a su puesto de trabajo.</li> <li>2. Estructura, funciones y flujograma del sistema de salud y de los diferentes niveles del servicio para el que trabaja.</li> <li>3. Obligaciones y derechos del médico, así como del resto de los compañeros del equipo de los otros niveles de la red.</li> <li>4. Normativa médico-legal relacionada con los sistemas de protección social.</li> <li>5. Normativa legal relacionada con el ejercicio del médico familiar.</li> <li>6. Principios de la bioética.</li> <li>7. Metodologías de razonamiento ético.</li> <li>8. Conflicto ético en el ejercicio del médico familiar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desempeña sus funciones de médico cumpliendo la normativa legal relacionada.</li> <li>2. Otorga los beneficios de la protección social de acuerdo a la normativa legal vigente.</li> <li>3. Identifica y maneja conflictos éticos en su ejercicio profesional.</li> <li>4. Utiliza la toma de decisiones informada consensuada con el paciente.</li> </ol>
<p>6.5. Aplicar herramientas de gestión organizacional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administración de recursos humanos y financieros.</li> <li>2. Gestión estratégica.</li> <li>3. Gestión de calidad.</li> <li>4. Estructura y funciones del sistema de salud local.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manejo de instrumentos de diagnóstico organizacional, como por ejemplo análisis FODA.</li> <li>2. Maneja herramientas básicas de gestión estratégica y de calidad.</li> <li>3. Gestiona recursos humanos y financieros en nivel que corresponda a su cargo y según legislación pertinente.</li> </ol>
<p>6.6. Realizar docencia e investigación para identificar los problemas y desarrollar intervenciones en APS.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metodología de la investigación pertinente a la atención primaria.</li> <li>2. Gestión de proyectos.</li> <li>3. Elaboración de artículos científicos.</li> <li>4. Técnicas de presentación oral.</li> <li>5. Metodología de educación para adultos (educación participativa).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplica herramientas de docencia.</li> <li>2. Aplica metodología de investigación en salud.</li> <li>3. Identifica nichos de investigación, brechas y/o necesidades de generación de proyectos.</li> <li>4. Identifica necesidades de aprendizaje de los equipos de salud.</li> <li>5. Desarrolla estrategias de capacitación continua del equipo.</li> </ol>

## METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

El desarrollo de este documento se realizó a través de un proceso consultivo a profesionales del sector salud, específicamente del ámbito de la medicina familiar y Atención Primaria. Los pasos a seguir fueron:

### **1. Revisión de la Norma Técnica Operativa (NTO) vigente para Certificación del Especialista en Medicina Familiar.**

Se procedió a revisar la NTO<sup>3</sup> vigente a partir del 28 de diciembre de 2012. Definiendo que a partir de este documento se trabajaría en el taller con la finalidad de completar, actualizar y/o modificar los aspectos que fuesen necesarios.

### **2. Realización de taller**

Fueron convocados expertos representantes de distintos estamentos relacionados con el desarrollo de la especialidad -universidades, administración municipal, gremios, Colegio Médico, Sociedad Chilena de Medicina Familiar, servicios de salud, Ministerio de Salud-. Participan del taller 32 profesionales (en Anexo 1) en dos días programados para la actividad (9 y 10 de abril).

La actividad comenzó con la presentación del proceso de Certificación de Especialidades, realizada por la economista Michèle Guillou, profesional de la División de Gestión de Personas del Ministerio de Salud.

Tras esta actividad se desarrolló el taller, donde los participantes fueron agrupados en cuatro grupos de trabajo, considerando que éstos estuviesen conformados por representantes de los distintos estamentos. A cada grupo le correspondió trabajar de la siguiente forma:

Actividad	Tema	Grupo de trabajo
Mesa de trabajo I	Propósito Clave y Áreas Funcionales (AF)	4 grupos (azul, rojo, verde, naranja)
Plenario: Propósito clave y áreas funcionales		
Mesa de Trabajo II	Acciones del especialista en cada una las áreas funcionales.	Acciones AF 1 y 5 – Azul Acciones AF 2 - Rojo Acciones AF 3 – Verde Acciones AF 4 y 6 - Naranja
Plenario: Acciones del especialista		
Mesa de Trabajo III	Conocimientos Nucleares para	Conocimientos AF 1 y 5 – Azul Conocimientos AF 2 - Rojo

<sup>3</sup> Normas Técnicas Operativas de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades médicas y Odontológicas: Requisitos generales y específicos. Requisitos específicos de postulación: descripción de aspectos técnicos y conocimientos mínimos para la certificación de especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas. [http://documentos.minsal.cl/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/c997d5c8-ef25-4f3b-8354-fdb7689d58ff/DECRETO\\_489\\_12\\_NGT\\_145.pdf](http://documentos.minsal.cl/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/c997d5c8-ef25-4f3b-8354-fdb7689d58ff/DECRETO_489_12_NGT_145.pdf)

	cada una de las áreas funcionales definidas	Conocimientos AF 3 – Verde Conocimientos AF 4 y 6 -Naranja
Plenario: Conocimientos nucleares		
Mesa de Trabajo IV	Destrezas relevantes para cada una de las áreas funcionales definidas	Destrezas AF 1 y 5 – Azul Destrezas AF 2 - Rojo Destrezas AF 3 – Verde Destrezas AF 4 y 6 -Naranja
Plenario: Destrezas relevantes		
Mesa de trabajo V	Actitudes y/o habilidades blandas	Habilidades blandas AF 1 y 5 – Azul Habilidades blandas AF 2 - Rojo Habilidades blandas AF 3 – Verde Habilidades blandas AF 4 y 6 -Naranja
Plenario: Actitudes y/o habilidades blandas		

La labor desarrollada por cada uno de los grupos fue facilitada por los profesionales que apoyaron el desarrollo de la jornada (encargada de la unidad o miembros del equipo consultor). Cada uno de los grupos dispuso de un computador y archivo informático para facilitar el dejar por escrito los consensos del grupo. Estos eran compartidos y discutidos con los otros grupos en los plenarios.

### **3. Elaboración de documento con indicaciones de los expertos participantes al taller**

En la elaboración de este documento fue considerada de forma íntegra el trabajo desarrollado por cada uno de los grupos consignado en los archivos informáticos dispuestos. Además, los plenarios del taller fueron grabados en video con el fin de rescatar todas las discusiones que se dieron entre los participantes.

Producto de lo anterior se elaboró un documento preliminar que consideró todos los recursos anteriores.

### **4. Validación del documento por expertos participantes**

El documento preliminar fue enviado a todos los profesionales convocados al taller, solicitando la aprobación del texto, emisión de comentarios o modificaciones que se consideraran importantes con el fin de concretar un documento final. Se recibieron comentarios menores con respecto al borrador (principalmente de forma, muy pocos comentarios de contenidos), los que fueron incorporados al documento final.

### **5. Envío de documento final a participantes**

El documento final fue remitido a todos los convocados. Con el fin de cerrar el proceso, fueron consultados sobre la pertinencia de los requisitos de admisibilidad de la NTO del 2012, se recibieron sugerencias que están incluidas en el documento que se presenta.

## ANEXO 1

La coordinación, supervisión y elaboración de este documento estuvo a cargo de la encargada de la Unidad de Evaluación y Estudios de la División de Atención Primaria, Deiza Troncoso Miranda. En el desarrollo del taller y versión preliminar del documento se contó con el apoyo de la Consultora Carlos Casanova de la Barra.

A continuación se mencionan los ponentes y participantes del taller efectuado en el mes de abril. Agradecemos la participación en el taller y revisión en la evolución y versión final de este documento.

Nombre	Profesión	Institución
Alvaro Téllez	Médico de Familia	Pontificia Universidad Católica de Chile
Ana María León	Médico de Familia	Servicio de Salud Araucanía Norte. Atención Primaria
Andrea Quiero	Matrona	Servicio de Salud Metropolitano Central
Annery Hernández	Médico de Familia	CONFUSAM
Beatriz Cadegan	Médico de Familia	Servicio de Salud Concepción. Atención Primaria
Beatriz Martínez	Médico de Familia	Servicio de Salud Bío-Bío
Blanca Peñaloza	Médico de Familia	Pontificia Universidad Católica de Chile
Camilo Bass	Médico de Familia	Colegio Médico de Chile
Felicinda Rojas	Médico de Familia	CONFUSAM
Felipe Guajardo	Médico de Familia	Cesfam San Luis, Comuna Peñalolén
Inés Guerrero	Médico de Familia	Colegio Médico de Chile, Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria
Isabel Segovia	Médico de Familia	Universidad de Chile
Joaquín Montero	Médico Internista	Pontificia Universidad Católica de Chile
Jorge López	Médico de Familia	Sociedad Chilena de Medicina Familiar
Juana Maldonado	Médico de Familia	Servicio de Salud Bío Bío
Lidia Campodónico	Médico de Familia	Servicio de Salud Metropolitano Sur. Atención Primaria

Lorena Pérez	Técnico de Enfermería, Diplomada en Salud Familiar	COTRASAM
Luz Montero	Médico de Familia	Pontificia Universidad Católica de Chile
Macarena Moral	Médico de Familia	Sociedad Chilena de Medicina Familiar
Michèle Guillou	Economista	MINSAL. División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
Marcela Larrea	Médico de Familia	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Margarita Barria	Enfermera	MINSAL. División de Atención Primaria
María Eugenia Chadwick	Médico salubrista	Dpto. de Salud, Comuna Recoleta
María Paulina Rojas	Médico de Familia	Pontificia Universidad Católica de Chile
Mariela Rodríguez	Médico de Familia	Sociedad Chilena de Medicina Familiar
Marlys Acuña Sandoval	Médico de Familia	CESFAM Las Ánimas, Comuna Valdivia
Nancy López	Médico de Familia	Universidad de Chile
Patricia Villaseca	Médico de Familia	Universidad de Concepción
Rossana Fuentes	Administrador Público	MINSAL. División de Atención Primaria