

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA.**

INFORME PERÚ

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADORES

JENNY ASTRID DURÁN LOZANO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

BOGOTÁ

2015

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA.**

INFORME PERÚ

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTA
2015**

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA.**

INFORME PERÚ

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

TUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADOR

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

BOGOTA, _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

***“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS
CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO,
SOLO VELARÁ POR EL RIGOR CIENTIFICO, METODOLOGICO Y ETICO
DEL MISMO EN ARAS DE LA BUSQUEDA DE LA VERDAD Y LA
JUSTICIA”***

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, es el resultado de varios años de esfuerzo y dedicación, por esto agradezco a Dios , a mi esposo y a mi familia por todo el apoyo que recibí en esta etapa de mi vida. Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de mi tutor, mis compañeros y la licenciada Martha Moreno , coordinadora del grupo de redacción y análisis de texto (GRAT) de la universidad El Bosque . A todos gracias por su dedicación.

}

CONTENIDO

RESUMEN.....	9
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
1. Contexto del sistema de salud.....	12
1.1 Características generales del país.....	12
1.2 Generalidades del sistema de salud.....	15
1.2.1 Estructura	15
1.2.2 Financiación	17
1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios.....	18
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios.....	20
2.1 Formación en medicina familiar	20
2.1.1 Hitos	20
2.1.2 Características de los programas académicos	22
2.2 Medicina familiar y atención primaria en salud.....	24
2.2.1 Ámbitos de desempeños.....	24
2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud	24
3. Síntesis	26
Obras citadas	27

Listado de Figuras

Figura 1 Pirámide poblacional de Perú, según estimado para 2014	13
---	----

Listado de Tablas

Tabla 1 Indicadores demográficos y de salud de Perú (2010-2014).....	14
--	----

Listado de siglas

ASPEFAM: Asociación Peruana de Facultades de Medicina

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

CONAREME: Comité Nacional de Residencia Médico

EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú

SIS: Seguro Integral de Salud

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud

PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento

SOPEMFIG: Sociedad Peruana de Medicina General Integral y Gestión en Salud

SOPEMFYC: Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria

UNFV: Universidad Nacional Federico Villareal

UNMSM: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNT: Universidad Nacional de Trujillo

UPCH: Universidad Peruana Cayetano de Heredia

RESUMEN

Aportes de la Formación de Médicos Familiares al desarrollo de la Atención Primaria en Iberoamerica es una revisión hermenéutica que busca reconocer las fortalezas de los sistemas de salud de los países de esta región, con el objetivo de identificar experiencias aplicables al contexto colombiano sobre los aportes que ha realizado el recurso humano de medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud.

La siguiente revisión es sobre Perú, cuenta con 24 departamentos que se subdividen en 179 provincias, para 2015 el sistema de salud peruano es un sistema mixto, es decir consta de un sector público y uno privado .

Actualmente el sistema de salud peruano cruza por una etapa de transición en la que busca implementar la Atención Primaria en Salud buscando integrar al médico familiar para lograr que este sea quien lidere el proceso, es por esto que el gobierno peruano busca el conocimiento de la especialidad y la implementación de esta en la mayoría de universidades.

ABSTRACT

Contributions to the development of Family Physicians Primary Care in Iberoamerica is a hermeneutics REVISION THAT seeks to recognize the strengths of the health systems of the countries of this region, with the aim of identifying APPLICABLE EXPERIENCES TO on the contributions THAT THE HUMAN RESOURCE of family medicine HAS MADE TO THE DEVELOPMENT ON primary health care.

The following review is on Peru, WHICH IS A REPUBLIC REPRESENTED BY A 24 departments which are subdivided into 179 provinces, the Peruvian health system is a mixed system that is composed of a public and a private one.

Currently the Peruvian health system passes through a stage of transition in which seeks to implement the Primary Health Care seeking to integrate the family doctor to ensure that this is who leads the process, which is why the Peruvian government seeks knowledge of the specialty and implementing this in most universities.

INTRODUCCIÓN

Este informe hace parte de un trabajo que recoge la información de diferentes países de Iberoamérica. Está basado en el protocolo de investigación de la Universidad de El Bosque en el año 2012 (Ver anexo 1).

Se realizó una revisión hermenéutica con bibliografía actualizada y junto con la Licenciada Martha Moreno del grupo de redacción y análisis de textos (GRAT) de la división de Humanidades de la Universidad El Bosque, a través del taller de escritura, se realizó varias modificaciones en la redacción hasta llegar a este producto final.

Cada uno de los países tiene un documento que sintetiza la información acerca del sistema de salud, modelos de atención y prestación de servicios, programas académicos, ámbitos de desempeño, roles y aporte de los médicos familiares a la implementación de la Atención Primaria.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1 Características generales del país

La República del Perú se encuentra situada en la parte central y occidental de Suramérica. Limita al norte con Ecuador y Colombia, al sur con Chile, al oeste con el Océano Pacífico y al este con Brasil y Bolivia. Tiene un área de 1.258.216 km² y cuenta con 24 departamentos que se subdividen en 179 provincias, así como con una provincia constitucional (PerúInfo, 2014).

Al igual que Uruguay y Venezuela, el país tuvo un crecimiento poblacional acelerado entre 1982 y 2014, situación que generó procesos de urbanización y la movilización de los más vulnerables y pobres a la periferia. Este es un país multilingüe y pluricultural. Dentro de sus grupos étnicos, el de mayor proporción son los amerindios (45%), seguidos de mestizos (37%), blancos (15%) y otros 3%. Cuenta con tres idiomas oficiales: español (84,1%), quechua (13%) y aimara (1,7%). Se hablan también otras lenguas nativas (0,7%) y se utiliza el lenguaje de señas (0,2%). Con respecto a la religión, 81,3% de la población es católica (CIA, 2014).

En julio de 2014 tenía una población estimada de 30.147.935 habitantes y una tasa de crecimiento promedio anual de 1,13% (CIA, 2014). La Figura 1 presenta la pirámide poblacional por sexo, organizada en periodos de cinco años.

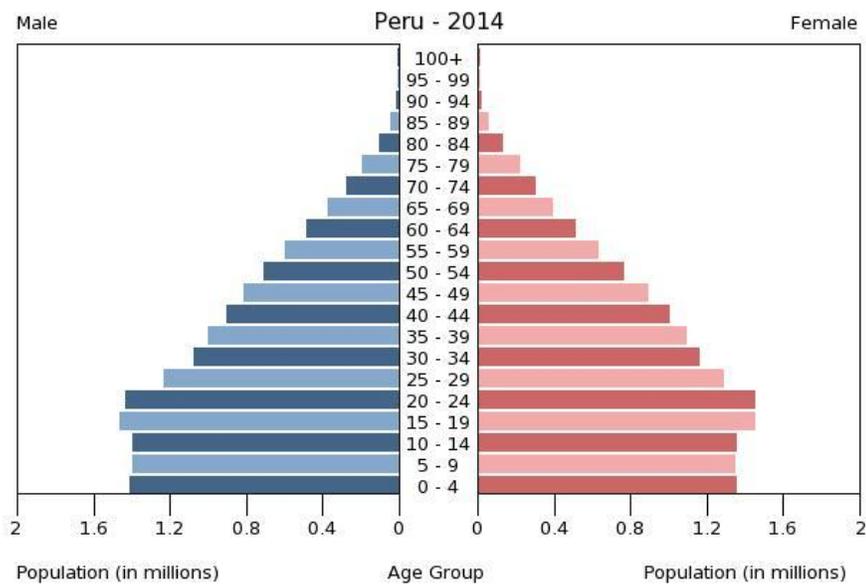


Figura 1 Pirámide poblacional de Perú, según estimado para 2014

Fuente: CIA, 2014.

La distribución estimada para el año 2014 por grupos de edad era la siguiente:

0-14 años: 27,3% (hombres 4.184.330 / mujeres 4.040.096)

15-24 años: 19,2% (hombres 2.894.168 / mujeres 2.889.409)

25-54 años: 39,4% (hombres 5.715.542 / mujeres 6.161.540)

55-64 años: 7,3% (hombres 1.071.688 / mujeres 1.125.100)

65 o más años: 6,9% (hombres 979.854 / mujeres 1.086.208) (CIA, 2014).

El porcentaje de población peruana menor de 14 años es similar al de Colombia, Venezuela y Uruguay. El porcentaje de adultos mayores de 65

años coincide con el que presentan Colombia y Venezuela, pero es inferior respecto Uruguay (13,6%) y España (17,6%) (CIA, 2014).

El Cuadro 1 relaciona algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 1 Indicadores demográficos y de salud de Perú (2010-2014)

Indicador	
Población total	30.147.935 (2014 est.) ¹
Población cubierta por la seguridad social (%)	75 (2014) ²
Población no asegurada (%)	25 (2014) ²
Expectativa de vida (años)	73,23 (2014 est.) ¹
Mortalidad infantil por 1.000 n.v.	20,21 (2014 est.) ¹
Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v.	89 (2013) ¹
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	2,22 (2014 est.) ¹
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	5,99 (2014 est.) ¹
Médicos por 1.000 personas	1,13 (2012) ¹
Enfermeras por 1.000 personas	12,7 (2005-2012)
Gasto per cápita en salud cambio promedio	350 (2010-2014) ³

(USD)	
Gasto nacional en salud como % del PIB	4,8 (2010-2012) ³
Costos de salud pagados por el gobierno (%)	56,2% (2010-2012) ²

n.v. nacidos vivos

Fuentes:

¹ CIA, 2014.

² Academia Peruana de Salud, 2014.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013.

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Estructura

En 1997 se promulgó la Ley General de Salud (Ley 26842) que especifica los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud individual y colectiva. Dos años después se aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS) que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a tener seguridad social y sirve de base para organizar el actual sistema de salud con unos planes de beneficios definidos (Alcalde, Lazo & Nigenda, 2011).

En la actualidad (2015), el sistema de salud está conformado por los sectores público y privado. El sector público se compone del régimen subsidiado o contributivo indirecto, el régimen contributivo directo y regímenes especiales. El principal prestador de servicios del sector subsidiado es el Ministerio de Salud (MINSA), que tiene a su disposición una red de establecimientos con cobertura nacional para atender a las maternas y a personas con pocos recursos y sin acceso a servicios de salud mediante el Seguro Integral de Salud (SIS). El régimen contributivo, compuesto por el Seguro Social con provisión tradicional (EsSalud), atiende a los trabajadores, jubilados y sus familias mediante una red de hospitales y centros de salud propios. También compra servicios a las empresas prestadoras de salud (EPS) cuando lo requiere. Las personas de regímenes especiales reciben atención en la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial dependiente del Ministerio del Interior (Alcalde et al, 2011).

El sector privado se compone de dos subsectores: lucrativo y no lucrativo. En el primero están las EPS, los seguros de carácter privado, las clínicas con varios niveles de complejidad, los laboratorios clínicos y los centros de imágenes diagnósticas encargados de proveer servicios a las empresas petroleras, mineras y azucareras. El segundo subsector está conformado por entidades sin ánimo de lucro y organismos internacionales, como la Cruz Roja Peruana, los bomberos voluntarios y las organizaciones sociales de las parroquias, entre otras. Este sector se financia con los aportes de las personas y las empresas externas (Alcalde et al, 2011).

En 2008, según la organización del sistema de salud peruano, 58% de la población pertenecía al sector subsidiado, 20% a EsSalud y 2% estaba cubierta con servicios privados y medicinas prepagadas. Entre un 10% y 20% no cuenta con ningún tipo de aseguramiento (Alcalde et al, 2011).

1.2.2 Financiación

. El sistema integral de salud se financia casi en su totalidad (94%) con recursos ordinarios que provienen del presupuesto general; el 6% restante de sus recursos se origina de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regionales, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, además de transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud y recursos directamente recaudados en su operación. Los servicios de EsSalud dependen de los aportes de los empleadores, que equivalen a 9% del salario de los trabajadores activos. En el caso de los jubilados, la contribución proviene de los asegurados y equivale a 4% de la remuneración asegurable.

En el subsector privado lucrativo, los usuarios contribuyen con el pago de seguros (primas y copagos deducibles) y pagos de bolsillo. En el subsector privado no lucrativo, los colaboradores externos canalizan recursos en calidad de donaciones de las distintas ayudas internacionales y otros agentes que realizan donaciones internas para financiar servicios de salud en unidades públicas o privadas para la población que no cuenta con seguridad social y vive en condiciones de pobreza (Alcalde et al 2011).

1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios

En 2003 se desarrolló el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que reformó el sistema de salud al orientarlo hacia una atención global de los pacientes, sus familias y la comunidad. Garantizó un abordaje biopsicosocial de los individuos y precisó las responsabilidades del Estado con la población.

El modelo de salud peruano se creó en 2009 y se complementó con el Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS) de la reforma a la salud del 2011, el cual se centra en la persona, e incluye la promoción y prevención, así como el trabajo comunitario de acuerdo con las necesidades de las comunidades. Para ello cuenta con equipos multidisciplinarios, capacitados que laboran en el marco de la Ley 29344 de 2009 de aseguramiento universal en salud (Alcalde et al 2011).

El PEAS de atención primaria se basa en diferentes experiencias latinoamericanas que han mostrado resultados positivos. Su objetivo principal es cubrir las necesidades de la población, fortaleciendo el primer nivel de atención dentro del marco de aseguramiento universal y de descentralización, donde el Ministerio de Salud priorizó la oferta de servicios en condiciones más equitativas y con mejor calidad y eficiencia (Alcalde et al .

Este modelo tiene un fuerte respaldo del sector político y económico así como un marco legal que asegura su aplicabilidad y sostenibilidad extensa. Permite el cumplimiento de objetivos como formación y capacitación de recurso humano, un sistema de planeación acorde a las necesidades poblacionales y sistematizar los

procesos de atención. Para garantizar su calidad, la continuidad de la atención, el manejo adecuado de la información, así como la planificación, monitoreo y evaluación de los procesos, debe tener una capacidad resolutive entre 70 y 80% de las necesidades de salud de la población (Alcalde et al 2011).

2. FORMACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR, ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2.1 Formación en medicina familiar

2.1.1 Hitos

Ante las necesidades de salud de la población, se requería una figura capaz de liderar la atención primaria como modelo de salud. Para fortalecer la APS, en 1981 se realizó el seminario “El médico general/familiar” con la participación de profesores extranjeros y el Ministerio de Salud, que sirvió de base para aprobar un programa de formación en esta área. Años más tarde, en 1989, nació en la Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM) con el título de Medicina General Integral. Otras universidades usaron denominaciones diferentes: Medicina Familiar en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y la Universidad Nacional de Trujillo (UNT) en el año 1999 y Medicina Integral Familiar en la Universidad Federico Villarreal (UNFV) . El total de plazas sumaba hasta un número de 60 residentes en total de las universidades que ofrecían el programa.. (Abril, 2013).

Estos primeros especialistas se formaron siguiendo los modelos exitosos cubanos que ofrecían el programa de Medicina Familiar. Por las pocas oportunidades laborales que tenían los médicos familiares en este periodo, las universidades modificaron los planes de estudio para incluir materias de gerencia. Sin embargo, se vieron obligadas a cerrarlo; en 2001 la medicina familiar en Perú estaba casi extinta (Suárez, 2008).

La formación de médicos generales integrales en esta primera etapa no se consolidó porque no existió ni coherencia ni persistencia en las políticas, no se perpetuaron las plazas de residencia y los médicos familiares no encontraron un espacio propicio, razón por la cual ejercieron como médicos generales. En 2001, solo quedaban dos plazas en la UPCH. Esta universidad cerró temporalmente el programa en 2006, lo cual derivó en el cambio de denominación: pasó a llamarse Medicina Integral y Gestión en Salud, y abrió progresivamente nuevas plazas en el año 2011. (Abril, 2013).

En 2007 la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) evaluó los diferentes programas. Concluyó que eran heterogéneos en cuanto a horas docentes y espacios académicos, lo que generaba un conjunto desarticulado de rotaciones, y que esta situación no permitía desarrollar las competencias requeridas. Se vio entonces la necesidad de contar con servicios adecuados de medicina familiar y estándares para la formación de estos especialistas (Suárez , 2008). Este informe llevó a que las diferentes facultades de medicina expresaran su interés en abrir nuevamente el programa y asegurar un número mayor de plazas de residencia. Esta iniciativa fue promovida por el Estado.

En 2008 se le dio un nuevo impulso estatal a la especialidad y se lograron 70 plazas, que aumentaron a 96 plazas en 2012 y a 322 plazas en 2014. Desde el inicio de la especialidad en 1989 se cuenta con aproximadamente 400 egresados.

El Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) es el encargado de un examen único de residencias realizado a los médicos que deseen especializarse en

14 de las 26 regiones del Perú. Para el año 2001 tenía asignado el 2% de las plazas a medicina familiar y para el año 2014 se asignó el 12% de las plazas a esta especialidad (Cuba, 2014). Sofía Cuba (2014) también describe que para el año 2014 en pregrado existen 21 facultades y varias de ellas tienen programas de Medicina Comunitaria pero no de Medicina Familiar; solo cuatro de ellas tienen tutores especialistas en medicina familiar.

En el año 2000 se realizó el primer esfuerzo por formar una sociedad científica que agrupara a las diferentes especialidades relacionadas con la formación en medicina familiar y se fundó la Sociedad Peruana de Medicina General Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG), creada en 2001. Ese mismo año se afilió a la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y se creó la filial de Trujillo. En el 2004 la SOPEMFIG obtuvo personería jurídica y en el 2007 se dio la creación de la filial de Arequipa.

En el 2011 se reorganizó y pasó a denominarse Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC) con el fin de cumplir los requisitos para ser miembro del Colegio Médico Peruano y cumplir con el propósito de “lograr que la Medicina Familiar sea reconocida como efectora de la Atención Primaria en el Perú” (sopemfyc.org).

2.1.2 Características de los programas académicos

La formación de estudiantes se rige por lo establecido en la reunión de el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) junto con ASPEFAM y el Colegio

Médicos de Perú que, en el 2002, establecieron los estándares mínimos para el programa de segunda especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. En febrero de 2003 aprobaron tres denominaciones para la especialidad: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina General e Integral y Medicina Familiar, todas con una duración de tres años. Su propósito es formar profesionales con capacidad para prevenir y resolver problemas de salud individuales y colectivos.

El perfil académico del residente se basa en el requerimiento del Ministerio de Salud, según la ley del regimentado médico y los proyectos de ley 1596, 1816 y 2421. Este marco legal estipula el número de residencias médicas y cupos, así como las normas de calificación de hospitales y centros de salud (Cuba, 2014). Todos los programas de residencia en Perú están homologados.

El perfil del médico familiar busca el desarrollo de competencias esenciales (comunicación, razonamiento clínico y bioética), y relacionadas con la atención de la persona, la familia, la comunidad, así como con la docencia y la investigación (Cuba, Romero & Domínguez 2013).

El plan de estudios propuesto incluye clases teóricas según el horario establecido por cada universidad (equivalentes a aproximadamente 8 horas semanales), prácticas en consultorios de medicina familiar, turnos según el servicio, rotaciones especiales y trabajo comunitario. A partir de segundo año, el residente puede salir de la institución a realizar prácticas en otros hospitales y se ofrecen programas de intercambio internacional (Cuba et ál., 2013).

2.2 Medicina familiar y atención primaria en salud

2.2.1 Ámbitos de desempeños

La oportunidad de desempeño del médico familiar en Perú se encuentra en el primer nivel de atención aunque en el momento no se hace distinción entre un médico familiar como especialista y un médico general. Esto se refleja funcionalmente a nivel organizacional y en su remuneración, tanto así que 20% de los médicos familiares peruanos optaron por hacer otra especialidad después de egresados. También se desempeñan en cargos administrativos y de gestión sanitaria (Cuba et ál., 2013).

2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

El aporte del médico familiar se debe analizar en el marco de la reforma de la atención primaria que se está llevando a cabo en Perú. En 2001 se propuso el nuevo modelo de atención sanitaria y dos años después se implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En 2011 se complementó este modelo con la formación de profesionales orientados a la atención primaria en salud. Sin embargo, Perú no ha logrado organizar la mayoría de los establecimiento de salud por la falta de acompañamiento en la formación de recurso humano y las múltiples administraciones que tiene el sistema de salud (Cuba, 2014). A 2014 aún no se había desarrollado estrategias de formación, de masificación, ni la manera de evaluación de la capacidad resolutive y los requerimientos de infraestructura requeridos en pro al cumplimiento del MAIS y no es claro en este nuevo modelo de atención primaria en salud cuál va a ser el papel del médico familiar (Cuba, 2014).

Actualmente el médico familiar hace aportes en las áreas en las que se ha permitido desempeñarse y se espera que pueda ser la puerta de entrada del sistema, en la medida que se implemente el modelo de salud basado en la atención primaria.

3. SÍNTESIS

- El sistema de salud peruano es de carácter mixto y es administrado por el gobierno por medio del Ministerio de Salud. Esto ha determinado un sistema con una baja cobertura y recursos insuficientes.
- Con la implementación del MAIS se está impulsando una política de atención primaria que fue creada para cubrir las necesidades de los diferentes grupos etarios sin limitación de cobertura.
- Para el año 2014 no se había establecido de forma clara el papel que el médico familiar va a desempeñar en el sistema de salud. Con la nueva reforma de la salud se está replanteando la figura del medico familiar para implementar los planes de atención primaria con ayuda de equipos multidisciplinarios y creación de servicios de medicina familiar como tal.
- Con la creación del PEAS y la necesidad de formación de más médicos familiares se están creando un mayor número de plazas ofertadas por las universidades y el gobierno busca promocionar la especialidad entre los médicos generales para que aumente el interés.

OBRAS CITADAS

Abril, R. O., & Cuba, M. S. (2013) Introducción a la medicina familiar. *Acta Medica Peruana*, v.30 n.1. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000100006&script=sci_arttext

Alcalde, J. E., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública México*, 53(2), 254. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002627

Academia Peruana de Medicina (2012) . Lima Peru . Recuperado de <http://www.academiaperuanadesalud.org> Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pe.html>

Cuba, M. S., Romero, Z. O. & Domínguez, R. O. (2013). Medicina familiar en el Perú: Camino a la consolidación como disciplina científica. *Medwave* v. 01.5589
Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5589>

Cuba, S. (2014). *Medicina familiar en el Perú: Retos y desafíos* Recuperado de <http://www.observatoriorh.org>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf:

PerúInfo. (2014). Recuperado de <http://www.peruinfo.com/>

Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC).

(2013). [faltan datos]. Recuperado de <http://sopemfyc.org/>

Suárez, M. A. (2008). La medicina familiar en el Perú: Evolución y desafíos. *Revista*

peruana de medicina experimental y salud pública - Scielo Peru, v.25

n.3 Recuperado

de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726->

[46342008000300010&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000300010&script=sci_arttext)