

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia
revfnsp@caribe.udea.edu.co
ISSN : 0120 – 386X
COLOMBIA

2002

Fernando Peñaranda / Miriam Bastidas / Humberto Ramírez / María Isabel
Lalinde / Yolanda Giraldo / Silvia Liliana Echeverri

EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: OTRO FACTOR DE INEQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, vol. 20, número 1
Universidad de Antioquia
Colombia
Pág. 89-99



El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud

The Growth and Development Program: another inequity agent in the health system

Fernando Peñaranda C.¹

Miriam Bastidas A.²

Humberto Ramírez G.³

María Isabel Lalinde Á.⁴

Yolanda Giraldo G.⁵

Silvia Liliana Echeverri M.⁶

Resumen

El Programa de Crecimiento y Desarrollo ha sido considerado como una importante acción de salud pública, impulsada por el sistema de salud desde hace más de 20 años.¹ Este programa, como todas aquellas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, han sufrido importantes cambios con la implantación de la Ley 100. La presente investigación, de corte cualitativo, pretendió identificar cuáles fueron estos cambios, sus causas y su impacto para la calidad de las acciones promovida por el programa y por ende, para la promoción de la salud de los niños menores de 6 años y sus familias en la ciudad de Medellín. La información se recolectó revisando fuentes secundarias y realizando entrevistas a padres y funcionarios vinculados al programa, así como con la observación de las sesiones. La investigación concluyó que se han producido importantes cambios en la forma como se administra y se ejecuta el programa, encontró especialmente una gran diferencia de la calidad del servicio entre los programas ofrecidos

¹ Médico, magíster en salud pública y en desarrollo social y educativo; profesor, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: fpenaranda@guajiros.udea.edu.co

² Pediatra, profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

³ Pediatra y especialista en epidemiología; profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

⁴ Enfermera y especialista en epidemiología; profesora, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

⁵ Psicóloga y estudiante de medicina, Universidad de Antioquia.

⁶ Licenciada en educación física, Universidad de Antioquia.

Recibido: 3 de abril de 2002. Aprobado: 23 de abril de 2002

por el régimen contributivo y el régimen subsidiado, lo que ha generado una situación de marcada inequidad que está afectando a las familias más vulnerables, que precisamente serían las que requerirían mayores esfuerzos del sistema de salud.

Palabras clave

Programa de Crecimiento y Desarrollo, investigación cualitativa, Ley 100 de 1993, promoción de la salud, inequidad

Abstract

The Growth and Development Program has been considered an important public health action since more than 20 years ago in our health system. With the introduction of the Law 100, this program, as well as other health promotion and disease prevention programs have undergone important changes. This qualitative study, was designed to identify which changes occurred, its causes, their impact on the quality of the program, and therefore in the program's goal to promote better health conditions in children younger than 6 years and in their families in Medellín. Information was collected using secondary sources and interviewing parents and members of the health staff responsible of the program, as well as observing the program sessions. The research concluded that important changes had occurred in the way in which the program is managed and executed and a great difference was specifically found between the program's quality in the contributive and subsidized regimes, causing a strong inequality that is affecting the most vulnerable families, precisely those needing greater efforts from the health system.

key words

Growth and Development Programa, qualitative research, Law 100 of 1993, health promotion, inequity.

Introducción

El Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (Cinde) y la Universidad de Antioquia, representada por miembros del Grupo de Puericultura y de las Facultades de Salud Pública, Medicina, Enfermería y del Instituto de Educación Física, realizaron una evaluación sobre el proceso de implementación del programa de Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Medellín, entre julio de 1999 y junio de 2001, con el propósito de comprender el desarrollo del programa en el marco de la reforma al sistema de salud.

La Ley 100 ha creado un nuevo escenario de la salud en Colombia, que se funda en un esquema de aseguramiento. La perspectiva de mercado y de rentabilidad económica genera una forma diferente de entender la prestación de los servicios de salud. Por lo tanto, los

programas como el de Crecimiento y Desarrollo, que se habían construido para un sistema de salud diferente, han tenido que adecuarse a estas nuevas condiciones.

Ante estas inquietudes se establecieron los siguientes objetivos para el estudio:

- Describir la forma en que se viene desarrollando el programa Salud Integral para la Infancia (SIPI) o Crecimiento y Desarrollo con la implantación de la Ley 100 en Metrosalud, Susalud, Comfenalco y la Universidad de Antioquia, desde el punto de vista de los funcionarios y los usuarios, para comprender las influencias que la reforma al sistema de salud ha tenido sobre el programa.
- Formular propuestas para la cualificación y adecuación del programa con base en los resultados de la evaluación y con la participación de los funcionarios de las entidades evaluadas.

Método

Dado que el objetivo de la investigación pretendió conocer la historia del programa en los últimos 10 años, especialmente a partir de 1993, cuando se introduce la Ley 100, se optó por un enfoque cualitativo que permitiera un acercamiento más abierto y sensible hacia los procesos y las opiniones de los actores. Asimismo, se limitó a una investigación evaluativa² de proceso que pudiera aportar los conocimientos generales de la situación, para diseñar posteriormente estudios de efecto e impacto.

Se planteó realizar la investigación en tres etapas. La primera, en Metrosalud, ejecutada entre julio de 1999 y diciembre de 2000, para observar el programa en el régimen subsidiado. La segunda, en Susalud y Comfenalco, ejecutada entre febrero de 2000 y junio de 2001, para abordar el régimen contributivo. Se incluyó también, en esta etapa, la Universidad de Antioquia. La tercera etapa se había programado para ejecutarla en el Instituto de los Seguros Sociales, pero ello no se pudo por falta de recursos económicos, por lo tanto, los resultados que se presentan a continuación darán cuenta de la situación en aquellas entidades.

La unidad de trabajo

Se seleccionó Metrosalud por ser la institución que cubre la mayoría de la población del régimen subsidiado y que proveyó la asistencia estatal por fuera del Seguro Social en el modelo anterior; Susalud, por ser la EPS (entidad promotora de salud) con mayor cobertura en el régimen contributivo de la ciudad; Comfenalco, como ejemplo de las cajas de compensación familiar que asumieron funciones de empresas promotoras de salud; y, finalmente, la Universidad de Antioquia como institución líder en el desarrollo conceptual y metodológico del programa en los últimos 30 años.

Con los coordinadores del programa por parte de las diferentes instituciones, se establecieron los criterios para la selección de la muestra. Se incluyeron en el estudio, en total, 19 centros de atención: 9 en Metrosalud y 10 en el resto de entidades. Así, en Metrosalud se visitaron 5 unidades prestadoras de servicios de salud y 4 centros de salud. En Susalud, que contrata los servicios con Comfama, Punto de Salud y otras IPS (instituciones prestadoras de salud) particulares, se seleccionaron 2 centros de Comfama, 4 de punto de salud y 2 IPS particulares. Comfenalco y la Universidad de Antioquia tienen cada uno un centro donde realizan el programa.

El marco analítico

En la figura 1 se presentan los factores que afectan, positiva o negativamente, el desarrollo del programa. Estos factores pueden agruparse en tres grandes categorías: el contexto, las concepciones que tienen los actores y el desarrollo operativo —organizacional— del programa. Los mencionados factores determinan la forma en que se lleva a cabo el programa, esto es, su metodología, lo cual a su vez repercute sobre los resultados que se obtienen con el mismo. Esta visión sirvió para la construcción de un marco analítico que guió la recolección y análisis de la información.

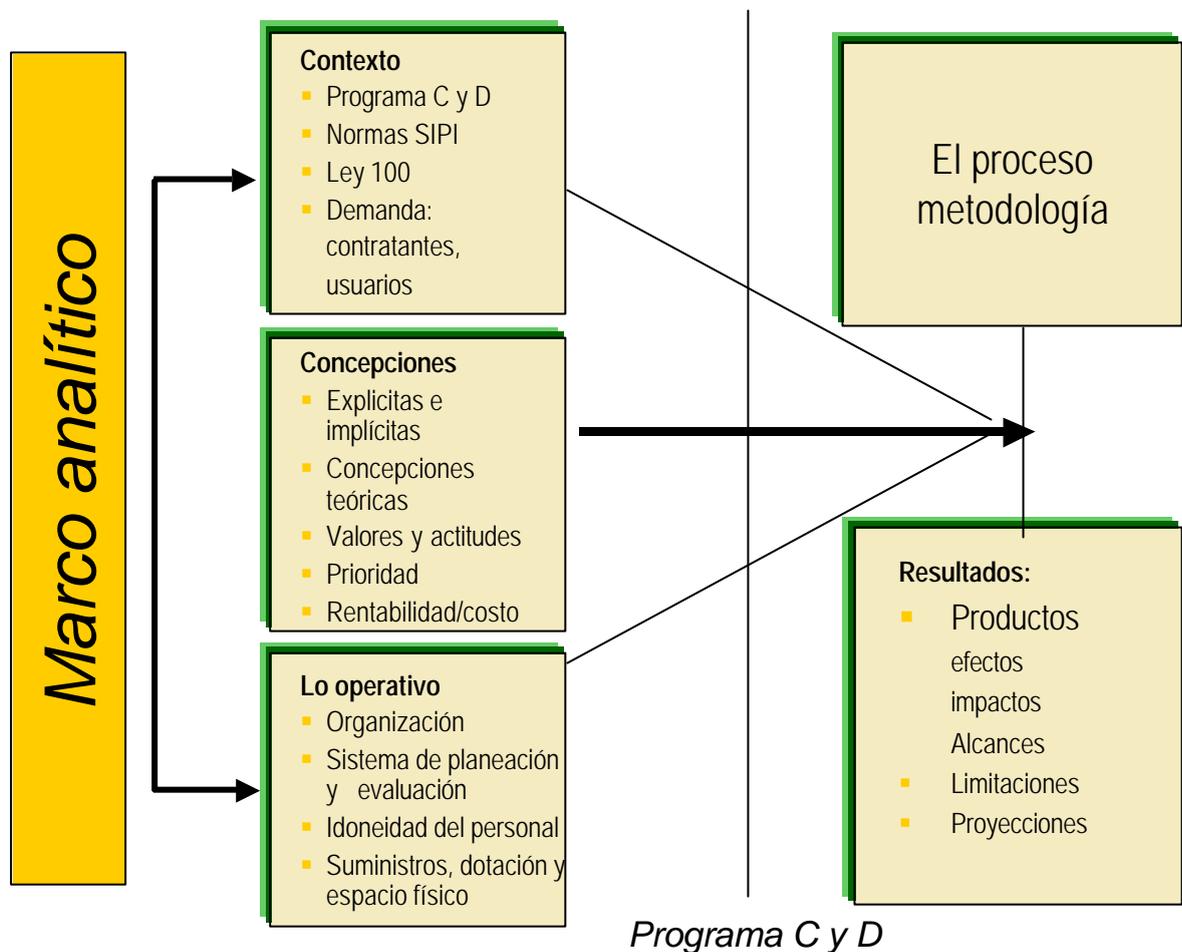


Figura 1: El marco analítico

Recolección de la información

La recolección de la información se hizo mediante entrevistas semiestructuradas con funcionarios de las instituciones antes mencionadas y adultos participantes en las sesiones de control de crecimiento y desarrollo. Entre los funcionarios, se entrevistaron el secretario municipal de salud, el director de Metrosalud, los directores y los coordinadores del Programa de las diferentes instituciones, el director y el equipo responsable del programa en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud seleccionadas. En estas últimas instituciones, se observó la ejecución de las sesiones de control de crecimiento y desarrollo. Además, se hicieron entrevistas a los padres u otros adultos asistentes y se entrevistaron telefónicamente otros padres u adultos significativos no asistentes para conocer su opinión. También se consultaron documentos relativos al programa, elaborados en las distintas instituciones^{3, 4} y los concernientes a las diferentes resoluciones emanadas

del Ministerio de Salud que dan sustento normativo y legal al programa.^{5, 6} La información se registró en los diarios de campo y se utilizó la grabación magnetofónica para las entrevistas.

Análisis y validez

El análisis se hizo siguiendo el marco analítico propuesto por medio de reuniones periódicas del equipo investigador. En esencia, se hizo un estudio de casos, buscando inicialmente la comprensión de lo ocurrido en cada uno —Metrosalud, Susalud, Comfenalco y Universidad de Antioquia—, para luego identificar patrones comunes y particularidades. Se elaboraron informes sucesivos, tomando inicialmente los casos particulares, para pasar después a la construcción de una visión consolidada de todos los casos, la cual provee una perspectiva global. Finalmente el análisis se llevó a un terreno más general, para contrastar los regímenes contributivo y subsidiado.

La validez e interpretación de los resultados se hizo por triangulación de fuentes diferentes,⁷ tal como se puede observar en el apartado de recolección de información. Los resultados finales fueron llevados a un juicio de expertos. Asimismo, se validaron los principales hallazgos en talleres realizados por el equipo investigador con participación de representantes de las instituciones, muchos de los cuales fueron los mismos entrevistados.⁸

Resultados

El contexto

Antes de la reforma había tres instituciones encargadas del programa, el Seguro Social para afiliados a la seguridad social, las cajas de compensación familiar y Metrosalud para el resto de la población. Con la Ley 100, son numerosas las instituciones vinculadas a esta actividad.

En Medellín, el Grupo Interinstitucional para la Salud del Niño en Antioquia, con representantes del Servicio Seccional de Salud, la Universidad de Antioquia, la Universidad Pontificia Bolivariana, el Instituto de Seguros Sociales, Comfama, Comfenalco, la Secretaría de Educación Departamental, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Metrosalud — entre otras instituciones vinculadas a la atención de la niñez— concibieron una propuesta para el programa, denominada crecimiento y desarrollo por atención grupal, que unida a la escala abreviada de desarrollo, planteada por el Ministerio de Salud, conformaron la de Salud Integral para la Infancia (SIPI) que influyó poderosamente en la forma de llevar a cabo el programa desde 1991 y más concretamente desde 1993, cuando se publicó el manual con las normas técnico-administrativas de SIPI.

La propuesta de SIPI se sustentó en un enfoque de promoción de la salud, que pretendió impulsar un concepto de desarrollo integral más allá de la visión morbicéntrica. Se propuso,

en ese entonces, fundar la atención en sesiones grupales, de 8 a 10 niños en promedio, en las cuales se debía efectuar examen físico, evaluación del crecimiento pondoestatural y del desarrollo, así como actividades educativas basadas en el “diálogo de saberes” y orientaciones individuales. Estas actividades debían estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de diversas disciplinas, fundamentalmente medicina, nutrición y dietética, enfermería y odontología. Estas sesiones tendrían una duración aproximada de dos horas.

La implementación de la Ley 100 en los primeros años se orientó fundamentalmente hacia la atención de las enfermedades, dejando rezagado el desarrollo de las políticas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo cual se evidencia en la tardanza para la normalización de esta función, que se instituyó por medio de la Resolución 412 de febrero de 2000. El Ministerio de Salud ejercía una función de orientación y control muy directa sobre las entidades encargadas de ejecutar el programa, la cual ha sido asumida por las EPS y ARS.

La Ley 100 generó marcadas diferencias

Durante el lapso que va de la aparición de la ley y la mencionada resolución y como consecuencia de la falta de orientaciones claras, así como de un proceso de transformación acelerado y sin el adecuado control, se dieron situaciones tan aberrantes como el cierre del programa en algunas unidades prestadoras de servicios de salud de Metrosalud, por espacio de varios meses, al considerarlo como una acción ajena a la responsabilidad de la institución. Aunque el programa se retomó, su calidad fue decreciendo paulatinamente, en la medida en que entró en un limbo programático y cada unidad fue introduciendo cambios en respuesta a condiciones de orden coyuntural.

Las deficiencias en las actividades de seguimiento y control y de capacitación, así como la presión por lograr rentabilidad económica, llevaron a las instituciones prestadoras de servicios de salud —unidades y centros de salud— a crear diversas formas de realizar el programa; la estructura es muy variada en los diferentes centros de atención en Metrosalud, tanto en la forma como se llevan a cabo las actividades como en el tipo de acciones que se ejecutan. Para citar un ejemplo, no en todos los centros de atención se realiza la escala abreviada del desarrollo.

Así, los equipos humanos responsables del programa se han venido desarticulando paulatinamente, por la eliminación de profesionales de algunas disciplinas, tales como nutricionistas, psicólogos e higienista oral, así como por la rotación de sus miembros, específicamente los médicos. Además, desde 1994 no se ha hecho una capacitación formal sobre el programa y los funcionarios que han ingresado a partir de esa fecha reciben las orientaciones y directrices de sus propios compañeros de manera informal.

También en Metrosalud hay una importante restricción para resolver alteraciones del crecimiento y desarrollo detectadas, que requieran atención especializada o de segundo

nivel. Esta restricción se debe a tres situaciones. La primera hace referencia a un factor de orden geográfico, pues la atención de segundo nivel no se realiza, necesariamente, en la misma IPS, generando dificultades para el desplazamiento. La segunda tiene que ver con la necesidad de realizar un nuevo trámite en otra dependencia para acceder a los servicios. La tercera se debe a un limitado presupuesto para atender este tipo de atenciones, con lo cual las remisiones tardan demasiado tiempo en ser atendidas. Un caso que ilustra esta situación es la atención de los niños desnutridos por nutricionista, catalogada dentro del segundo nivel. De esta manera muchos niños se están quedando sin una adecuada y oportuna atención, lo que les acarrea negativas consecuencias en su desarrollo.

En varias entidades de Metrosalud las actividades se llevaban a cabo en espacios físicos no aptos para el programa, además de ejecutarse con deficiencia de algunos implementos básicos.

El caso del régimen contributivo es bien diferente. Hasta hace 5 años, el programa de Crecimiento y Desarrollo tenía una baja cobertura. A medida que fueron aumentando las afiliaciones y que las EPS fueron asumiendo sus responsabilidades en torno a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el programa ha venido creciendo y consolidándose en los últimos 3 años. Aunque existen variaciones en la implementación del programa entre las instituciones, debido a las diferencias en su naturaleza, se mantiene una estructura más o menos coherente, con la propuesta de SIPI. Existen mejores mecanismos de control, son más completos los recursos para realizar las actividades, los espacios físicos son más adecuados y hay un mayor interés en la estabilidad del talento humano, en su formación y apoyo técnico. Los equipos de funcionarios encargados del programa son generalmente estables; en las instituciones sin experiencia previa en el programa se implantaron procesos de capacitación para el personal correspondiente.

Otro hallazgo en el cual se encontró una importante diferencia entre Metrosalud, régimen subsidiado, y el resto de entidades pertenecientes al régimen contributivo, fue en lo referente a la percepción de rentabilidad económica del programa. Mientras en Metrosalud se percibe como costoso y poco rentable —por lo cual se han retirado algunos de los miembros del equipo interdisciplinario con el ánimo de abaratar costos— en las otras entidades se percibe como rentable. En una de las instituciones del régimen contributivo lo catalogaron como el programa de promoción y prevención más rentable.

Problemas comunes en los regímenes contributivo y subsidiado

El tiempo constituye un elemento restrictivo para realizar las actividades con buena calidad en ambos regímenes. Aunque algunas instituciones del régimen contributivo han ampliado la duración de sus sesiones para resolver esta situación, la rapidez con la que se hacen las actividades, especialmente el examen físico, la evaluación del desarrollo y la educación, podría estar afectando los resultados.

Aunque las posibilidades de acceder a la atención de segundo nivel en el régimen contributivo son mucho mayores, lo cual constituye una importante diferencia con el régimen subsidiado, todavía se presentan grandes deficiencias para ambos regímenes, pues no siempre se puede acceder a la consulta de segundo nivel. Tal es el caso de la atención psicológica, no cubierta por el Plan Obligatorio de Salud, con lo que se dejan de asumir problemas muy frecuentes y críticos para el desarrollo de los niños.

Se han hecho algunas innovaciones en la forma de llevar a cabo el programa pero no se ha evaluado su efecto. Más aún, la evaluación que realizan las instituciones se restringe a la gestión y a la satisfacción de los usuarios. No se ha incursionado en evaluaciones serias de efectos y menos, de impacto. Esto hace difícil trascender el ámbito del control y supervisión, por lo cual las posibilidades de aprender con la evaluación se ven restringidas. Se encontró una solicitud generalizada para realizar evaluaciones de efectos e impacto, por parte de los funcionarios de las diferentes instituciones, pues hay una urgente necesidad por conocer los resultados del programa.

Aunque para una importante parte de los funcionarios entrevistados, el programa debe orientarse desde la promoción de la salud, y muchos de ellos consideran que están realizando un programa con esta orientación, en realidad este se ha ido concentrando en los aspectos preventivos e individuales. El esquema ha llevado a una desarticulación entre lo individual —Programa Obligatorio de Salud— y lo colectivo —Plan de Atención Básica—, con la consecuente disminución de la participación de los usuarios y la coordinación interinstitucional; por lo tanto, existe un gran distanciamiento entre las orientaciones teóricas y la forma en que se ejecuta el programa.

Es manifiesta la importancia de la educación para todos los entrevistados, considerada como un instrumento clave para generar conocimientos y comportamientos que logren mejores condiciones de salud para los niños. Para la gran mayoría de los funcionarios entrevistados, la educación no puede quedarse solo en la información, por lo cual se requiere un “diálogo de saberes”. Sin embargo, la restricción de tiempo y la falta de formación de los funcionarios en el campo de la pedagogía no permite avanzar hacia modelos flexibles de aprendizaje que logren atender más adecuadamente las necesidades de los educandos y sus características socioculturales.

Conclusiones

En 1994, después de un esfuerzo grande para promover el SIPI en Medellín, el programa funcionaba más o menos en Metrosalud, con las características que hoy exhibe el programa en las instituciones que prestan la atención de los usuarios del régimen contributivo. Haciendo una extrapolación al sistema actual, se podría decir que no había diferencia en la atención recibida por usuarios de distintos regímenes, cosa bien diferente a lo encontrado en la actualidad, pues es bien nítida la marcada inequidad en calidad de atención recibida por los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado.

La tremenda inequidad encontrada en este estudio, inequidad que se profundizará con la aplicación de la Resolución 412, confirma la apreciación de numerosos críticos sobre el modelo actual, al presagiar importantes niveles de inequidad en la prestación de servicios de salud, con base en las experiencias de los países latinoamericanos pioneros en la aplicación del modelo —como el caso de Chile—. De esta manera, los sectores de la población con menor poder adquisitivo se ven privados de una atención en salud de buena calidad. Por lo tanto se excluye a esta población, desde el nacimiento, de sus más elementales necesidades básicas, fundamentales para el desarrollo de sus potencialidades y en último término, de sus libertades como ciudadano.

Los anteriores hallazgos, en combinación con un retorno hacia la perspectiva morbicéntrica, unidisciplinaria y unisectorial propuesta por la Resolución 412, en la cual el papel del adulto significativo es un intermediario de la salud del niño, plantean grandes interrogantes sobre la responsabilidad del Estado en la promoción de la salud de sus asociados y sobre la consistencia de las políticas públicas. Estos interrogantes se hacen aún más apremiantes en el contexto actual: una aberrante crisis socioeconómica, marcada por la exclusión de grandes sectores de la población de sus derechos sociales y del acceso a servicios públicos de calidad, con un Estado poco democrático y una sociedad signada por la ilegalidad, la impunidad y la violencia, en la cual se pierden cada vez más las posibilidades para la participación significativa, se destruye el tejido de las redes sociales y se consolida una visión individualista e inmediateista del desarrollo; vale la pena preguntarse por el compromiso del sector salud.

La inequidad es aún más severa cuando se analiza la situación de los mal llamados “vinculados”, es decir, los que están por fuera del sistema por diferentes motivos, como la inadecuada aplicación del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), la baja cobertura del sistema, la desvinculación laboral, el desplazamiento forzado o simplemente los cambios de residencia. Esto conlleva a una gran dificultad en la accesibilidad al programa, cuando justamente se trata de la población de niños y niñas de más alta vulnerabilidad familiar y socioeconómica. Se debe recordar que a este sector de desvinculados pertenece aproximadamente la mitad de la población colombiana.

Es la inequidad del sistema de seguridad social, reflejada en los programas de crecimiento y desarrollo, uno de los problemas más serios de la Ley 100, a pesar de que se habla en su parte introductoria de la universalidad y la equidad.

Además de la gran inequidad en la prestación de servicios, el modelo está generando otras consecuencias, no fácilmente perceptibles, pero de grandes repercusiones para el logro de las metas propuestas por el programa. La separación artificial realizada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) entre actividades colectivas, delimitadas en el Plan de Atención Básica (PAB) y actividades individuales, comprendidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), así como la delegación exagerada del direccionamiento y control de la salud pública en los agentes privados, han generado un sistema desarticulado que funciona como un conjunto de ruedas sueltas, en el cual se ha ido perdiendo el

liderazgo que el sector había obtenido en la promoción de la participación de la sociedad civil y la coordinación intersectorial.

Es llamativo el desconocimiento generalizado de los funcionarios del PAB en relación con los proyectos y programas que realizan funcionarios del POS, y viceversa. No se plantea la indispensable relación que debe existir entre lo individual y lo comunitario; por lo tanto, las acciones no son complementarias y sinérgicas. Se han separado artificialmente las personas de su medio social, lo que además de ser un absurdo conceptual y operativo, conlleva a un despilfarro de recursos asignados para acciones completamente desarticuladas.

Siguiendo este orden de ideas, se hacen necesarias unas palabras adicionales sobre la orientación general del programa y específicamente sobre su dimensión educativa. Es evidente la necesidad de fortalecer una visión de promoción de la salud, como respuesta lógica del sector ante la crisis actual de la sociedad. Una postura centrada en el desarrollo humano, para lo cual las acciones del programa no se pueden quedar en la enfermedad y en el niño. Se requieren también acciones encaminadas a fortalecer el desarrollo de los adultos significativos, para lo cual se precisan concepciones de educación fundadas en la formación y ancladas en la consolidación de oportunidades para la participación de estos en la planeación, ejecución y evaluación de acciones concertadas con las instituciones tendientes a resolver las graves dificultades que deben abordarse en la crianza de los niños. Naturalmente esta no es una tarea solo del sector salud, por lo cual es requisito una acción coordinada y concertada con los otros sectores.

Finalmente, el estudio demostró que no se conocen con precisión los efectos y el impacto del programa sobre la situación de salud de los niños, ni la manera como sus componentes interactúan en su efectividad. Ahora bien, la crisis económica por la que atraviesa el Sistema de Salud, que ha llevado a recortar los componentes de estos programas, tal como se desprende de la Resolución 412, sin los correspondientes estudios de costo-efectividad, podría estar causando la promulgación de programas con limitado efecto sobre “el compromiso de garantizar la salud de los niños” de nuestro país.

Proyecciones y recomendaciones

Al reconocer la importancia de la infancia temprana como período crítico para el desarrollo integral del ser humano y la correspondiente necesidad de invertir en programas de atención a este grupo poblacional y sus familias como instrumento para lograr la equidad y desarrollo social, se hace indispensable reflexionar sobre el papel del sector salud en los programas de crecimiento y desarrollo, para lo cual se proponen las siguientes orientaciones generales:

- Partir de una visión de promoción de la salud basada en el desarrollo humano, promovida desde una perspectiva integral y basada en la coordinación interinstitucional e intersectorial, pues los ambientes de desarrollo del niño abarcan la satisfacción de necesidades de diverso orden. Esto implica avanzar hacia la construcción de una

política de infancia que trascienda las islas sectoriales y garantice los derechos y las libertades de los niños, fortaleciendo las potencialidades individuales, comunitarias y del entorno.

- Centrar la preocupación en el efecto y el impacto de las acciones y no solo en la gestión de los programas, de tal manera que se establezca un verdadero compromiso por mejorar la situación de salud de los niños de nuestro país. Para esto, será fundamental promover la cultura de la evaluación como instrumento de aprendizaje continuo, ante la necesidad de considerar los programas como asuntos dinámicos que requerirán la adecuación permanente y ante las cambiantes condiciones del contexto socioeconómico y político.
- Considerar a los padres y a los adultos significativos como sujetos centrales del programa y no como unos intermediarios de acciones, que pretenden promoverse desde el sector. El bienestar del niño está atado al desarrollo del adulto como ser humano y como puericultor. En este sentido y ante la grave crisis socioeconómicas actual, es fundamental el fortalecimiento de las redes sociales que apoyen a los adultos en la crianza de los niños, fomentadas mediante la gestión de actividades colectivas en el marco de vigorosos procesos de participación social.
- Impulsar una concepción de educación desde la formación, que trascienda la transmisión de conocimientos sobre la prevención de enfermedades, para centrarse en la promoción del desarrollo humano, entendiendo al adulto como agente activo, constructor del conocimiento, en ambientes de aprendizaje que privilegien la reflexión, el diálogo de saberes y el respeto por las diferencias. De esta manera, su interés en el bienestar del niño se convierte en un medio para el desarrollo de conocimientos y habilidades que lo hagan un mejor ser humano, más satisfecho consigo mismo y mejor puericultor.

La buena crianza que un niño recibe será el mejor legado para la construcción de una sociedad más equitativa y humana.

Reconocimientos

A la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín, a la Universidad de Antioquia y al Cinde por haber apoyado de manera decidida la ejecución de esta investigación.

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá: El Ministerio; 2000.
2. LeCompte M. Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas. Revista Electrónica de Investigación y

- Evaluación Educativa [revista electrónica]1995;1(1). Disponible: <http://www2.uca.es/dept/didactica/RELIEVE/>.
3. Metrosalud. Programa de crecimiento y desarrollo por grupos de edad. Medellín: Metrosalud;1999.
 4. Lalinde MI, Vargas JH, Gómez LA, et al. Salud Integral para la Infancia, SIPI: manual de normas técnicas y administrativas. Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia;1993.
 5. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1078 de 2000, mayo 2, por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000. Bogotá: El Ministerio;2000.
 6. 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 el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio;2000.
 7. Sandoval C. Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES-ACUIP;1996.
 8. Woods P. La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa. Barcelona: Paidós;1987.