

# ¿Un médico descalzo? ¿Un médico comunitario?

## Imaginarios sobre los primeros médicos de la Universidad Tecnológica de Pereira

---

Rodolfo Adrián Cabrales-Vega <sup>a</sup>, Germán Alberto Moreno-Gómez <sup>b</sup>,  
Samuel Eduardo Trujillo-Henao <sup>c</sup>, Jairo Franco-Londoño <sup>d</sup>.

---

- a. Médico. Especialista en Cirugía General. Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor Titular Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5022-0800>
- b. Médico. Doctor en Salud Pública. Profesor Titular Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5210-2517>
- c. Médico. Magíster en Educación. Profesor Titular Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8666-227X>
- d. Médico. Especialista en Psiquiatría. Magíster en Historia. Profesor Asociado Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1286-6330>

**DOI:** [10.22517/25395203.25211](https://doi.org/10.22517/25395203.25211)

### Resumen

El abordaje de los imaginarios representa una forma adicional de comprensión del significado de los procesos que dieron origen a las instituciones y a sus productos culturales. Este artículo presenta los resultados principales del análisis de los imaginarios sociales presentes durante el proceso de creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, en relación con el diseño del perfil del médico. Bajo los lineamientos metodológicos de la teoría fundamentada, se analizó un cuerpo documental audiovisual constituido por catorce entrevistas a gestores académicos y sociales, docentes y primeros egresados acerca de su participación en el periodo descrito y las circunstancias alrededor del diseño del perfil y los argumentos de aceptación o rechazo. Del análisis inicial se construyeron las nubes semánticas del perfil, aceptación, rechazo y la de escenarios de práctica. Las categorías emergentes que definieron el perfil fueron: “medicina comunitaria”, “formación integral” y “escenarios de práctica”. Estos imaginarios se relacionan con la formación de un médico integral, compro-

metido con la comunidad y consciente de su rol en la transformación social. En contraste, otros imaginarios relacionaron la concepción del perfil inicial, con un médico de baja calidad, destinado a los primeros niveles de atención y sin una sólida formación científica.

El estudio de una realidad social se nutre no solo de las condiciones históricas de su producción, sino del análisis y comprensión de los imaginarios que también posibilitan su origen. El estudio del perfil del médico de la Universidad Tecnológica de Pereira, bajo esta mirada, constituye un importante avance en la construcción de sentido.

**Palabras clave:** Medicina Comunitaria; Atención Primaria en Salud; Cuidado Integral de la Salud; médicos.

### **Abstract**

The approach to imaginaries represents an additional way of understanding the meaning of the processes that gave rise to institutions and their cultural products. This article presents the main results of the analysis of the social imaginaries present during the process of creation of the School of Medicine of the Universidad Tecnológica de Pereira, in relation to the design of the physician's profile. Under the methodological guidelines of the grounded theory, an audiovisual documentary body was analyzed, consisting of fourteen interviews to academic and social managers, professors and first graduates about their participation in the described period and the circumstances surrounding the design of the profile and the arguments of acceptance or rejection. From the initial analysis, the semantic clouds of the profile, acceptance, rejection and practice scenarios were constructed. The emerging categories that defined the profile were "community medicine", "comprehensive training" and "practice scenarios". These imaginaries are related to the training of a comprehensive physician, committed to the community and aware of his role in social transformation. In contrast, other imaginaries related the conception of the initial profile with a low quality physician, destined to the first levels of care and without a solid scientific training.

The study of a social reality is nourished not only by the historical conditions of its production, but also by the analysis and understanding of the imaginaries that also make its origin possible. The study of the profile of the physician at the Universidad Tecnológica de Pereira, under this perspective, constitutes an important advance in the construction of meaning.

**Keywords:** Community Medicine; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; physicians

## Introducción

La importancia de los registros para la conservación de la memoria, es un hecho relativamente reciente. Se debe, probablemente, al reconocimiento de la relevancia que conlleva atesorar, salvaguardar y difundir el patrimonio histórico de las instituciones, memoria colectiva y testimonio de la experiencia humana. Para las universidades, el uso de sus archivos garantiza el rastreo y la transferencia del conocimiento, por esa razón la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira (en adelante UTP), ha emprendido en los últimos años una recuperación de su memoria (1, 2), en el afán de brindar a docentes, estudiantes y al público en general, una oportunidad de sondear la historia de sus programas y conocer las circunstancias alrededor de su creación, herramientas para su visión del futuro.

Uno de los elementos más interesantes de los programas académicos es el de la concepción del perfil. Usualmente, es el resultado de extensas discusiones de docentes, profesionales y expertos en educación, para condensar, en un párrafo del proyecto educativo del programa, las competencias esperadas y el carácter distintivo del futuro profesional. Para el caso de la Facultad de Medicina, este “perfil” se plasmó en el primer plan de estudios de la siguiente manera:

...formar profesionales de la medicina con una nueva orientación de tipo nacionalista, que les asegure no solo la necesaria preparación científica, sino que los capacite, mediante el conocimiento directo de la situación de su comunidad para ayudarla al correcto planteamiento y en la adecuada solución de sus problemas principalmente en el área de la salud y para dirigirlos hacia el ejercicio de una práctica médica institucional y menos privada. (3)

El concepto de imaginario social fue creado Castoriadis (4) quien sostenía que las relaciones humanas dependen en gran medida de las construcciones mentales que el individuo se ha fabricado y le han fabricado. Estas construcciones y significaciones (figuras, formas, imágenes) se manifiestan en las instituciones histórico-sociales. Además, será necesario reconocer que, en ese proceso de construcción, también participaron elementos subjetivos y complejos que pueden ser objeto de estudio.

Esta investigación, la primera de su tipo en la institución, da un giro novedoso a las tradicionales estudios hasta ahora realizados y aborda el análisis de las circunstancias de orden local, nacional e internacional, de la salud y de la educación médica, que condicionaron los imaginarios presentes durante la discusión del primer perfil del médico de la UTP y que, probablemente afectaron su diseño o los discursos de aceptación y rechazo que produjo su presentación a la comunidad académica y a la sociedad de la época.

### **Materiales y métodos**

Investigación cualitativa de corte histórico, bajo los lineamientos de la teoría fundamentada (5) que identificó los imaginarios más relevantes presentes durante el diseño del primer perfil del médico de la UTP. Se aplicaron los componentes heurístico y hermenéutico a los datos recopilados de las transcripciones de un grupo de catorce entrevistas semiestructuradas. El proceso completo se resume así:

1. Planeación: selección de un grupo de profesionales (docentes, administrativos y egresados) reconocidos por el rol que ejercieron o por el conocimiento directo del proceso de creación de la Facultad de Medicina. Los entrevistadores recibieron entrenamiento y realizaron simulacros previos al inicio de la recolección de la información. Los entrevistados, previa aceptación del consentimiento, accedieron a responder en forma libre las preguntas, a exponer sus perspectivas y a profundizar en los temas que consideraron relevantes. Todas las entrevistas fueron grabadas.
2. Transcripción: reproducción escrita de las voces de los informantes a través del software (Nvivo transcription). Se cotejó el contenido con los audios para garantizar su fidelidad. A partir de las unidades textuales se identificaron las categorías seleccionadas y las categorías emergentes. Por último, se realizó una revisión por pares de la codificación con el fin de identificar la existencia de nuevos códigos, no considerados en el primer registro.
3. Identificación de categorías: las categorías seleccionadas se confrontaron con el conocimiento acumulado en la revisión bibliográfica, con miras a completar y configurar el sentido de las opiniones. Simultáneamente, se elaboró una matriz de saturación para identificar aquellas categorías comunes, que hicieron parte del mundo cotidiano de los informantes.

4. Análisis e interpretación: identificación de las categorías axiales. La triangulación de cotejo confrontó las voces de los informantes, las del conocimiento acumulado y las de los investigadores sobre el concepto del perfil médico.
5. Nubes semánticas: para su construcción se siguió la metodología propuesta por Fernández (6) y la opción de creación de nubes del software NVivo. Se obtuvo una visualización gráfica de las principales palabras/conceptos que configuraron cada dimensión. El tamaño de la palabra se relacionó directamente con su frecuencia de aparición en el discurso. La depuración de las nubes semánticas incluyó la eliminación de las referencias directas al término, de los elementos lingüísticos sin valor referencial, de las formas verbales de los verbos ser, estar y hacer, además de aquellos verbos que denotaran el carácter opinático de la respuesta. También se eliminaron los adjetivos, los adverbios de cantidad y los de tiempo, entre otros.

## Resultados

### Perfil del médico (Figura 1).

La palabra *comunitaria(o)* y su acepción *comunidad(es)* es la más frecuente. También lo son un grupo de expresiones que pueden asociarse a lo colectivo, tales como *social (es)*, *pueblo*, *mundo* y *sociedad*, mientras que términos como *hospitales*, *clínicas*, *especialistas*, *áreas*, *departamentos* son mencionadas con menor frecuencia.



Figura 1. Nube semántica sobre el perfil del médico

Algunos códigos relacionados fueron los siguientes:

*S7-01:07:23: El enfoque comunitario o lo comunitario entre un programa de medicina se refiere a la visión integral del médico, que no solamente se ocupe del enfermo y el paciente institucionalizado, sino que se preocupe también por las actividades colectivas.*

*S1-d2-03:50: Venía la moda de la medicina comunitaria, porque era una medicina para el pueblo, había que servirle al pueblo y existía el modelo de la medicina social orientada al pueblo que tenía plata, era un cambio lo de nosotros, teníamos una orientación hacia el pueblo que no tenía plata y eso causo cierta hilaridad.*

La palabra *salud* es predominante al compararla con el término *enfermedad* y el de **prevención** predomina sobre *curativo(a)*. Se destacan en el centro de la nube los conceptos de *visión* y *compromiso* compartidos con palabras como *formación*, *estudiantes*, *social* y *pueblo*.

*S13-20:01: Sí, cuando intervenimos, cuando íbamos a diferentes escenarios, a Purembará, a atender a los indígenas que eran totalmente desatendidos, cuando teníamos, íbamos a los a los puestos de salud, que el médico regularmente no se formaba en los puestos de salud y en las áreas rurales, sentíamos la importancia de ese enfoque que traía nuestra facultad..., pero no se ve la realidad de las dificultades para tener sanidad en un área rural o en un área deprimida, como muchas hay aquí y en todas partes del mundo. Esas áreas deprimidas que no tienen agua potable, que no tienen eliminación de residuos adecuados o que no tienen recursos ni siquiera para la comida como los mismos indígenas*

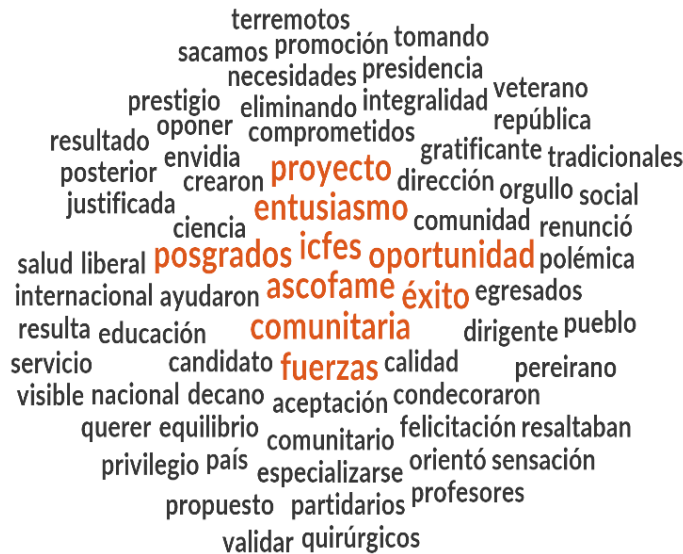
Esta y otras voces encontradas, se corresponden, al parecer, con un cambio percibido en el concepto de salud y en la importancia de atender las necesidades de salud de la población. Se destacan en este aspecto las opiniones de los entrevistados sobre eventos de la época, tales como la Declaración de los Presidentes de América, firmada en Punta del Este (1967) y la Conferencia Internacional de Salud de Alma Ata (1978).

*S8-00:00: Nosotros estamos hablando de la década del 70 y en la década del 70 hubo una gran preocupación, yo creo que no solamente a nivel latinoamericano, sino a nivel mundial y era el problema de la falta de coberturas, la falta de coberturas en la prestación de servicios de salud. Y eso generó reuniones en América Latina sobre qué hacer, porque los países planteaban que la prestación de servicios de salud no llegaba al*

total de la población y hubo algunas reuniones muy importantes, como en Punta del Este, pero todo esto se concretó en el año 1978 con la gran reunión de la Organización Mundial de la Salud en Rusia, en Alma Ata y entonces se habló de salud para todos en el año 2000.

### Aceptación del programa

Las voces más frecuentes pertenecen al entorno local (universidad, tecnológica) y nacional como la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (en adelante ASCOFAME) y el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (en adelante ICFES). Se repiten las palabras **comunitario(a)**, **comunidad**, y términos asociados al compromiso de los actores (*éxito*, *equilibrio*, *orgullo*, *dirigente*) o al momento de creación (*oportunidad*) (Figura 2).



**Figura 2.** Nube semántica sobre la aceptación del programa.

La formación integral del médico fue uno de los conceptos más frecuentemente expresados asociado estrechamente con el de medicina comunitaria.

S6-04:12: *Cuál es el sello propio para el caso de la universidad, podríamos señalarlo que era un médico integral, con una sólida formación en medicina comunitaria.*

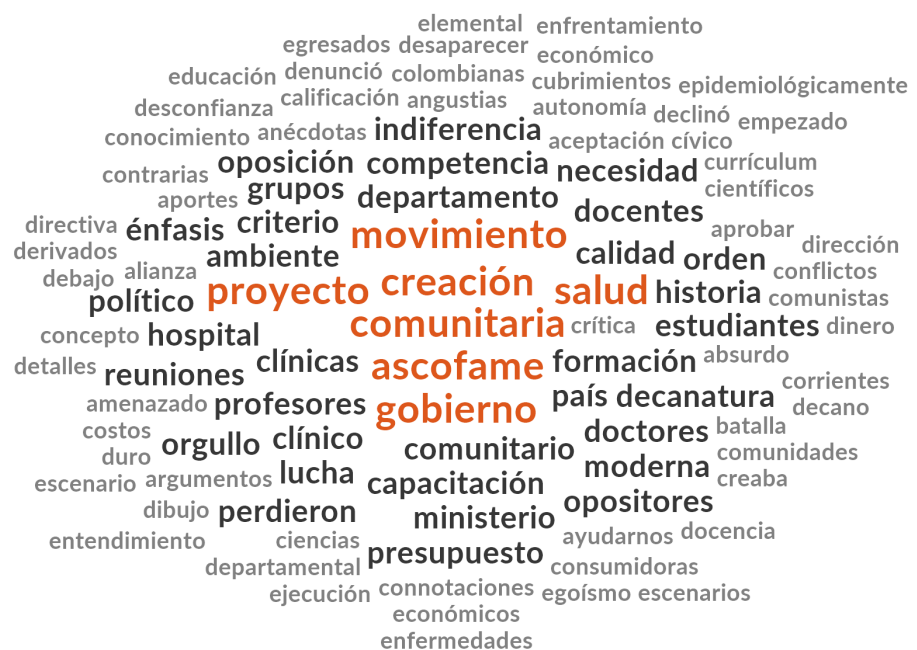
S7-01:07:23: *El enfoque comunitario o lo comunitario entre un programa de medicina se refiere a la visión integral del médico, que no solamente se ocupe del enfermo y el paciente institucionalizado, sino que se preocupe también por las actividades colectivas.*

Según los entrevistados, el programa de medicina, desde sus inicios incluyó escenarios no clínicos (comunitarios) y de atención primaria para las prácticas en salud de sus estudiantes, lo que se constituyó en un factor diferenciador y en una característica del perfil de los primeros egresados.

*S13-20:01: Eso nos ubicó muchísimo a nosotros como médicos. Esa fue la parte positiva, impactante cuando empezamos a salir, que fue muy temprano. Nosotros en el primer semestre empezamos a salir a reconocer las áreas que no tenían atención en salud, a ver la comunidad en su hábitat, no viniendo a nosotros, nosotros yendo a ellas.*

### Rechazo del programa

De forma similar a la nube de aceptación, en esta nube predomina la palabra *comunitaria(o)*. A su alrededor, se ubican expresiones que hacen referencia a instituciones del entorno local (*universidad*) y nacional (ASCO-FAME), acompañadas de términos como *problemas, dificultades, difíciles*. Aparecen también conceptos asociados a sitios de práctica como *clínico(as)* y *hospital*. En la parte externa se ubican voces ligadas al contexto de lo educativo (*formación, currículum, calidad, capacitación, estudio, competencia, conocimiento*). Finalmente, en la periferia concurren palabras del contexto administrativo y financiero (*dinero, cubrimientos, costos, económicos, ejecución, aportes*) (Figura 3).



**Figura 3.** Nube semántica sobre el rechazo del programa



La palabra ASCOFAME aparece en las nubes semánticas de aceptación y de rechazo. Podría reflejar un cambio de posición con respecto al proyecto y al perfil propuesto.

*S9-00:30: Cuando llega el proyecto con la oposición radical de ASCOFAME, no querían la facultad, a pesar de que ya le habíamos ido cambiando nuestro concepto original de la facultad a aquella, llamémosla así, de médicos descalzos, seguían oponiéndose a eso.*

La expresión *médicos descalzos* se asoció con otras tales como *crítica, comunistas, absurdo, oposi(ción)(tores)*, claramente opuestas a palabras como *hospital, clínica, profesores, reuniones*, asociadas a los escenarios de práctica institucionales y a las formas tradicionales de enseñanza.

*S3-00:21: Aquí se inventó una cosa que fue que iba a hacer una facultad de medicina comunitaria. Eso fue un engendro que se inventaron y la facultad se inició siendo una facultad de medicina comunitaria*

*S8-04:10: Algunas voces se levantaron pensando que lo que se estaba planteando en la Universidad Tecnológica era oficializar un poco un médico tipo promotora de salud..., se trajo al cuento de que era que por allá en el Oriente se estaba trabajando con los médicos descalzos en China y entonces eran como unos médicos de las comunidades, pero de bajo perfil, de bajo, de baja capacitación.*

Finalmente, las nubes semánticas del perfil, aceptación y rechazo contienen frases relacionadas con escenarios de formación y práctica (*hospital, clínica, departamentos, sedes, comunitario*). Algunas voces enfatizan los beneficios de esta exposición temprana en la formación.

*S1-d3-p7: La gente cree que la medicina está en los hospitales, pero la medicina también está en las calles, en la plaza de mercado, nosotros íbamos y atendemos allí; llevamos la medicina a la gente.*

## **Discusión**

El análisis de las nubes semánticas y de los códigos encontrados identificó tres categorías emparentadas entre sí y relacionadas estrechamente con el perfil del médico de la UTP: *medicina comunitaria, formación integral y escenarios de práctica*. Estas dimensiones se corresponden con el tipo de propuestas internacionales de atención y formación médica declaradas a mediados y finales de los años setenta.

La creación del programa de medicina de la UTP se da en ese contexto.

En los setenta, surge la globalización de la cúspide de la revolución científica y tecnológica iniciada después de la segunda guerra mundial. La conferencia de Alma Ata (1978) representa el hito más importante en políticas públicas de salud y marcó al sector en el ámbito internacional. Allí se planteó la meta de “Salud para todos” y se determinó como herramienta la Atención Primaria en Salud (en adelante APS), una estrategia que exige una mirada integral, más preventiva que curativa (7,8). El análisis de las entrevistas permite inferir que los gestores estaban familiarizados con estos conceptos y los plasmaron en las discusiones y en el diseño del perfil del médico.

### **La Medicina comunitaria**

El origen del término Medicina Comunitaria no se conoce con exactitud (9). Para Bastidas (10), surge en la década de 1960 como un enfoque multi-institucional y multi-profesional en las poblaciones más pobres de los Estados Unidos. Catorce años después, en Rio de Janeiro se celebró la reunión del grupo de estudio sobre Medicina Comunitaria en el que se reflexionó sobre los alcances del concepto en América Latina y la necesidad de reorientar el quehacer del médico y el rol protagónico de la población en las actividades de salud (11).

En la academia, la medicina comunitaria fue incorporada en los planes de estudio de muchos programas de medicina, como una forma de responder a los desafíos de la situación de los servicios de salud, que requerían nuevos modelos pedagógicos. Se incorporaron también conceptos emparentados, como APS, Atención Primaria Orientada a la Comunidad (en adelante APOC), Salud Pública y Medicina Social, entre otros, que adquirieron gran notoriedad en los años posteriores (12).

Para algunos entrevistados, la salud comunitaria como un concepto integrador de la vida humana, incluye la protección de la vida, los derechos humanos y el medio ambiente (13). Además de lo epidemiológico, biológico, social y económico, la salud comunitaria tiene un sentido político, antropológico y ecológico (14).

*S8-00:00: Hubo gente preocupada y se planteó la necesidad de hablar de un médico que tuviera unas características que yo no creo que era orientado a negar la importancia que había tenido el médico, sino agregarle una serie de características que permitieran responder a esa, a ese compromiso de salud para todos en el año 2000. Y entonces se comenzó a hablar de medicina comunitaria y algunas personas a lo mejor estudiaron a fondo lo que era la filosofía de eso.*

El carácter social de la medicina comunitaria, se apuntala en la participación comunitaria y se fundamenta en la APS, con un enfoque holístico y humanístico, especialmente hacia la población de menores recursos. Bastidas (10) afirma que el enfoque comunitario busca formar médicos integrales, con amplia formación, que puedan actuar en todos los niveles de atención.

En contraste con lo anterior, otras opiniones recolectadas, asociaron la medicina comunitaria con una formación deficiente del futuro médico de la UTP. Las propuestas de mejora integral de los sistemas sanitarios expresados por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y concretadas en la reunión de Alma Ata (15), empatizaron con estrategias similares en diferentes países del mundo, como las de la Christian Medical Commission, el movimiento de los médicos descalzos de la China comunista, los médicos cubanos (16) y algunas agrupaciones de izquierda, entre otros (17). Estas visiones de la práctica médica fueron criticadas por algunos teóricos al considerarla una atención simplista, de segunda categoría, exclusiva para la población pobre, sin evidencia científica (17) y dirigida a países subdesarrollados (18).

Es posible que estas posturas hayan sido conocidas por las autoridades académicas y administrativas del nascente programa de medicina de la UTP. De allí la posición de rechazo que se deduce de algunas opiniones:

*S10-02:52: ...decían es que lo que van a crear es médicos a la idea de los médicos descalzos de la China comunista... con médicos que no eran los más científicos del mundo, pero que podían ir a resolver problemas específicos de la población.*

### **El médico integral**

Para el momento de creación del programa de medicina, era posible identificar dos modelos de atención-formación en salud en Iberoamérica (19). El impulso de las nuevas tecnologías en informática en los años 70 y 80 vislumbró un modelo de atención caracterizado por un énfasis en el diagnóstico y en la terapéutica, con la ayuda de la alta tecnología. En forma simultánea, coexistía otro modelo, inspirado por los lineamientos de la OMS y por movimientos como el de la “medicina holística” en Estados Unidos, basado en la promoción de la salud y en la importancia de la prevención de la enfermedad, además de la consideración sobre los aspectos sociales y culturales en la atención (20).

Este último modelo, no estuvo exento de oposiciones para algunos de los entrevistados:

*S4-06:08: Uno de los psiquiatras, doctor Gómez (ex decano de esta facultad y formado en EEUU), dijo que esos embelecos de medicina comunitaria, que eso era de países comunistas y que de eso aquí no, no había un entendimiento de qué era la medicina comunitaria, cuando inicialmente esa era el enfoque que tenía.*

### **Escenarios de práctica**

Los escenarios para la formación médica han oscilado entre un modelo cuyo denominador común es el acompañamiento y el aprendizaje al lado de los enfermos y otro extrainstitucional, que incluye a la población sana. Al respecto, Chavarriaga (21) afirma que hacia los años 50s y 60s, las Universidades del Valle y Antioquia crearon los programas de Medicina Familiar, con la intención de pasar:

...de una educación centrada en el paciente enfermo visto en el consultorio a una en donde se podía apreciar el impacto del daño en las familias y en las comunidades, de acuerdo a las condiciones ambientales de su entorno inmediato. Por primera vez se expandía la preparación de los estudiantes de Medicina del hospital a ambientes familiares y comunitarios. (21)

Esto contrastaba con el modelo de atención en salud colombiano, caracterizado por su centralismo y por la existencia de una red de centros, puestos de salud, hospitales locales y regionales (22). Las conclusiones de Alma Ata (1978) y de la Carta de Ottawa (1986), entre otras, impactaron las políticas públicas de salud y generaron la necesidad de incluir los ambientes comunitarios en la formación de los médicos (23, 24).

Escuelas de medicina colombianas como la de la Universidad Juan N. Corpas, proyectaron en esa época escenarios de medicina comunitaria que se mantienen hasta el día de hoy. Jiménez (25) afirma que estos escenarios y las actividades extramurales que allí se desarrollan, permiten que más personas se beneficien y que los estudiantes adquieran nuevos conocimientos, destrezas y aptitudes, con una mirada diferente e integral frente a la salud (26).

El programa de medicina de la UTP no permaneció ajeno a esta tendencia e incluyó, desde sus inicios, escenarios comunitarios para las prácticas en salud. Villarreal (27) afirma que las prácticas culturales comunitarias relacionadas con la salud, poseen una simbiosis entre educación, prevención y promoción de salud como elementos esenciales del proceso salud-enfermedad.

Finalmente, estudios similares al presentado en este artículo, confirman los potenciales beneficios de los escenarios de práctica comunitarios. Algunas opiniones destacadas al respecto son las siguientes:

Es una buena experiencia. Buena forma de acercamiento a la comunidad, válido para toda la carrera. Fomentó en mí la visión del médico como quien promueve y previene y no solo como quien cura. Todos los años debemos tener experiencia con la comunidad. Me enseñó a convivir con diferentes personas y realidades. Permitted mayor acercamiento con compañeros del Básico. Fue rebuena, espero siga todos los años. Se tendría que considerar esta experiencia durante toda la carrera. (28)

### **Conclusión**

La presente investigación identificó y analizó los imaginarios presentes durante el proceso de creación y el diseño del perfil del médico de la UTP. La información provista por los gestores del proyecto y primeros egresados, remite a las discusiones acerca de la situación de la salud a nivel nacional e internacional de la época y se expresan en el documento original del plan de estudios, elaborado en 1976. Muchos de los relatos coinciden en aspectos tan importantes como la necesidad de un médico humanista, comprometido con la comunidad y dispuesto a dar respuesta integral a las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

Estas representaciones del perfil coexistieron con otro grupo de imaginarios, relacionados con un médico de baja calidad, poco riguroso en su quehacer científico y enfocado en la realización de actividades de baja complejidad, probablemente basados en las críticas a los modelos de atención y formación médica implementados en China o en Cuba.

Entender las condiciones del entorno y los argumentos alrededor de la creación de la Facultad de Medicina de la UTP, acrecienta la información de carácter histórico que se posee. Esto promueve la reflexión sobre si aquellas motivaciones y consideraciones iniciales, aún se conservan en el perfil del médico que egresa hoy del programa.

### **Conflicto de interés**

Ninguno.

### **Declaración bioética**

La presente investigación fue avalada por el Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira con el código 02-010221 y calificada como un proyecto SIN RIESGO.

## Agradecimientos

A los docentes, directivos y egresados entrevistados, quienes, con su aceptación y participación, propiciaron la recuperación de este capítulo de la memoria institucional del Programa de Medicina.

## Referencias

1. Trujillo SE, Moreno GA, Cabrales RA. Sociodemographic and academic characteristics of students in the Medical Program at the Universidad Tecnológica de Pereira. Cohorts 1977-2018. *Rev. Med. Risaralda*. 2021; 27(1): 46-55.
2. Patiño VM, Cabrales RA, Moreno GA, Ramírez E, García G, Ardila A et al. La Facultad vivida: archivo documental Ciencias de la Salud 1977 -2017. 1 ed. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 2019. 182 p.
3. Salud UTdP-D. Proyecto para la iniciación de labores de la Facultad de Medicina de la UTP. 1 ed. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 1976. 284 p.
4. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets; 2013. 584p
5. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2 reimpression. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016. 341p.
6. Fernández CH. Nuevos recursos para la investigación cualitativa: Software gratuito y herramientas colaborativas. *Opción*. 2015; 31(5): 453-71.
7. Tejada D, Sánchez T, Ormachea J, Carbone F. Cuarenta años después de Alma Ata: la actualidad de sus conceptos fundamentales. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública*. 2018; 35(4): 675-7.
8. Rojas F. Debate teórico sobre salud pública y salud internacional. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2019; 45: e1521.
9. Armas CS, García MH, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac. Sanit*. 2018; 32: 5-12.
10. Bastidas G, Medina T, Rada L, Gámez L, Maurera D, Oviedo G, et al. De la Medicina Comunitaria a la Práctica Profesional en Salud. 1 ed. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2020. 124p
11. Organization PAH. Theoretical aspects of community medicine. *Educ. Med. Salud (OPS)*. 1975; 9(1): 5.
12. 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: 177-85.
13. Chilán ML, Ortiz VP. La medicina comunitaria para la salud colectiva. *Dominio de las Cien*. 2022; 8(3): 1146-58.
14. Vélez OR. Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? *Avances Enferm*. 2003; 21(1): 49-61.
15. Fernández E, Vega C. Participación comunitaria en salud: realidad o ficción? *Enferm. Clín*. 2010; 20(4): 213-5.
16. Suárez I, Sacasas J, García FD. Cuban medical education: aiming for the six-star doctor. *Medicc Rev*. 2008; 10(4): 5-9.
17. Palacio IA. Treinta años de Alma-Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria. *Persona*. 2009; (12): 153-65.
18. Zurro AM. Alma Ata y medicina de familia: 40 años de travesía del desierto. *Aten. Prim*. 2018; 50(4): 203.

19. Ruano L, Ballestar ML. Incorporación de la promoción y educación para la salud en los planes de estudio de grado en Ciencias de la Salud de la Universitat de València. *F#EM*. 2015; 18(2): 149-53.
20. Rosch PJ, Kearney HM. Holistic medicine and technology: a modern dialectic. *Soc. Sci. & Med.* 1985; 21(12): 1405-9.
21. Chavarriaga G, Sarmiento MI, Urrea AB. Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia. *Carta Comun.* 2018; 26(146): 30-6.
22. Decreto 056. Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones. (1975).
23. López LA, Solar O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gac Sanit.* 2017; 31(6): 443-5.
24. Aguilar J, Bidagor JD. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Aten. Prim.* 2006; 38(8): 421.
25. Jiménez E, Tamayo S. Escenarios de práctica de Medicina Comunitaria. *Carta Comunitaria*. 2018; 26(148): 72-9.
26. Ayazo HH, Merlano R. La formación de médicos en Colombia. *Educ. Méd.* 2018; 19: 31-5.
27. Villarreal JA. Sinergia educación, prevención, promoción de salud comunitaria desde el paradigma de la sociocultura. *Hacia la Promoc. Salud.* 2020; 25(2): 39-53.
28. Braida J, Pereyra D, Cabrera F. Manual didáctico para el aprendizaje en territorio en Facultad de Medicina. *Manuales didácticos*. 1 ed. Montevideo: Universidad de la República; 2020.138 p.