

La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones

Gloria Escobar P.¹ • Fernando Peñaranda C.² • Miriam Bastidas A.³ • Nicolás Torres O.³ • Adriana Arango C.³

Resumen

Objetivo: presentar aquellos resultados relacionados con el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano que influyen en el proceso educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, derivados de una investigación dirigida a comprender sus efectos e impacto. **Metodología:** en un estudio de casos múltiples con perspectiva etnográfica, se acompañó un grupo de niños y adultos participantes del programa en cuatro instituciones de Medellín, durante el ingreso, y tres controles del primer año de vida; se realizaron observaciones y entrevistas a adultos significativos y miembros de los equipos de salud. **Resultados:** varios factores influyen sobre la educación en el programa: la Ley 100 de 1993 constituye para algunos una oportunidad y para otros una amenaza; algunas condiciones del modelo actual pueden tra-

ducirse en limitaciones para el proceso educativo; la norma técnica de la Resolución 412 de 2000 presenta contradicciones conceptuales y entra en tensión con la perspectiva de promoción de salud de la propuesta SIPI; y cada institución aplicó de manera diferente la norma. Algunos actores perciben ambientes poco propicios para la educación; se requiere por ello que las políticas provean condiciones que fortalezcan el programa y una propuesta educativa basada en el diálogo de saberes.

Palabras clave

Programa de Crecimiento y Desarrollo, educación para la salud, promoción de la salud, Ley 100 de 1993, Resolución 412 de 2000

Education in a tension crossed context in the Growth and Development Monitoring Program

Summary

This article presents Colombian health system context-related findings as part of a study intended to understand the educative outcomes and impact of the Growth and Development Monitoring Program (SIPI). In a multiple case study, from an ethnographic perspective, a selected group of children and adults was followed at each institution. Observations took place during initial check-up appointment and the three following ones during the first year. Adults and health team members were interviewed after each session. Findings indicate that several factors have influence on the educative process: diverse scenarios were created by the Law 100, in 1993, representing either an opportunity or a threat for different actors. Health System model-related problems (Law 100, 1993)

may also affect education. Incongruence between health promotion and disease prevention was found in the Technical Norm from Resolution 412/2000 and creates tension with SIPI health promotion orientation. Finally, each institution implemented technical norm in a different way. Some actors perceive non proper scenarios for education. So, it is necessary that policy formulation creates conditions to qualify the program and its educative process.

Key words

Growth and Development Monitoring Program, health education, health promotion, SIPI, Ley 100 de 1993, Resolución 412 de 2000

1 Odontóloga, odontopediatra, magíster en salud pública, docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: gescobarp@coomevmail.com

2 Médico, magíster en salud pública, magíster en educación y desarrollo social y educativo, candidato a Ph. D., docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

3 Médico pediatra, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Recibido: 25 de julio de 2005 Aceptado: 21 de febrero de 2006

Introducción

Los programas de crecimiento y desarrollo se realizan en Colombia desde la década de los setentas y a lo largo de su historia han sido objeto de transformaciones. Después de Alma Ata, el programa adquirió gran importancia en las instituciones de salud y llegó a considerarse el programa bandera en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En 1991, el Grupo Interinstitucional para los Programas de Salud del Niño en Antioquia desarrolló la “Propuesta Nacional de Salud Integral para la Infancia, SIPI”, planteada desde una perspectiva de promoción de la salud. En 1993, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia publicó el Manual de SIPI, en el cual se definieron las orientaciones generales del programa, así como las normas técnicas y administrativas que orientaron su desarrollo. Con la reforma al Sistema General de Seguridad Social, mediante la Ley 100 de 1993, el programa se incorporó a los planes de beneficio como parte del Plan Obligatorio de Salud.

Con la participación de algunos de los autores del presente artículo, se realizó entre 1999 y 2000 la investigación “Evaluación del proceso de implementación del programa de Salud Integral para la Infancia, SIPI o de Crecimiento y Desarrollo, en el municipio de Medellín”, con el objetivo de identificar los cambios experimentados por el programa con la reforma al sistema de salud colombiano.¹ Los resultados mostraron que este programa, con gran influencia de la propuesta Salud Integral para la Infancia, SIPI, sufrió transformaciones para adecuarse al nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, a raíz de la implementación de la Ley 100 de 1993.

Se encontró además que la reforma tuvo un impacto distinto en cada una de las instituciones participantes. La investigación concluyó que, con la Ley 100, los programas en el régimen contributivo mantuvieron la estructura y funcionamiento promovida por el SIPI, pero afectó negativamente los programas en el régimen subsidiado, diferencias que constituyen otro factor de inequidad en el sistema de salud.² Sin embargo, aunque el estudio no alcanzó a evaluarlo, los diferentes actores vislumbraban una amenaza aún mayor para la perspectiva de promoción de salud en el programa: la implementación de la Resolución 412 de 2000, por la cual el Ministerio de Salud estableció las guías para los programas de promoción y prevención, que incluye la “Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años”.

Otra de las conclusiones señalaba la importancia de emprender evaluaciones que superaran los aspectos de gestión y satisfacción de usuarios, por cuanto las instituciones han introducido innovaciones en el programa, pero no han evaluado los efectos e impactos del mismo. De allí surgió la solicitud de realizar evaluaciones de la educación como componente fundamental del programa.

Con el propósito de comprender los efectos e impactos de la educación que se lleva a cabo en el programa, así como de los factores que intervienen en el proceso, se adelantó entre noviembre de 2002 y abril de 2005 el proyecto de investigación “Hacia la comprensión de los efectos e impacto del componente educativo del programa de crecimiento y desarrollo en cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud de Medellín. Componente educativo”.

Si bien el objetivo general se enfocaba hacia los efectos e impacto del proceso educativo del programa, en los hallazgos surgió nuevamente con fuerza el tema del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, en especial, de la norma técnica, como parte de la categoría de análisis “Contexto en el cual se gesta el proceso educativo”. En este artículo se exponen los resultados sobre este aspecto y la educación en el programa, así como la discusión que se generó alrededor del marco normativo de este. El proyecto, en su totalidad, se presenta en un informe que está actualmente en proceso de publicación.³

Métodos

La evaluación ha utilizado tradicionalmente enfoques cuantitativos, orientación que algunos autores consideran insuficiente para explicar lo que sucede. Guba y Lincoln propusieron en 1989 una cuarta generación de evaluación, en la cual —más allá de la medición, de la descripción del programa a la luz de los objetivos preestablecidos y del juicio— el evaluador busca las aseveraciones, las preguntas y los asuntos relevantes para las personas interesadas.^{4, 5}

Por su parte, Oakley, Pratt y Clayton consideran que la evaluación de programas sociales debe involucrar la evaluación de proceso, es decir, de la forma en que este se lleva a cabo (relaciones que se dan, participación de los actores, procedimientos, valores que circulan, forma en que se aprende, proceso de toma de decisiones, entre otras), y diferencian efectos de impacto para la evaluación. Entre otras características, postulan que el impacto va más allá de las posibilidades propias del proyecto y, en este sentido, el contexto puede jugar un papel positivo o negativo; esto hace necesario reconocer y explicar otros factores involucrados, además de la intervención como tal.⁶

Para la comprensión de los efectos e impacto del Programa de Crecimiento y Desarrollo, se realizó un estudio de casos múltiples con una mirada etnográfica —enmarcada en una perspectiva constructivista— donde, más allá de la medición, se buscó la comprensión del *cómo* y del *por qué*, para acercarse a la posibilidad de trascender la evaluación como juicio y retomarla como reflexión, aprendizaje y negociación de los aspectos significativos.

Las cuatro instituciones participantes (Punto de Salud, Comfama, Cajaser y una unidad intermedia de Metrosalud) son Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que participaron en la investigación anterior y que ofrecen el programa en la

ciudad de Medellín. Cada institución seleccionó un programa, teniendo en cuenta que el potencial de aprendizaje de un caso es un criterio diferente a la representatividad y, en ocasiones, superior a esta.⁷ En cada una de ellas se llevó a cabo un análisis profundo de cada caso particular, una perspectiva donde lo esencial no consiste en reflejar el mundo sino el caso específico y su particularidad, y que tampoco busca establecer comparaciones entre los programas que desarrollan las instituciones.

Para cada caso se seleccionó un grupo de niños y adultos significativos inscritos en el programa, a quienes se hizo un acompañamiento a partir del ingreso y durante los tres controles sucesivos en el primer año de vida; se contó con el consentimiento escrito de los padres y adultos significativos y de los miembros de los equipos de salud, tras explicarles los propósitos del estudio y los procedimientos que se llevarían a cabo. La identidad de los adultos y miembros de los equipos entrevistados se mantuvo en reserva por parte de los investigadores.

La recolección de la información se realizó mediante la observación de las sesiones y entrevistas grupales efectuadas con profundidad a los miembros de los equipos de salud y a un grupo de adultos significativos. Las guías de entrevista —semiestructuradas y flexibles— fueron diseñadas de acuerdo con las preguntas iniciales de la investigación y ajustadas en el transcurso de la misma.⁸ La posición institucional se conoció a través de reuniones con los coordinadores del programa. Asimismo, las reuniones periódicas del grupo de investigación se convirtieron en un espacio de análisis y de reorientación permanente del proceso investigativo, en concordancia con la flexibilidad y reflexividad que se requiere en la investigación cualitativa. Las transcripciones de las sesiones y entrevistas grabadas, así como las actas del equipo investigador y del grupo de coordinadores, se organizaron en el archivo central; por su parte, cada investigador manejó un archivo personal con sus notas y memos analíticos.

El análisis de los datos se inició de manera simultánea con la recolección de la información.⁹ Con los textos de las primeras observaciones, las notas de los investigadores y las transcripciones del material grabado, se realizó una primera fase de codificación para refinar el proceso. A partir de los documentos inicialmente codificados se elaboró una primera estructura categorial. La estructura emergente se probó y ajustó en las reuniones del equipo investigador y, como resultado de estas discusiones, se fue consolidando una estructura categorial más elaborada. La codificación y clasificación del material se realizó con la ayuda del programa Atlas Ti 4.2.

Los coordinadores de las instituciones y algunos miembros de los equipos apoyaron el análisis mediante ocho reuniones. En las primeras tres se presentaron los modelos pedagógicos adoptados por las distintas IPS, acompañados de una reflexión teórica sobre la pedagogía y la educación

en salud. Las siguientes se destinaron a la discusión de testimonios enviados con anticipación por parte del equipo de investigación.

El proceso condujo a reflexiones por parte de todos los actores, con lo cual se buscó recoger sus voces y los significados que orientan sus acciones; estos criterios responden a la naturaleza interpretativa del trabajo investigativo y a la subjetividad de las realidades que orientan la perspectiva constructivista.¹⁰ Asimismo, con la discusión permanente del equipo investigador, la cuestión de rigor se centró en la reflexión y la reflexividad, las cuales posibilitan la emergencia de los aspectos más significativos.¹¹ En términos de Lincoln y Guba, el rigor radica en ser *interpretativamente rigurosos*.¹⁰

Resultados

Los resultados del Programa de Crecimiento y Desarrollo no son el fruto de procesos lineales; en ellos intervienen múltiples factores, de los cuales algunos hacen parte del proceso educativo; otros son externos a él y configuran las racionalidades desde las cuales se ubican los actores; y otros más constituyen el contexto en el cual este se lleva a cabo. Con ellos se construyó un modelo basado en la comunicación pedagógica que recoge las categorías surgidas en el análisis, el cual se presenta en el informe completo de la investigación.

De los tres niveles del modelo, el contexto particular en el cual se sitúa el proceso educativo constituye el primero de ellos y en él se ubican la cultura, el conocimiento biomédico y el sistema de salud en el cual se inscribe. Por ello, los elementos que surgieron en relación con el Sistema General de Seguridad Social colombiano aportan elementos importantes para comprender la educación llevada a cabo en el programa y sus resultados.

En primera instancia, resalta el hecho de que los diferentes actores que participan en el desarrollo del programa en las instituciones —en especial los miembros de los equipos de salud y coordinadores institucionales— tienen diversas visiones del SGSS y de sus implicaciones sobre el programa: “La aplicación de la ley ha tenido diferencias [...]. El cambio

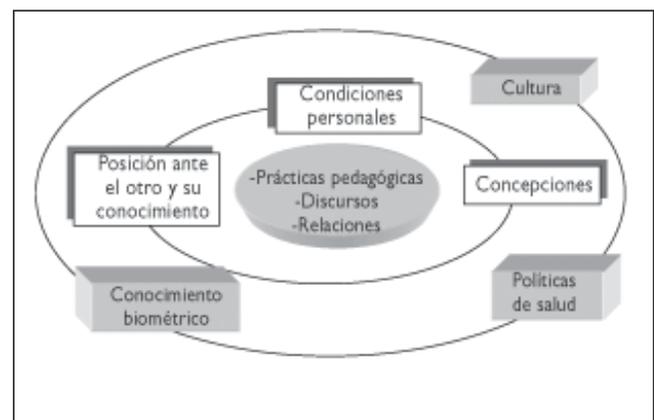


Figura 1. Modelo ecológico del proceso educativo

ha sido percibido como negativo para algunas instituciones, para otras como positivo.”

Cada institución construye un escenario propio, donde el espacio físico, la capacitación, la conformación de los equipos, los protocolos para las sesiones y los aspectos administrativos tienen influencia sobre el desarrollo del programa, y en el cual en cada institución construyen normas y orientaciones particulares: “Se busca continuidad con el programa de gestantes y está basado en un enfoque de medicina familiar. [...] En el Programa de Crecimiento y Desarrollo se atiende a la familia, esto es, al cuidador que sea”.

“El programa está enmarcado dentro de las disposiciones de la OPS, la OMS, el Ministerio de Salud y la Ley 100. También se ha visto influenciado por la estrategia AIEPI”. “[...] en ese sentido se piensa en el programa, porque en vez de cortar el servicio o acomodarnos estrictamente a la ley, [la institución] ha querido [...] hacer su planteamiento como caja de compensación.”

“[...] nosotros hemos tenido la fortuna de que hemos contado con la participación de un equipo muy similar de profesionales durante todo el tiempo, aún antes de la Ley 100, lo que no ha pasado con otras EPS.”

Aunque las percepciones son variadas, algunos educadores (miembros de los equipos de salud) y coordinadores de los programas señalaron la influencia de un sistema orientado con preponderancia hacia actividades curativas, que ha relegado los programas llamados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En una de las instituciones se hace más evidente esta percepción sobre la Ley 100, expresada con frecuencia en comentarios como los siguientes: “Tenemos que llenar unas coberturas, y si nosotros no cumplimos con esas coberturas, entonces el programa no funciona y nos sacan del mercado”. “Se ha perdido mucho la parte educativa porque ya todo lo importante es facturar [...] antes venían la nutricionista, la psicóloga, la trabajadora social [...] pero eso como que no lo pagan, entonces ya no volvió ninguna”.

Otras condiciones afectan el proceso educativo, entre ellas, la inestabilidad de los grupos. Con frecuencia, los educandos (madres y otros adultos significativos) pierden el derecho de asistir al programa por la inestabilidad laboral de los afiliados al sistema, a lo cual se suman las deserciones que se presentan después del primer año de vida, por dificultades en la tramitación de la afiliación al régimen subsidiado o porque la familia del niño no se encuentra dentro de la clasificación del Sisben* que el régimen cobija.

“...otra cosa que afectó muchísimo el programa, fue lo de la seguridad social en salud, las contrataciones, porque la población donde nosotros estamos, está ubicada en un estrato socio-económico 3, y el Sisben solo visita la gente que tiene estratos 1 y 2 [...] o sea, muchos no tienen Sisben**, y no tienen capacidad tampoco para afiliarse a una EPS”.

“[antes] les hacíamos una encuesta, una clasificación socioeconómica, y con eso se atendía [...] si era mayor de un año y estaba en crecimiento y desarrollo y vacunación. Se le daba toda esa atención, subsidiada por la Secretaría. Pero [...] también se quitó la clasificación socioeconómica, entonces muchos niños quedaron por fuera.”

“[...] la gran mayoría de las mamás están desempleadas, los esposos desempleados, están viviendo de arrimadas, y eso crea conflictos, y ya las mamás no tienen derecho a ir ni a trabajo social, ni a la psicóloga, porque si van a trabajo social, tienen que pagar, y si van a la psicóloga, también, porque ya eso no lo cubre el Sisben; y anteriormente tenían derecho, lo mismo a una asesoría del nutricionista en forma individual [...] aunque tengan Sisben, tienen que pagarlo, porque eso es una cosa de segundo nivel.***”

Por otro lado, algunas modalidades de contratación de los profesionales (contrato con cooperativas, contratos solo para hacer actividades específicas) y la reducción que en algunas instituciones han experimentado los equipos generan dificultades para llevar a cabo actividades de formación, evaluación y seguimiento, debido a la inestabilidad y la pérdida de talento humano valioso para el programa.

Sin embargo, para muchos de los actores, los cambios en el programa fueron aún más profundos a partir de la implementación de la resolución 0412 de 2000, que estableció la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años*, como lo anticiparan Ramírez y colaboradores. También en este caso, cada institución acogió la normatividad de diferente manera: algunas mantuvieron sus equipos, otras los redujeron a lo establecido en la norma técnica y una de ellas agregó elementos al programa, en concordancia con su filosofía institucional.

“Los objetivos y la metodología del programa son los estipulados por la Resolución 00412. El programa ha sufrido con la reestructuración del sistema de salud. Antes se contaba con el equipo interdisciplinario y un trabajo educativo muy bonito. Pero esto desapareció con la entrada en vigencia de la Resolución 0412”.

“[...] hubo que ajustar el número de profesionales a raíz pues de la Ley 100 [y la institución] ha defendido, hasta donde se ha podido, un servicio integral, que por lo menos haya participación de todas las áreas [disciplinas]”.

** Con frecuencia, en el lenguaje popular se utilizan los términos Sisben y afiliación al régimen subsidiado como sinónimos.

*** La contratación de las actividades de primer nivel de atención en el régimen subsidiado, esta a cargo de las secretarías de salud municipales y las de segundo nivel, a cargo de las direcciones seccionales de salud, con lo cual a veces una IPS que desarrolla el programa no tiene contrato para otras actividades.

* Sistema de clasificación de beneficiarios. De acuerdo con esta escala de clasificación, y con la disponibilidad de recursos, se define la posibilidad de afiliación al régimen subsidiado.

“Entonces a fines de octubre de 2000 para acá ya se cambió la modalidad, entonces el médico ya salió del programa; ya solo el médico evalúa el niño que ingresa, y ya luego alguno de los profesionales, [...] ya sea nutricionista, psicóloga o trabajadora social, y aplicamos la escala, y hacemos también la parte educativa.”

“Porque así nos mandaron los parámetros [...], lo básico era la escala y que fuera aplicada por un profesional y no por la auxiliar [...] la teníamos como un anexo pero no era importante [...] era primordial el peso, la talla, la revisión del médico y la participación de otros profesionales, pero a partir de 2000 se centró en la escala”.

Todas las instituciones consideran que la norma técnica es limitada, pero a pesar de ello intentan mantener la calidad del programa y hacen más de lo que esta les exige, aunque también reclaman más compromiso de otros sectores:

“Es necesario reconocer el esfuerzo que están haciendo las EPS, ante las restricciones de la ley. Incluso, se va más allá de lo estipulado y esto ha demandado mucho esfuerzo y compromiso de los equipos institucionales. Así, en una de las EPS se vinculará al equipo un optómetra [...] el costo es alto, pero se entiende el esfuerzo como un compromiso con la salud de los afiliados.”

“De todas maneras el esfuerzo no es suficiente. Se plantea la necesidad de que se vinculen otros sectores como los de protección y educación, pues no se puede dejar toda la responsabilidad en el sector salud.”

Frente a las transformaciones en el sistema de salud y a la limitación de las normas que lo reglamentan, los equipos de salud manifiestan la influencia de la propuesta SIPI para el desarrollo del programa. Aunque hay variaciones en cuanto al grado en el cual los educadores consideran que cumplen los postulados del SIPI, este continúa siendo un punto de referencia importante desde lo teórico y lo metodológico: “Vea, mejor dicho, nosotros nos basamos en el manual de SIPI para crecimiento y desarrollo”

Pero algunos expresan su preocupación por la influencia que la normatividad vigente pueda tener en la educación que quisieran brindar: “El programa se debería dirigir hacia promover la cultura de la crianza. En ocasiones las limitaciones llevan a que el programa se centre en la valoración pondoestatural y psicomotora”

“Existen en la actualidad circunstancias que dificultan el desarrollo de un adecuado proceso educativo. Integrar en una misma instancia el examen físico, el control antropométrico, la evaluación del desarrollo psicomotor y las charlas educativas puede no ser recomendable desde el punto de vista pedagógico. Tal vez sería pertinente diseñar espacios en los cuales los adultos puedan compartir sus diálogos de saberes en un ambiente más relajado y productivo”.

“El sistema de salud actual ha generado una serie de contradicciones que hacen difícil construir una perspectiva integral [...] puede llevar a que el funcionario de salud y el

usuario tengan intereses diferentes y en ocasiones contrapuestos, lo cual tampoco favorece la construcción de relaciones productivas.”

Discusión

Los hallazgos relacionados con el sistema de salud colombiano que tienen influencia sobre el proceso educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo pueden agruparse en cuatro categorías: los escenarios diversos que creó la Ley 100 para que las instituciones desarrollen el programa; algunas condiciones propias del nuevo sistema de salud dentro del modelo de competencia regulada; las contradicciones en la norma técnica y las tensiones que genera en relación con la propuesta SIPI; y la aplicación diferencial de la norma por parte de las instituciones.

Un análisis del contexto del sistema de salud y su influencia en el programa para la ciudad de Medellín pasa por dos ejes fundamentales: la propuesta de Salud Integral para la Infancia (SIPI) y el modelo de salud que creó la Ley 100 de 1993. El SIPI constituye una propuesta participativa gestada de abajo hacia arriba y un antecedente fundamental para entender lo que sucede con el programa. La Ley 100 —y las normas que la reglamentan— representan la influencia oficial. Ambas constituyen los pilares sobre los cuales las instituciones conforman escenarios particulares donde se desarrolla el proceso educativo.

Al momento de la reforma al sistema de salud, cada institución tenía una historia y un desarrollo propios, que influyeron en la forma como cada una se insertó en el mismo. Para aquellas creadas después de la Ley 100, el nuevo modelo constituía una oportunidad, y se estructuraron de acuerdo con sus lineamientos. Las cajas de compensación familiar, por su misión y estructura administrativa, pudieron aprovechar su experiencia y ampliar sus servicios. Las instituciones públicas —con larga trayectoria en la ejecución del programa bajo un modelo diferente— se vieron condicionadas a una transformación que respondiera a las nuevas exigencias de rentabilidad y competencia, con lo cual encontraron en la reforma una amenaza.

En estas últimas, encargadas de atender la mayor parte de la población del régimen subsidiado, además de los niños menores de un año que no están en ninguno de los dos regímenes, se presentan problemas de contratación para articular la atención del primero y segundo nivel, percibiéndose como obstáculo para una adecuada atención.

Otras condiciones propias del sistema de salud colombiano que creó la Ley 100 también afectan este propósito. Entre ellas se destacan la inestabilidad de educadores y educandos, como resultado de las condiciones de contratación y de los problemas de cobertura y acceso, así como la preocupación por la rentabilidad económica de los programas. Todo ello genera además un ambiente de presión sobre los educadores.

Estas diversas percepciones de los equipos de salud llevan a que, como educadores, no se sitúen de la misma manera frente al programa. Así, las condiciones para la construcción de optimismo y satisfacción hacia el trabajo no son las mismas: unos ambientes parecen más productivos que otros para el ejercicio de las prácticas pedagógicas.

Sin embargo, la implementación de la Resolución 412 tuvo un peso aún mayor como condicionante de la educación que en él se lleva a cabo. La propuesta SIPI se orientaba hacia el propósito de acompañar y estimular al niño en su proceso de crecimiento y desarrollo, promoviendo la felicidad, creatividad, autonomía, solidaridad, autoestima y salud como metas del mismo, mediante el tratamiento de los métodos de crianza como un diálogo de saberes entre el equipo de salud, los padres y la comunidad.¹² La norma técnica, por su parte, plantea una justificación que, orientada probablemente por las propuestas de promoción de la salud, reclama el compromiso social con los niños y las niñas, la equidad, el bienestar y la calidad de vida,¹³ pero rápidamente abandona esta perspectiva y pone el énfasis en la detección de la enfermedad desde una visión biomédica:

“Se entiende la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte”.¹³ Una contradicción que también se refleja en los objetivos del programa:¹³ “Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.”

“Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades”.

Pero, además, al analizar los objetivos de la norma y su materialización en el desarrollo metodológico, se observa cómo las actividades establecidas se orientan fundamentalmente hacia la detección de las alteraciones del crecimiento y no se establecen de manera específica las acciones encaminadas a promover la “salud integral para potenciar sus posibilidades”. Se hace así evidente una contradicción teórica en la que algunas partes del texto plantean una perspectiva de promoción de la salud, pero sus actividades se quedan en una concepción de prevención de la enfermedad. Esto es congruente con lo encontrado por investigadores en diferentes partes del mundo.¹⁴⁻¹⁷

Se percibe así una tensión entre dos orientaciones: por un lado, la propuesta SIPI, de gran peso histórico en el desarrollo del programa, con una concepción de salud en función del bienestar y un objetivo explícito de promoción de la salud

del niño; por otro lado, una legislación en la cual subyace una concepción desde una perspectiva individual de la salud, que se traduce en actividades centradas en la enfermedad. Ambas propuestas crean un contexto contradictorio.

Ante dos lógicas contrarias, las instituciones asumen diferentes posiciones, de acuerdo con su experiencia en el programa, su concepción de salud, la importancia que dan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, y las condiciones particulares que les impone el sistema de salud actual. De esta forma, la implementación de la Resolución 0412 tuvo consecuencias muy diferentes en cada uno de los casos estudiados. En algunas instituciones, la aplicación de la norma no afectó el desarrollo del programa; en ellas, los equipos siguen siendo multidisciplinarios y se percibe una orientación basada en la propuesta SIPI. Otras instituciones, por el contrario, se acogieron a la norma y con ello redujeron el equipo de profesionales que realizaba el programa e hicieron transformaciones en la dinámica del mismo.

Que algunas instituciones mantengan gran parte de la orientación inicial, fortalezcan sus programas con acciones de capacitación y además busquen complementar los equipos con otros profesionales responde más a su experiencia y compromiso con el programa, a una convicción sobre las bondades de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las posibilidades, que a las normas oficiales que los orientan; de allí que la Resolución 0412 afectara de diferente manera a los programas y adquiriera significados diversos para los actores.

Sin embargo, una normatividad centrada en la enfermedad es proclive a una educación que parte de un enfoque de riesgo, en que se hace imperativo establecer “conductas saludables”. Cabe preguntarse por las repercusiones del contexto descrito sobre el miembro del equipo de salud como educador y sobre su concepción de educación cuando se desempeña en medio de la tensión entre ambas orientaciones, entre sus convicciones y propósitos y las posibilidades que percibe cada vez más restringidas, a la luz de la propuesta de diálogo de saberes de Freire, donde el conocimiento como donación dé paso a una nueva concepción que exige superar la contradicción educador-educando y asumir la dialogicidad como esencia, en una educación que tienda a la liberación de ambos.¹⁸

Conclusiones

Un programa que constituye un apoyo a la función de crianza llevada a cabo por los adultos significativos de los niños, como se hizo evidente en las entrevistas, debería fortalecerse desde la formulación de las políticas y las normas que tienen influencia en su desarrollo. Este llamado se hace apremiante si se tiene en cuenta la realidad colombiana y latinoamericana, donde la situación de pobreza y la inequidad ponen a muchas familias en serias dificultades para dar a sus hijos la

infancia que desearían¹⁹ —y a la cual tienen derecho— y donde la pérdida de redes de apoyo genera una crianza en medio de la incertidumbre y la angustia.

En el modelo que se construyó para comprender la educación en el programa, se presentaron diversos factores que tienen relación con el proceso educativo y que configuran las prácticas pedagógicas. Entre ellos, el educador, con sus concepciones y su posición ante el conocimiento y la experiencia, adquiere un carácter central. Por tanto, su transformación es fundamental para llevar a cabo una propuesta educativa diferente. Sin embargo, el sistema de salud colombiano —y en particular la norma técnica que orienta el programa— crea un contexto que puede entrar en conflicto con los anhelos de los actores.

Para superar las tensiones, deberían desarrollarse propuestas de educación que trasciendan la idea de estrategia para concebirla como un bien meritorio, fundamental para el desarrollo humano. Una perspectiva más coherente con la concepción de Freire y con la propuesta de diálogo de saberes que recoge el SIPI, en la cual se incorporen planteamientos como los que hace Saúl Franco, para quien educación para la salud se entiende como la apropiación de bienes culturales y sociales que permitan a los sujetos enfrentar y resolver creativamente los retos de su cotidianidad y de su historicidad, al servicio de opciones saludables y condiciones de bienestar; integrando pero superando los procesos de escolarización formal.²⁰

De lo anterior se desprende que el fortalecimiento del componente educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo no depende solo de la transformación del educador o de una filosofía institucional que le sea propicia; es necesario que las políticas de salud tomen en consideración las múltiples dimensiones del desarrollo humano y favorezcan programas que promuevan la salud como algo más que la ausencia de enfermedad.

Reconocimientos

A los niños, adultos significativos y miembros de los equipos de salud de los cuatro programas involucrados en el proyecto, quienes, con su experiencia y aportes, hicieron posibles los aprendizajes de esta investigación; a las instituciones de salud participantes, que pusieron todos sus recursos a disposición del proyecto; al CINDE y a la Universidad de Antioquia, por su apoyo y financiación.

Referencias

1. Ramírez H, Bastidas M, Peñaranda F, Lalinde MI, Echeverri S, Giraldo Y. Evaluación del proceso de implementación del programa Salud Integral para la Infancia SIPI o Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
2. Peñaranda F, Bastidas M, Ramírez H, Lalinde M, Giraldo Y, Echeverri S. El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2000;20:89-99.
3. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A. Efectos e impacto del Programa de Crecimiento y Desarrollo en cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Medellín. Componente educativo. 2002-2005. (En prensa)
4. Swanson J, Chapman L. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativa con enfoque cualitativo. p. 80-111. En: Morse J, ed. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
5. Lecompte M. Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programa. www.u.v.es/RELIEVEvIn1.htm. 1995; (Fecha de acceso: 12 de marzo del 2005).
6. Oakley P, Pratt B, Clayton A. Outcomes and impact: Evaluating change in social development. Oxford: Intrac; 1998. p. 27-78.
7. Stake R. Case studies. p. 435-454. En: Denzin N, Lincoln Y, ed. Handbook of qualitative research. 2.ª Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
8. Taylor SJ, Bogdan R La entrevista en profundidad. p. 100-132. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
9. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
10. Lincoln Y, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. p. 163-188. En: Denzin N, Lincoln Y, Handbook of qualitative research. 2.ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
11. Davies D, Dodd J. Qualitative research and question of rigor. Qualitative Health Research 2002;12(2):279-289.
12. Lalinde M, Vargas J, Gómez L, Beleño A, Botero S, Estrada H *et al.* Salud integral para la infancia: manual de normas técnicas y administrativas. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia; 1993.
13. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, febrero 25, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio; 2000.
14. Greene W, Simons-Morton B. Educación para la salud. México: McGraw Hill; 1988.
15. Tones K. Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? Health Educ Res 2002;17:1-5.

16. Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion developments in Europe: achievements & challenges. *Health Promot Int* 2000;15:143-154.
17. Restrepo H. Conceptos y definiciones. p. 24-33. En: Restrepo H, Málaga H, eds. *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.
18. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI; 1972.
19. Kliksberg B. La situación social de América Latina y sus impactos sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. *Educación Hoy* 2001;145:9-47.
20. Franco S. *La Promoción de la salud y la seguridad social*. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1995. Citado por Montoya S. *Educación en salud*. En: *Fundamentos de salud pública*. Tomo 1. Medellín: CIB, 1997. p. 111-122.