

Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana

Assembling healthy environments under a Primary Health Care framework: the teaching-learning experience of community health at Universidad de La Sabana undergraduate medical program

Francisco Lamus Lemus¹, Camilo Correal Muñoz¹, Erwin Hernández Rincón¹

Resumen

Este artículo presenta la reflexión de una experiencia educativa de salud comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana; proceso que articula a estudiantes, ciudadanos y gestores de equipos interdisciplinarios para trabajar por la salud de la población a través del apoyo a la gestión de “entornos saludables”. Se profundiza en los elementos que han caracterizado el ejercicio de enseñanza y aprendizaje en APS, el proceso de construcción del programa académico, la confluencia de la Salud Pública y la Medicina Familiar en la APS, la orientación pedagógica de las actividades docente - asistenciales hacia la formulación y ejecución de planes de mejoramiento en salud, proyectos de salud comunitaria y el fomento de entornos saludables en las distintas organizaciones y comunidades abordadas, y se describe la evolución del proceso. Por último, se concluye resaltando aquellos aspectos estratégicos en las competencias médicas y de otros profesionales de la salud necesarios para fortalecer la salud de la población a través de este tipo de programas, y se destaca la importancia de la APS en los procesos de docencia, investigación, proyección social y su articulación con otros sectores afines a la iniciativa.

Palabras clave: atención primaria en salud, educación en salud pública, salud comunitaria, educación en salud.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2015
Fecha de aceptación: 27 de marzo de 2015

Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana, Colombia.

Correspondencia: Francisco Lamus Lemus, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puente del Común, Chía, Cundinamarca (Colombia). Teléfono: 8615555. francisco.lamus@unisabana.edu.co

Abstract

This article presents the reflection of an education experience in community health, within the framework of Primary Health Care (PHC) in the program of Medicine at Universidad de La Sabana, a process that articulates students, citizens and managers of interdisciplinary teams to work for populations' health collaborating in the making of "healthy environments". It delves into the elements that have characterized the experience of teaching and learning in PHC, the process of building the academic program, the confluence of Public Health and Family Medicine in PHC, the pedagogical orientation of theoretical and practical activities in health care education, the formulation and implementation of improvement plans in health, community health projects and promoting healthy environments in different organizations and communities, while describing the evolution of the process. Conclusions emphasize strategic areas necessary in physicians and other health professionals, competencies necessary to strengthen population health through this kind of programs, stressing the importance of PHC and healthy environments in teaching, researching, and social action in coordination with other sectors related to the initiative.

Keywords: Primary health care, public health education, community health services, health education.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana desde su fundación en 1994 ha asumido al reto de ofrecer a la sociedad profesionales médicos capaces de articularse con otros actores sociales desde el ejercicio de su ciudadanía, para contribuir a orquestar respuestas organizadas que consigan ofrecer un mejor cuidado de la salud, más eficiente y que resulte en condiciones de salud más favorables para personas, familias y comunidades (1).

El proceso de avanzar hacia el cumplimiento de ese triple desafío se ha hecho sobre tres pilares que se han venido integrando transversalmente al conjunto tradicional de competencias en ciencias básicas y clínicas que caracterizó la educación médica del siglo XX en Colombia y en gran parte de los programas de medicina del mundo después de la publicación del informe Flexner en 1910 (2): 1) las competencias generales en medicina familiar y comunitaria y Atención Primaria en Salud (APS), 2) las competencias generales en salud pública y 3) las competencias para la gerencia de acciones en salud.

El propósito de contribuir a mejorar la salud de la población por medio de profesionales más competentes y con mayores habilidades para enfrentar los retos emergentes de la salud pública implica también responder dinámicamente a la realidad de una situación demográfica cambiante. Es así como el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana ha debido responder a las realidades de unos procesos de urbanización acelerada paralelos a una dinámica de transición epidemiológica en la que se va consolidando el predominio de las enfermedades crónicas, sin que todavía hayan desaparecido los retos de la atención del conjunto de enfermedades dependientes de las pobrezas caracterizadas por la carencia, o las violencias, lo que se ha denominado "modelo polarizado prolongado" (3, 4).

Este artículo presenta la reflexión de una experiencia educativa de salud comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana recurriendo a fuentes propias y a referentes teóricos usados en el proceso.

Para dar inicio a la experiencia se tuvo en cuenta la trayectoria de programas que dejaron un legado a nivel latinoamericano

en la educación de profesionales de la salud como la Experiencia UNI (Unión, Universidad y “Una nueva iniciativa”), que conjugó en su esencia la participación de comunidades, servicios de salud e instituciones académicas en profesiones de la salud (5).

También influyeron experiencias de universidades que trataron de acoplar en sus currículos enfoques que aproximarán el ejercicio profesional a las necesidades de la población durante los años ochenta y noventa en Colombia (6). Igualmente se mantuvo vigente la relevancia del enfoque de APS y las implicaciones que podía tener para la construcción de capacidades profesionales en los médicos egresados del programa; esto a pesar de las dificultades subyacentes referentes a emprender la reconstrucción de una corriente contrahegemónica a la de modelos puramente centrados en el tratamiento de la enfermedad (7).

El contexto donde se gesta la salud de la población y la dinámica de sus transiciones se integra a través de la apertura de espacios académicos que acompañan a los estudiantes a lo largo de la carrera en el proceso de comprender la salud como un derecho, y como tal, también como el resultado de un proceso de construcción colectiva, que en el día a día transita por el continuo de salud - enfermedad con el protagonismo de personas, familias y comunidades y la participación de equipos de profesionales de la salud que les acompañen (8).

Metodológicamente se refleja en asignaturas a lo largo del plan de estudios, de manera estratégica y obligatoria, o electiva y vocacional, que permiten el desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje, para que los futuros profesionales médicos las integren a su ejercicio profesional, desde cualquier rol específico que deciden ejercer.

El programa ha “aprendido a aprender” de sí mismo y del entorno en 21 años de desarrollo, integrando elementos de capacitación docente y del trabajo en proyectos de salud con las comunidades, que ilustran con diversos casos formas de apropiación de los principios de la estrategia de APS por parte de comunidades y de estudiantes de medicina en el proceso de avanzar hacia la construcción de entornos saludables (9).

Fruto también del proceso de aprendizaje es la evolución conceptual y de ajustes en la gestión académica, que han permitido avanzar en herramientas pedagógicas hacia el cumplimiento del mandato del proyecto educativo del programa, de ofrecer profesionales médicos con capacidades para incidir favorablemente en la salud de la población, así como en el sistema, gracias al despliegue de competencias adquiridas en su proceso de formación en contextos comunitarios, además de los hospitalarios.

DESARROLLO

La estructuración del programa

El Programa de Medicina en la Universidad de La Sabana es una oferta de educación superior, desde una institución privada sin ánimo de lucro, que en lo referente a su propósito de contribuir a la salud de la población orienta la formación de sus profesionales hacia la solución de problemas de salud de individuos, familias y comunidades, con énfasis en la APS, procurando además contribuir a la construcción de una cultura de salud y desarrollo (10).

El programa se inició en 1994 como resultado de un proceso de análisis de las necesidades en salud y de recursos humanos en el sector,

que coincide con dos hitos legislativos que en Colombia dan contexto a la educación en profesiones de la salud, ambos derivados de la Constitución Política de 1991, conocida también como la “Constitución de los Derechos Humanos” (11).

El primer hito, la Ley 30 de 1992, con la cual “se organiza el servicio público de educación superior”, y en la que se reconoce la autonomía universitaria por ser esta un servicio público cultural inherente a la finalidad del estado (12). El segundo hito, la Ley 100 de 1993, por la cual “se crea el sistema de seguridad social integral”, con el fin de avanzar en el logro de una mejor calidad de vida, del bienestar individual y la integración de la comunidad, a través del cumplimiento progresivo de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para la cobertura integral de contingencias que afecten la salud y la capacidad económica de los habitantes (13).

Estos antecedentes del contexto son determinantes para buscar alternativas que permitan estructurar experiencias de enseñanza - aprendizaje en salud pública y APS que superen las incoherencias que emergen del ejercicio de combinar la formación de profesionales, la respuesta a las necesidades en salud de la ciudadanía, la organización del sistema de salud y la organización del sistema de educación superior.

Las incoherencias emergentes de la combinación de estos procesos pueden resumirse en estos 4 desafíos:

- El desafío que enfrenta un estudiante de conservar el sentido de invertir tiempo y esfuerzos en la adquisición de competencias que contribuyen a la salud y el bienestar común, por la escasez de incentivos pros-

pectivos que se traduzcan en un retorno suficiente para cubrir la inversión con ese propósito a lo largo de la carrera.

- El desafío de abordar conjuntos comunitarios de ciudadanos que compartan intereses, vínculos y lazos sobre los cuales se puedan trabajar constructos de salud comunitaria, en los que ciudadanía e instituciones converjan con coherencia con formas de organización y cohesión social para la integración en el avance hacia la búsqueda de la salud colectiva; en contraste con la pérdida y desgaste de esfuerzos, enfrentándose a los fenómenos de segmentación de la ciudadanía y fragmentación operativa de los servicios de salud, a pesar de las intenciones de articulación, integración y modulación, del modelo economicista de “pluralismo estructurado”¹ existente (14).
- El desafío de ser viables con una propuesta de formación de competencias en salud pública en un ambiente donde la regulación de la formación de recursos humanos depende del contexto de la autonomía universitaria y las instituciones compitiendo dentro de 3 mercados (15):
 - Mercado de programas de pregrado: oferta de programas (más de 50) frente a bachilleres graduados que los demandan.
 - Mercado laboral: oferta de profesionales graduados frente a instituciones

1 Pluralismo Estructurado: el “pluralismo” consiste en la posibilidad de que diferentes sujetos e instituciones puedan participar simultáneamente de un sistema sin el predominio de uno solo, mientras que lo “estructurado” consiste en la necesidad de interacción entre los actores para que se cumplan los propósitos para los que está dispuesto en este caso el sistema de salud.

contratantes en el mercado laboral que los demandan.

- Mercado de posgrados: oferta de programas de educación continuada y posgrados frente a la demanda de capacitación por parte de profesionales de la salud e instituciones que los emplean.
- El desafío de que haya coherencia entre la demanda de las competencias necesarias para suplir las prioridades en salud de las comunidades y del sistema de salud con los resultados que evidencian las competencias de los egresados de los centros de educación de recursos humanos en salud. Actualmente esta regulación la ejercen los respectivos mercados del sector educativo, más que políticas estatales con espacios efectivos para capturar e interpretar la voz y necesidades de las comunidades; lo cual resulta en una función supervisora de la formación de profesionales mediante la acreditación de procesos de gestión académica de las instituciones, más que por la evidencia de desempeño de los profesionales.

Para estos cuatro desafíos el programa ha estructurado cinco estrategias para abordarlos, acabar de comprenderlos en la marcha y eventualmente ofrecer alternativas de solución a las incoherencias sistémicas de donde se derivan:

1. Se establecieron asignaturas que transversalmente abordan temas relacionados con la posibilidad de comprender integralmente la gestión en salud, la APS y la salud pública a lo largo de diferentes semestres. Es así como en el pilar de gerencia en salud, durante diferentes semestres de la carrera todos los estudiantes toman las asignaturas en las que trabajan la construcción de competencias relacionadas con habilidades administrativas individuales, habilidades para la gestión de instituciones de salud y habilidades para la gestión de instituciones que gestionen la salud a nivel territorial y local. En el pilar de APS toman las asignaturas de educación para la salud, determinantes sociales de la salud, así como salud y cultura. En el pilar de Salud Pública se ofrece una serie de asignaturas electivas en los primeros semestres, como historia de las epidemias, salud internacional, vulnerabilidad, derechos fundamentales y seguridad social integral.
2. Se estableció un semestre de profundización en Salud Comunitaria que se toma en paralelo con Medicina Familiar, en la que los estudiantes desarrollan con diferentes comunidades planes de mejoramiento en salud para la construcción de entornos saludables; participando además de consultas de Medicina Familiar en hospitales con distinto nivel de complejidad.
3. Las asignaturas clínicas integran en su enfoque contenidos y rotaciones en los que se trabajan temas propios del primer nivel de atención.
4. Se ofrecen asignaturas de énfasis en Salud Pública o Medicina Familiar como opciones en las que pueden tomar rotaciones de profundización que se ofrecen como complementarias a su formación básica en estos mismos temas.
5. Se articula con redes y contribuye a la gestión de comunidades educativas locales, regionales, nacionales e internacionales que buscan continuamente alternativas para materializar los principios de la APS, como The Network –Towards unity for health (16), Community campus partnerships for health (CCPH) (17), Alianza por la salud pública de Bogotá (18), Alianza por

la APS para Colombia (19), Red social de conocimiento - Inicio Parejo de la Vida y Ciudadanías por entornos saludables(20), Foundation for the advancement of international medical education and reasearch (FAIMER) (21).

La profundización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria

La profundización en Medicina Familiar y Comunitaria fue concebida como una sola materia integrada, que pretendía ofrecer una experiencia comprensiva de ejercicio de la medicina en los primeros niveles de atención, en las que además los estudiantes se integrarían con las comunidades que atendían en los servicios de salud.

Para ello se recurrió durante varios años a la consulta de diversos hospitales de primero y segundo nivel correspondientes a la red de hospitales de los municipios de la región Sabana Centro de Cundinamarca; adicionalmente, cada grupo de estudiantes asignado a cada hospital acompañaba a una institución educativa de la localidad en el proceso de formular un plan de trabajo que apoyara la gestión de un entorno saludable en la comunidad escolar (22).

Sin embargo, debido a la segmentación y la fragmentación del sistema de salud colombiano, que hacía imposible tener continuidad, longitudinalidad e integralidad en la atención de las personas de la comunidad tanto en la consulta como en los proyectos de salud comunitaria trabajados desde la perspectiva de APS (23), se decidió dividir la experiencia en consulta de Medicina Familiar, en la que los estudiantes ven el enfoque y el manejo que da la Medicina Familiar a los pacientes que logran articularse coherentemente con

la oferta de este enfoque en la prestación de servicios, mientras, que por otro lado, trabajan con una colectividad que no necesariamente atienden de forma simultánea en los servicios de salud, pero que les permite la oportunidad de comprender la relevancia de las acciones en salud que se construyen desde la comunidad.

Planes de mejoramiento, proyectos de salud comunitaria y entornos saludables

Desde 1999 hasta 2007, cuando se entró en un proceso de reforma curricular, se identificó en la Estrategia de Escuelas Saludables una oportunidad a través de la cual se podía construir un proceso de colaboración entre comunidades educativas, universidad y otros actores sociales, quienes trabajando en conjunto podían avanzar en la construcción de entornos saludables.

Adicionalmente, la estrategia recogía la experiencia de diferentes políticas que se diseñaron durante los años 70, 80 y 90 orientadas por los paradigmas de la APS: el programa Supervivir, el programa Familia Sana en Ambiente Sano y Vigías de la Salud, entre otros (24).

Sin embargo, no solo los planteamientos de la APS inherentes a los lineamientos políticos hicieron de esta una oportunidad interesante, sino además la posibilidad de trabajar en la actualización de un modelo docente asistencial comunitario que ya había sido probado ser una forma eficaz de trabajo en aras del desarrollo social a través de la construcción iniciativas basadas en la estrategia de APS.

Prueba de ello fueron los trabajos pioneros de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en los años 60 y 70 con los proyectos en Candelaria (Valle) y los proyectos que se

conocieron como PRIMOPS, APRISA y UNI, que se desarrollaron entre comunidades, universidades y servicios de salud en diferentes lugares del país desde los años 80 hasta el cambio de siglo. De ellos vale la pena destacar que el mismo modelo se promovió desde la Fundación Kellogg por diferentes países de Latinoamérica y en muchos elementos contribuyó al desarrollo aspectos que hoy siguen siendo contemplados dentro del Sistema Único de Salud (SUS) Brasileiro (25, 26).

Otro elemento que contribuyó en su momento a que la “Estrategia de Escuelas Saludables” (EES) fuera un contexto a partir del cual se trabajara con comunidades, actores locales y academia fue la voluntad institucional y programática de la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS) a través de la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud, el Ministerio de Salud como firmante de la iniciativa para Colombia y su incorporación como propósitos de acciones locales en los entonces llamados “Planes de Atención Básica” departamentales y municipales.

Adicionalmente, en la suscripción de la iniciativa también estuvieron representados el Ministerio de Educación, que le da su aval y la incorpora a través de los Proyectos Educativos Institucionales, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que lo refrenda y financia mediante alternativas como los Restaurantes Escolares. Con esta arquitectura institucional se encontró en la EES un escenario adecuado para trabajar en la construcción de competencias en APS y salud pública en estudiantes de medicina, mientras se apoyaba la construcción de entornos saludables a través del desarrollo de planes de mejoramiento en salud que en algunos casos prosperaron a proyectos institucionales.

Durante el periodo que la experiencia de salud comunitaria se concentró en la EES se trabajó con 30 comunidades educativas durante ocho años; en ellas, 16 cohortes de estudiantes de medicina, cada una de aproximadamente 40 estudiantes, construyeron una relación con sus respectivas comunidades y desarrollaron un plan de mejoramiento en salud, apoyando el propósito más elevado propuesto a las comunidades de avanzar hacia la construcción de “Entornos Saludables” (27, 28).

Desde el inicio del proceso esta iniciativa planteó la colaboración entre los sectores educativo y de salud, en conjunto con la Universidad de La Sabana, para llevar a cabo cambios en el comportamiento y el desarrollo de conductas sanas. Las acciones se ejecutaron a través de intervenciones educativas para avanzar hacia el cambio de comportamientos en conductas relacionadas con la salud de las colectividades. Adicionalmente, en algunos casos se logró canalizar acciones e intervenciones del sector salud y acciones tendientes a superar las barreras de acceso a los servicios de salud. En otros casos se logró articular intervenciones medioambientales o de generación de políticas públicas sanas que promovieron, a su vez, la participación de distintos actores comunitarios.

El ciclo de enseñanza-aprendizaje

El abordaje desde el cual se lleva a cabo la experiencia es de investigación-acción y se apoya en los principios de la enseñanza en APS orientada hacia la comunidad (APOC).

Los estudiantes parten de establecer un contacto con interlocutores comunitarios que les lleva a construir una relación y un diálogo que les permite, a su vez, establecer la situación de salud de la colectividad. En conjunto

con la comunidad definen una situación que puede contribuir a hacer mejorías en el estado de salud si se estudia y se interviene el tema mediante un plan de mejoramiento, el cual se ejecuta, se evalúa y se divulga al finalizar cada período (29).

El proceso continuo que desarrollan estudiantes integrados con la comunidad considera un ciclo que pasa por unas etapas de aprestamiento, construcción de confianza y credibilidad entre las partes, apreciación de la situación de salud y sus determinantes, planeación de un proyecto de mejoramiento en torno a un problema prioritario para la comunidad, ejecución del mismo, valoración y ajuste del trabajo emprendido, comunicación y divulgación de lo aprendido a la comunidad y a otras audiencias, estrategias de sostenibilidad y nuevamente aprestamiento de la situación para la llegada de otros grupos (figura 1) (30-32).

La evolución del proceso

Tras un proceso de análisis y sistematización de la experiencia en el período en que se llevaba a cabo una reforma curricular, se procedió a introducir unas variaciones que también obedecían a la revisión de los resultados obtenidos con los estudiantes, los profesores, la consulta a las comunidades y el análisis de los productos obtenidos a lo largo de los ocho años anteriores (33).

Entre los cambios obtenidos mediante el proceso se destacan algunos de los elementos que podemos señalar como aprendizajes significativos de la experiencia de enseñanza - aprendizaje en este caso:

- La historia social de Colombia ha establecido un contexto sociopolítico con políticas

públicas en salud y educación superior que definen, a su vez, unos desafíos que se deben tener en cuenta para avanzar en la formación de recursos humanos relevantes para las circunstancias de salud que continuará enfrentando Colombia en el siglo XXI.

- Dicho contexto puede ser influido en beneficio de la salud de la ciudadanía si se avanza en procesos de educación en salud comunitaria que permitan la ilustración de alternativas de participación y organización ciudadana para resolver esos desafíos.
- La APS sigue siendo una estrategia y un conjunto de alternativas conceptuales y políticas con metodologías e instrumentaciones que pueden contribuir a mejorar la salud de la población con mejores cuidados y servicios más eficientes.
- Es definitivo el enfoque de aprendizaje basado en proyectos, unido al de aprendizaje basado en el servicio que tienen los proyectos de salud comunitaria para la enseñanza de la APS (34, 35).
- En los procesos de educación de profesionales, la relación de un tutor - facilitador para pequeños grupos de estudiantes es ideal para lograr la densidad de acompañamiento necesaria para alcanzar productos significativos para las comunidades y los estudiantes partícipes de las iniciativas.
- Las comunidades donde se pueden trabajar este tipo de proyectos pueden ser de cualquier naturaleza. Por este motivo, desde 2009 se ha desplazado el foco de instituciones educativas a comunidades con diferente característica de vulnerabilidad pero con algún nivel de organización donde puedan iniciarse proyectos de mejoramiento de la salud. En este proceso han participado comunidades de adultos

mayores, desplazados por la violencia, infancia en programas de nutrición preescolar o escolar, habitantes de la calle y grupos con algún tipo de discapacidad, niños y niñas en hogares de protección o detención.

- El desarrollo de diferentes espacios de interacción con las personas partícipes del proyecto permite la generación de distintas oportunidades de aprendizaje significativo de la APS, la salud pública y la salud comunitaria para diferentes ciudadanos con diferentes estilos de aprendizaje, incluidos los estudiantes de medicina.
- Comprender los escenarios donde transcurre la vida de las personas permite el desarrollo de habilidades ciudadanas en los estudiantes de medicina que potencian su desempeño profesional futuro.

CONCLUSIONES

En el futuro el programa se proyecta hacia la consolidación de la misión propuesta de contribuir a la generación ilustrativa de “Entornos Saludables”.

El afianzamiento de un número creciente de espacios pedagógicos que promuevan oportunidades de aprendizaje significativo en estudiantes de medicina y de otras profesionales de la salud permitirá enriquecer el paisaje de experiencias docente-asistenciales-comunitarias requeridas para lograr que la educación en profesiones de la salud y el sistema de salud converjan en alcanzar el objetivo social de contribuir a mejorar las condiciones de la población de formas sostenibles.

Adicionalmente, como se ha podido observar a través de narrativas de trayectorias de distintas elecciones profesionales por las que han optado los egresados del programa,

de la convergencia de la comprensión de la heterogeneidad existente en los caminos que toma el continuo de salud-enfermedad, unida al juicio crítico desarrollado a partir de la comprensión dialógica de estos fenómenos interactuando con diversos actores sociales, es de donde puede surgir el liderazgo para proponer y colaborar en la conducción hacia los cambios necesarios para que la búsqueda de la salud, y en últimas la salud misma, se constituya en un ecualizador de oportunidades sociales.

Para que este y otros programas afines puedan avanzar en este sentido es necesario avanzar intersectorialmente en los siguientes aspectos estratégicos:

- a. Atraer recursos que apoyen el proceso de investigación, desarrollo e implementación de este modelo de APS en Salud en Entornos Saludables (APSES).
- b. Consolidar los recursos humanos que apoyen la estrategia en investigación, docencia y proyección social.
- c. Contribuir a que la red de universidades que trabajan o están interesadas en el tema contribuyan a implementar la estrategia, así como a generar conocimientos y tecnologías fruto de procesos de investigación.
- d. Consolidar metodologías que permitan el trabajo en redes de experiencias y nodos de entornos saludables.
- e. Continuar integrándose a las redes de conocimiento, comunidades de práctica y canales de comunicación con que ya cuenta la estrategia de APS a nivel internacional, nacional, regional y local.

f. Continuar el proceso de capacitación a profesionales de diferentes disciplinas en APS en Salud en Entornos Saludables.

Financiación: Experiencia documentada como parte de la investigación formativa en Atención Primaria en Salud (APS) en estudiantes de medicina de último año de la Universidad de La Sabana.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Doctors for Health. Doctors for Health. A WHO global strategy for reorienting medical education and medical practice for Health for All. Geneva: WHO;1996 (WHO/HRH/96.1).
2. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching;1910.
3. Ramos E. Transición Epidemiológica en Colombia: De las Enfermedades Infecciosas a las no Trasmisibles. *Rev.cienc.biomed* 2012; 3(2): 282-90.
4. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Comisión Económica para América Latina y el Caribe -Cepal. Naciones Unidas; 2011.
5. Kisil M, Chaves M. Linking the university with the community and its health system. *Medical Education* 1994;28(5):343-9. Doi: 10.1111/j.1365-2923.1994.tb02544.x
6. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. *Journal of communityhealth* 1992;17(4):231- 45.
7. Moreto G, C de Benedetto MA, Roncoletta Adriana FT, Lamus F, Blasco PG. La Educación médica y la propuesta "Salud para Todos": la Declaración de Alma-Ata 30 años después. *Cuadernos de Medicina en Investigación y Salud* 2008; 2(2):109-19.
8. Kark S, Kark E. A practice of social medicine. *Social Medicine* 2006;1(2): 115-38.
9. Lamus F, Jaimes C, Serrano N. Understanding community health medical education through action research. *Medical Education* 2011;45(5): 509-510. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.03971.x
10. Universidad de La Sabana. Programa de Medicina (2011-2015). Documento de Trabajo: Sinopsis del Programa; 2011.
11. Uprimny, R. Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. *El debate a la Constitución*; 2002: 63-110.
12. Yarce J, Lopera CM, Pacheco IF. La educación superior en Colombia. UNESCO, IE-SALC; 2002.
13. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. Fescol;1999.
14. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *HealthPolicy* 1997; 41(1): 1-36. Doi: 10.1016/S0168-8510(97)00010-9
15. Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de la Protección Social. 2008.
16. The Network: Towards Unity For Health (The Network: TUFH). About us, 2011-2014 [en línea]. Disponible en: <http://www.thenetworktufh.org/about>.
17. Community-Campus Partnerships for Health. CCPH, 2015 [en línea]. Disponible en: <https://ccph.memberclicks.net/>.
18. Grupo Dinamizador Alianza por la Salud Pública Bogotá Colombia. Alianza por la Salud Pública, 2015[enlínea]. Disponible en: <http://grupodinamizador.jimdo.com>.
19. Así Vamos en Salud. Alianza por la APS para Colombia: Memorias Encuentro de Medellín y Agenda 2015, 2014 [en línea].Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/evento/4463e071a7f2fb2e338a75809ddc1c80.pdf>.

20. Inicio Parejo de la Vida (IPV). Red Social de Conocimiento Inicio Parejo de la Vida, 2012-2015[en línea]. Disponible en: <http://www.inicioparejodelavida.org>.
21. Foundation for Advancement of International Medical Education and Research, 2001-2015 [en línea]. Disponible en: <http://www.faimer.org>.
22. Lamus F, Jaimes C, Castilla M, García JG. Hacia una escuela saludable: una experiencia de integración de los agentes educativos en torno a la calidad de vida. *Educación y Educadores* 2003; 6:17-44.
23. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência&SaúdeColetiva* 2011; 16(6):2817-28.
24. Palacios, M. Entornos saludables: el desafío de la promoción de la salud. En: *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, D. C.: Editorial Médica Panamericana; 2011.
25. Henao O. *Crónica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle*. Cali (Colombia): Imprenta Central Universidad del Valle; 1996.
26. Almeida MJ, Batista JJ, Turini B, Nicoletto S, Pereira L, Rezende L, de Mello P. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007; 31 (2): 156-65.
27. Barrera D, Restrepo C, Labrador C, Niño G, Díaz D, Restrepo D *et al.* Medio Familiar y entorno escolar: detonantes y antídotos de las conductas agresivas en niños en edad escolar. *Persona y Bioética* 2006; 10: 99-107.
28. Castellanos A, Hernández E, López C, Lamus F, Díaz D, Salamanca J *et al.* Tener un proyecto de vida en la adolescencia reduce el abuso en el consumo de alcohol. *Cuadernos de medicina en investigación y salud* 2007; 1: 112-21.
29. Gofin J, Gofin R. Community Oriented Primary Care (COPC) and Primary Health Care. *Amer J PublicHealth* 2005;95 (5):757.
30. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *RevPanam Salud Pública* 2007; 21(2/3): 177-85. DOI: 10.1590/S1020-49892007000200012. Doi: 10.2105/AJPH.2004.060822
31. Romeo D. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23(3).
32. Pickens S, Boumbulian P, Anderson R, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. *Am J PublicHealth* 2002; 92(11): 1728-32
33. Worley P. Relationships: A new way to analyse community-based medical education? (Partone). *EducationforHealth* 2002;15(2):117-28.
34. Blumenfeld PC, Soloway E, Marx RW, Krajcik JS, Guzdial M, Palincsar A. Motivating project-based learning: Sustaining the doing, supporting the learning. *Educationalpsychologist* 1991; 26(3-4): 369-98.
35. Seifer, Sarena D. Service-learning: Community-campus partnerships for health professions education. *Academic Medicine* 1998; 73(3):273-7.