

Recordando el “Programa de Familia” de 1954 de la Universidad de Antioquia

Remembrance of the 1954 Universidad de Antioquia “family program”

Relembrando o “Programa da Família” do ano 1954 na Universidade de Antioquia

Guillermo Restrepo-Chavarriga¹; Juan Carlos González-Quiñones²; Martha Isabel Sarmiento-Osorio;³ Alonso Belalcázar-Urrea⁴

¹ Médico cirujano. Magíster en Salud Pública. Profesor Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Colombia. guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0002-0354-8739>

² MD. Especialista en Medicina Integral Familiar. Magíster en Salud Pública. Profesor Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Colombia. juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0001-8396-9893>

³ Comunicadora social. Asesora Facultad de Educación Fundación Universitaria Juan N. Corpas. martha.sarmiento@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0002-9188-9313>

⁴ Médico cirujano. Magíster en Salud Pública. Colombia. Profesor Fundación Universitaria Juan N. Corpas. alonso.belalcazar@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0001-7720-0201>

Recibido: 24/08/2016. Aprobado: 13/12/2018. Publicado: 31/01/2019

Restrepo-Chavarriga G, González-Quiñones JC, Sarmiento-Osorio MI, Belalcázar-Urrea A. Recordando el “Programa de Familia” de 1954 de la Universidad de Antioquia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):38-43. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a08

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar el “Programa de Familia”, que se estableció en 1954 en Colombia para la enseñanza de la Medicina Familiar en la educación médica. Este programa cumplió dos objetivos en la Universidad de Antioquia: el primero, haber realizado la docencia médica, tradicionalmente hospitalaria, en campos de práctica familiar y comunitaria; y el segundo, la elección y la aplicación de un modelo familiar con un enfoque fundamentalmente social.

La experiencia del “Programa de Familia”, narrada por un actor directo de la experiencia, primero como estudiante y luego como profesor, sirve como referente para programas en ambientes comunitarios, tan necesarios en la actualidad para impulsar una nueva transformación de la educación médica colombiana.

-----*Palabras clave:* educación médica, medicina familiar y comunitaria, facultades de Medicina

Abstract

The objective of this article is to present the "family program", established in Colombia in 1954 to teach Family Medicine in medical education. This program fulfilled two objectives at Universidad de Antioquia: the first was to have conducted medical teaching, which was traditionally hospital medicine, in the fields of community and family practice. The second was the election and application of a family model with a fundamentally social approach. The experience of the "family

program", as told by a direct actor of the experience, first as a student and then as a professor is a reference for programs implemented in community environments, which are currently essential to promote a new transformation in Colombian medical education.

-----*Keywords:* medical education, family and Community medicine, Faculties of Medicine

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar o "Programa de Família", que se estabeleceu em 1954 na Colômbia pro ensinamento da Medicina Familiar na educação médica. Este programa atingiu dois objetivos na Universidade de Antioquia: o primeiro, ter cumprido com a docência médica, costumeiramente hospitalar, nas áreas de prática familiar e comunitária; e o segundo, a escolha e a aplicação dum modelo familiar com um foco essencialmente social. O experiencial do "Programa de

Família", relatado por um ator direto da experiência, primeiro como estudante e após como professor, serve como referência para programas nos ambientes comunitários, tão requisitados na atualidade pra promoção duma nova mudança na educação médica colombiana.

-----*Palavras-chave:* educação médica, medicina familiar e comunitária, faculdades de Medicina

Introducción

A comienzos del siglo pasado, el "Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", conocido como "Informe Flexner" [1], modernizó la educación médica en Norteamérica y luego, mediante la exportación de misiones médicas a distintos países latinoamericanos, fue generando una profunda transformación en la educación médica en el continente, consistente en adicionar, a la medicina anatomoclínica, la etiopatológica y la fisiopatológica, administradas por los departamentos creados en los hospitales universitarios. Colombia no fue ajena a ello.

Hacia la década de los cincuenta del siglo xx, dos programas de Medicina fueron influenciados poderosamente por dicho informe. Antioquia, por medio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, recibió varias misiones médicas financiadas, entre otras, por las reconocidas fundaciones estadounidenses Kellogg y Rockefeller. Estas misiones, junto con el regreso de numerosos médicos formados bajo el influjo norteamericano, dieron pie al proceso de transformación de las facultades de Medicina [2], primero en Antioquia, y casi de forma consecutiva en el Valle.

En contraposición a este enfoque flexneriano, en ambas facultades se diseñaron y desarrollaron los Departamentos de Medicina Preventiva, los que

propusieron abrir nuevos escenarios para la formación médica distintos al hospitalario, a través de lo que denominaron "Programas de Familia" o de "Medicina Familiar", que se efectuaron en el corazón de algunos de los barrios marginales de las respectivas ciudades donde estaban ubicadas sus sedes. Estos programas, al acudir al ambiente comunitario biopsicosocial, rompieron los paradigmas dominantes de ese momento (el ambiente hospitalario), respecto a la forma como deberían aprender los futuros médicos.

Tales propuestas y sus desarrollos pueden servir como modelos para buscar alternativas que enfrenten la prolongada crisis actual del sistema de salud del país [3,4], creyendo clave el impactar a los futuros médicos con el reconocimiento del ejercicio médico en ambientes comunitarios [5], indispensables para la implementación de la Ley Estatutaria [6] a través de la "Política de Atención Integral en Salud" [7].

Este artículo expone los recuerdos del Dr. Guillermo Restrepo, quien vivió la experiencia de la implementación del "Programa de Familia" en Antioquia durante la década de los cincuenta, con la convicción de su utilidad para la necesaria transformación de nuestro modelo de salud [6,7]. Aunque puede estar presente el sesgo del recuerdo en la exactitud de los eventos, esto no altera la reflexión que se hace sobre la importancia de aprender a ejercer en ambientes comunitarios [8] y, en particular, al interior de las familias, buscando proveerles el máximo de salud posible con los recursos existentes [9].

El programa en Antioquia y Cali

Cronológicamente, el modelo de Antioquia empezó a funcionar en 1954 [10], y el de Cali, en 1956 [11,12], teniendo como poblaciones objeto familias ubicadas en barrios marginales, (Castilla, en Medellín, y Siloé, en Cali). Se diferenciaron en que, mientras en la Universidad de Antioquia prevaleció un enfoque predominantemente social —quizá por la orientación de su principal promotor, el doctor Héctor Abad Gómez [2]—, la prelación de la Universidad del Valle fue epidemiológica, de seguro por la visión de su principal organizador, el doctor Santiago Rengifo [12].

El doctor Ignacio Vélez Escobar, como decano transformador [10], ofreció al doctor Abad Gómez, recién llegado de la Universidad de Minnesota, la creación del Departamento de Medicina Social en la Universidad de Antioquia, quien concibió de forma inmediata, y como clave, la implementación de una práctica, en cuarto semestre, en uno de los barrios marginales de la ciudad de Medellín, así como el abrir un campo de práctica rural en el municipio aledaño de Santo Domingo.

Así relató el doctor Vélez Escobar el comienzo de este programa: “Iniciamos su ejecución, gracias a la colaboración de la Secretaría de Higiene Municipal, en el centro de salud del Barrio Castilla, en ese entonces un barrio de invasión, carente de servicios públicos. A cada alumno se le adjudicaron cinco familias para su estudio y seguimiento médico. Los alumnos respondieron a esta nueva actividad con gran entusiasmo y gran compromiso” [10, pp. 51-52].

Fue el primer programa de práctica extramural de medicina diseñado en la Universidad de Antioquia (y, probablemente, el primero del país), inaugurado en 1954, con una duración de tres años.

La metodología del programa en Antioquia en la ciudad

Lo sorprendente fue la sencillez de la metodología de su implementación, al desarrollarse fundamentalmente en la comunidad del barrio, siendo la esencia el estudio de las familias que se asignaban a los estudiantes.

La vinculación del programa con el organismo de salud era muy escasa e, inicialmente, no había acompañamiento de tutores en las visitas y tampoco se seguía un esquema específico de historia clínica (en la medida que los estudiantes interrogaban a las

familias, los modelos de recolección de información se perfeccionaban). El trabajo de campo urbano (las “visitas”) era efectuado por ellos; luego, esta actividad se analizaba con los docentes, quienes ofrecían la orientación correspondiente.

El doctor Abad Gómez fue el encargado de enseñar, en un curso práctico, las técnicas para la entrevista familiar comunitaria, así como de hacer ver, en lo indagado, la presencia de esos factores sociales determinantes de enfermedad, hoy tan plenamente reconocidos [13].

Entre los aspectos que se indagaban en el estudio estaban la composición de la familia (base de lo que hoy es el *familiograma*);* las características de la vivienda (que hoy se hace a través del Sisben);† las particularidades económicas y sociales del grupo familiar; la situación de salud de cada uno de los miembros, identificando los principales problemas de salud derivados de su condición social (marginación), con lo que se explicaba lo que se conoce como “patología social”: la situación de desplazamiento y sus causas, marginalización, alcoholismo, prostitución, abandono de hogar y violencia intrafamiliar. Además, se reconocían, en el barrio, los servicios de salud y de educación [14].

Posteriormente, el estudio realizado por los estudiantes en las familias se consolidaba en un diagnóstico comunitario que se presentaba al grupo de alumnos que asistía al bloque de materias pertenecientes a Medicina Preventiva y Social, y frente a un panel integrado por docentes del Departamento de Medicina Preventiva, junto con invitados de sectores académicos y públicos de la ciudad de Medellín. Los estudios se analizaban tanto en el panel como en las materias, se discutían los resultados y se hacían recomendaciones, no solo con relación a la salud, sino también con los aspectos condicionantes que presentaban las familias estudiadas, constituyéndose esto en un primer intento del anhelo que, hoy por hoy, tenemos en el denominado “trabajo intersectorial” (aunque faltando el indispensable factor comunitario) [15,16], y en un laboratorio real del papel de los determinantes sociales [17].

El programa en la zona rural de Antioquia

Lo anterior era complementado con las visitas que docentes y estudiantes hacían a las familias incluidas en el programa rural del municipio de Santo Domingo

* El *familiograma* es una herramienta visual de la medicina familiar, que permite identificar la estructura de la familia del interrogado, las relaciones entre los distintos miembros.

† El *Sisben* es el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales, mediante una encuesta que clasifica la situación económica.

[18]. Los hallazgos se discutían en mesas redondas con los docentes, las enfermeras del programa y los demás estudiantes, para analizarlos y tomar las medidas correspondientes.

El desarrollo del programa rural en tal municipio dio pie a un trabajo intersectorial liderado por el personal de salud, el que, unido con la Iglesia (el párroco) y el sector de educación (los profesores), logró innovaciones tan interesantes como la formación de promotoras de salud oriundas del municipio, capaces de llegar a las familias de las distintas veredas [15,16].

Como resultado, se llevó a cabo una exitosa campaña de vacunación, un programa masivo de desparasitación y una amplia serie de intervenciones de las promotoras como responsables de la salud de grupos de familias. Sumados todos los desarrollos, el programa puede ser comparable a los que para 1978 formara parte de las experiencias exitosas en que se basó la declaración de Alma Ata [19].

El final del programa y sus efectos

Como se observa, el programa exploró nuevas áreas que rompían el paradigma dominante de la formación médica del momento, aunque solo duró tres años. ¿Qué pasó después? ¿Por qué un programa tan poderoso e integrador no continuó? En la Universidad de Antioquia, de seguro porque su alma, el doctor Abad, orientó su impulso hacia otros proyectos, entre los que cabe mencionar la fundación de la Escuela de Salud Pública de Medellín. Tal vez su ausencia en el programa facilitó que la visión biológica y hospitalaria que primaba en la influencia flexneriana se impusiera, haciendo desaparecer este extraordinario espacio social. Afirma el profesor Restrepo que el doctor Julio León Trejos llevó esta experiencia a la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, lo que podría constituirse en objeto de investigación sobre sus efectos en dicha universidad.

El "Programa de Familia" fue fundamentalmente social y comunitario, reflejando en su desarrollo la influencia de ideólogos de la salud pública como John Hanlon [20] en el siglo xx y de Rudolf Virchow y Salomón Neumann, quienes ya desde 1874 habían establecido que "la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social" [21].

Este programa se convirtió en modelo para otras facultades de Medicina del país, aunque sin suficiente divulgación, rompiendo el prototipo individualista y fundamentalmente curativo intrahospitalario que había tenido, y que aún hoy tiene [22], la enseñanza médica.

El programa estableció una gran diferencia con el modelo de enseñanza basado en el hospital (que se impartía en las escuelas de Medicina), promoviendo la

práctica fuera de los mismos, en ambientes comunitarios y orientando el ejercicio privado para convertir a los médicos en responsables de la salud de los miembros de las familias, lo que fue, hasta los años ochenta del siglo xx, una forma de ejercer la medicina privada en Colombia.

Sin duda, en su momento, la experiencia del "Programa de Familia" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia fue referente para la implementación de servicios de salud en los barrios y localidades, promovió la formación de un médico integral e hizo pensar en la necesidad de formar médicos para resolver los problemas prevalentes del país desde su ambiente comunitario, distinto en algún grado al hospitalario [5]. El programa mostró la diferencia social entre el campo y la ciudad, e hizo entender la importancia de los determinantes sociales [8,13,17] en torno a la salud de la población.

El "Programa de Familia" de Antioquia sirvió probablemente y en algún grado para estimular la creación del "Programa de Familia" del Valle [12], que con un enfoque más biológico, pero igualmente insertado en el corazón de un barrio marginal, promovió una visión integral de la salud y, de seguro, como parte de su continuación, impulsó el despegue, dos décadas después, de la Medicina Familiar, donde la Universidad del Valle (1984), a través de dicho programa, y la Fundación Universitaria Juan N. Corpas [23], con un enfoque diferente (más hacia una medicina integral que social o epidemiológica) [24], fueron pioneras.

Reflexión final

Es nuestra impresión que, en la actualidad, programas académicos como el descrito se hacen necesarios al interior de las facultades del área de la salud y, en especial, en las de Medicina [25].

Colombia, escuchando el llamado de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud [9], escogió, en la segunda década del nuevo milenio, a la Atención Primaria de la Salud como el faro a seguir [6,26]. No es tarea fácil cambiar el modelo implementado por el actual Sistema de Seguridad Social, basado más en el aseguramiento y el manejo de recursos, donde la rentabilidad se coloca por encima de la salud de la población [27]. Tampoco lo es porque la tendencia que ha dejado el desarrollo de la seguridad social es más fraccionadora que integradora en la salud. Un "Programa de Familia" ideal ha de hacerse bajo un nuevo modelo de salud del país [7] y en Colombia aún no tenemos las condiciones ideales.

Creemos fervientemente que todas las facultades de salud deberían tener implementados escenarios comunitarios para la formación de sus estudiantes [28].

Solo allí estos pueden concebir, de manera adecuada, por ser lo real, cómo lo social influye en la salud y en la enfermedad [29,30]; pero, además, es allí donde se puede entender la prevención e incluso la rehabilitación, pues el medio hospitalario está enfocado en la atención del enfermo.

El ideal del modelo sería que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se ubicaran en el corazón donde viven las comunidades a ser atendidas [15]. Así se hace más probable la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) [7].

Los estudiantes de pregrado y de posgrado deberían estar vinculados en programas docente-asistenciales, por medio de los cuales acompañasen a los equipos de salud multidisciplinarios responsables de la salud de tales comunidades. El modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad [15], explicado por los doctores Gofin, expone de forma muy sencilla y detallada una metodología de cómo hacerlo, donde el vínculo entre los servicios de salud y las facultades del área de la salud es la clave.

Con base a esta experiencia, y con referentes de los programas de familia de Antioquia y del Valle, en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, y durante los últimos 15 años, se ha intentado construir un “Programa de Familia” [30], a través de los centros médicos docentes asistenciales implementados al interior de la localidad de Suba. Si bien el programa académico ha funcionado con la atención de grupos de poblaciones al interior de los barrios [31], los diagnósticos en colegios y jardines, y los grupos de adultos mayores, aún no se ha podido resolver la mayor dificultad, como es que el Centro Médico Docente Asistencial de la Fundación sea reconocido por las entidades promotoras de salud como responsable de ofrecer el MIAS a las familias que hoy allí acuden. El éxito se dará cuando se puedan integrar todos los recursos existentes en torno la salud de la población [32].

El “Programa de Familia” de Antioquia, como pionero, abrió un camino que se debe concluir haciendo real la atención de las familias, por un mismo equipo prestacional conocedor y comprometido con ellas [7,15], situado en un centro médico ubicado en la zona geográfica donde viven las familias, y donde otros sectores distintos a salud, pero que convivan con la problemática de la zona, se unan, junto con procesos de participación comunitaria [7,19], para resolver tanto la problemática de salud como la derivada de los determinantes sociales.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

Referencias

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. With an Introduction by Henry S. Pritchett. President of the Foundation. 1910.
2. González AL. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: 142 años orientando el rumbo de la Medicina en Antioquia y Colombia. Memoria Universidad de Antioquia: Protagonista y testigo [internet] s. f. [citado 2018 nov. 13]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/9f17cba5-3b80-4e71-b540-2da8336a94b1/facultad-medicina-universidad-antioquia-142anos-orientando-rumbo-medicina-antioquia-colombia-ciencia.pdf?MOD=AJPERES>
3. González JC. La situación de los hospitales en 2017. Carta Comunitaria [internet]. 2017 [citado 2018 nov. 4]; 25(145):12-15. DOI: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n145.230>
4. González JC. San Andrés y su salud: entre la oscuridad y la esperanza de la luz. Carta Comunitaria [internet]. 2018 [citado 2018 nov. 3]; 26(147):26-33. Disponible en: <https://revistas.juancorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/327>
5. Restrepo GL, González JC, Belalcázar A, Sarmiento M, Bustillo JG. Propuesta para la formación de un médico en el momento actual en Colombia, 2018. Carta Comunitaria [internet]. 2018 [citado 2018 dic. 4]; 26(147):3-9. Disponible en: <https://revistas.juancorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/324>
6. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (2015 feb. 16).
7. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [internet]. 2016 [citado 2018 dic. 5]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
8. Campos F *et al.* Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica [internet]. 2001 [citado 2018 oct. 15]; (25):2.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca [internet]. 2008 [citado 2018 oct. 15]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2008/es/>
10. Vélez I. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1935-1965. Medellín: Impregón S. A.; 2005.
11. Ferreira JR. Visión general de la problemática latinoamericana en la formación de recursos humanos. En Janer-Ruiz, H., Zubiría Gómez, R. de, Restrepo Jiménez, M., editores. El médico general: una respuesta al futuro. Seminario Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Bogotá: Ascofame; 1979.
12. Restrepo GL, Sarmiento MI, Belalcázar A. Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia. Carta Comunitaria [internet]. 2018 [citado 2018 nov. 5]; 26(146):30-36. DOI: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v26.n146.278>

13. Wilkinson R, Marmot M, editores. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2.^a ed. Denmar: World Health Organization; 2003.
14. Diálogo con el doctor William Mejía.
15. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2007;21(2/3):177-185.
16. Starfield B. *Atención primaria*. Barcelona: Editorial Masson, S. A.; 2004.
17. Halfon N, Larson K, Russ S. Why Social Determinants? *Healthcare Quaterly*. 2010;14:9-20.
18. Vélez I. Una experiencia maravillosa: la fundación del café. En: Vélez I. *Historia de la nueva Universidad de Antioquia (segunda parte) y otros temas*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010. pp. 41-45.
19. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, urss, [internet]. 6-12 de septiembre de 1978 [citado 2018 nov. 18]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
20. Hanlon JJ, Rogers FB, Rosen G. A bookshelf on the history and philosophy of public health. *Am J Public Health Nations Health*. 1960;50(4):445-58.
21. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social* [internet]. 2006; [citado 2019 ene. 20]. 1(1):5-10. Disponible <http://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento28401.pdf>
22. González JC. Cómo formar al médico en Colombia. *Carta Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 2018 dic. 2]; 25(144):3-14. doi: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n144.150>
23. González JC. Buscando la identidad en la formación médica: La Corpas y su camino. *Carta Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 2018 dic. 5]; 25(143):3-28. doi: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.80>.
24. Piñeros Corpas J. El cirujano internista; una respuesta al futuro. Consideraciones alrededor de la pobreza crítica y de la medicina social. Bogotá: Fundación Universitaria Juan N. Corpas; 1988.
25. Godue C, Borrell RM. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: misión social de la educación médica [internet] 2012. [citado 2018 dic. 4]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/ideas-principales-de-la-conferencia-beyond-flexner-mision-social-de-la-educacion-medica>
26. Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones (2011 ene. 19).
27. Semana. Remedios para el sistema de salud. *Semana* [internet] 2012 jul. 14 [citado 2018 nov. 25]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/remedios-para-sistema-salud/261174-3>
28. González JC. Qué deben tener los programas de pregrado en el área de la salud. *Carta Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 2018 dic. 3]; 24(141):25-45. doi: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n141.20>
29. Organización Panamericana de la Salud (ops). *La Formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2)*. Washington D. C.: ops; 2008.
30. González JC. Hacia dónde debe ir el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. *Carta Comunitaria* [internet]. 2015 [citado 2018 dic. 5]; 23(133):2-7. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/290>
31. Benitez Jiménez E, Guevara Tamayo S. (2018). Escenarios de práctica de Medicina Comunitaria. *Carta Comunitaria* [internet]. 2018 [citado 2018 dic. 20]; 26(148):72-79. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/367>
32. González Quiñones J. Resumen: "Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de inequidades, articulado al sistema de salud colombiano". *Carta Comunitaria* [internet]. 2015 [citado 27 dic. 2018]; 23(133):25-26. Disponible en <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/292>

