



Revista Ciencias de la Salud

ISSN: 1692-7273

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Pérez de Mesa, Ruth; Prieto, Franklyn

Una respuesta de la Facultad de Medicina ante la problemática infantil
Revista Ciencias de la Salud, vol. 3, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 85-91
Universidad del Rosario
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230111>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Notas

Una respuesta de la Facultad de Medicina ante la problemática infantil

A Response from a Medical School to the Children's Problematic

Ruth Pérez de Mesa*, Franklyn Prieto†

El quehacer del profesional de la medicina ha evolucionado de tal manera que progresivamente se ha ido incorporando a otros campos del conocimiento y a otros desempeños, entre ellos la investigación comunitaria, el desarrollo de programas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la administración pública, el desarrollo sostenible y la construcción de políticas públicas.

Ese desempeño, sumado a su labor como clínico, se enmarca en la situación actual del país con crisis gubernamental, institucional y social; con descenso ostensible de la calidad de vida, a pesar del aumento en su cantidad (esperanza de vida), y ensanchamiento de la brecha de pobreza y de las iniquidades; con debilitamiento de la familia; con generalización del conflicto armado; con persistencia de otras formas de violencia; con dificultades en el acceso a los servicios, y con enfermedades endémicas y emergentes.

La profundización y expansión de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos, que se traducen en la renovación de las funciones esenciales y nuevas prácticas de la salud pública, obligan a la actualización y renovación de los contenidos curriculares y de las estrategias metodológicas y tecnologías educacionales, dentro de las cuales se encuentra el desarrollo de

una cultura de acción comunitaria directa, como parte de la misión social de las instituciones de formación y capacitación en salud.

Estos nuevos derroteros se han tenido en cuenta en la misión de la Universidad del Rosario de:

... impartir una sólida formación ética y humanista [...] formar integralmente personas [...] actuar en beneficio de la sociedad [...] y lo ratifica cuando expresa en la visión [...] colocada en el centro de los acontecimientos [...] por la capacidad de pronunciarse e influir sobre los eventos que afectan la vida nacional e internacional [...], como resultado del profundo conocimiento, contacto, reflexión e investigación permanentes sobre el significado y trascendencia de dichos acontecimientos [sic]. (1)

Este marco estratégico de la Universidad se proyecta socialmente, porque su pretensión es intervenir en la problemática del país, generando desarrollo y comunidades saludables. Abordar uno de los problemas dentro de la formación

Recibido: septiembre de 2004.

Aceptado: diciembre de 2004.

* Enfermera, MSc en Educación en Salud, MSc en Dirección Universitaria, coordinadora del Área de Promoción de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario. Correo electrónico: ruperez@urosario.edu.co.

† Médico epidemiólogo, MSc en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina, Universidad del Rosario.



Pérez R., Prieto F.

integral que avizora el Plan Educativo Institucional (PEI), puede permitir que el estudiante logre la aprehensión de un problema cercano y común.

La mayoría de los compromisos estatales, soportados por la Constitución colombiana de 1991, abordan una de las etapas de vida sobre la cual el médico ejerce asistencia habitualmente, la etapa de la infancia. Los derechos del niño aparecen como caballo de batalla de políticos y abanderados de los derechos humanos; sin embargo, los derechos más vulnerados en la actualidad son precisamente los de ellos, con aumento de las tasas de maltrato infantil, de las enfermedades evitables relacionadas con la infancia, de la orfandad, del trabajo peligroso o forzado, de su aporte a la violencia y a la delincuencia común y las dificultades para el acceso a los servicios básicos cotidianos.

Atender al niño en su problemática puede constituirse en un lineamiento esencial del desarrollo del estudiante de Medicina, que le permitirá a éste la formación integral y, sobre todo, el actuar sobre un problema específico con costo-beneficio. El niño y su problemática pueden sustentar el papel que tiene el estudiante como ciudadano y como parte del perfil que desea la Universidad para sus egresados:

La nueva [sic] concepción de la salud como bien social da énfasis a los aspectos de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedad, como pauta social y propicia la definición de los roles innovadores para los profesionales que tienen a su cargo el bienestar físico, psicológico y social de los ciudadanos, y a quienes corresponde gerenciar [sic] las nuevas estructuras de funcionamiento de los servicios de salud y de la relación entre el Estado y la sociedad civil para la prestación de dichos servicios. Todo esto como ampliación del ámbito de las responsabilidades

sociales que deben asumir los profesionales de la salud. (1)

La Universidad considera que se debe dar:

... especial atención [...] al estudio de las condiciones ambientales, culturales, sociales y económicas que afectan la salud humana y a las patologías y problemas biopsicosociales que de ella se derivan (sida, drogadicción, entre otras) para desarrollar modelos de intervención y proponer medidas que propicien el bienestar digno de los ciudadanos, teniendo en cuenta las características, condiciones y necesidades de los diferentes grupos etarios con especial énfasis en los niños, las poblaciones de alto riesgo y los grupos de la tercera edad. (1)

Tales propuestas deben ser sostenibles, tener posibilidades de evaluación y generar un verdadero cambio en las condiciones de vida, como el caso específico de la situación del niño. De este modo, los componentes de la acción comunitaria que pretende la Universidad en sus estudiantes incluyen (2):

- La recopilación y divulgación de la información existente sobre proyectos, estrategias y acciones realizadas aislada o integralmente por los estudiantes y docentes, a fin de reconocer los actores involucrados, las debilidades y fortalezas, la información producida y las acciones indicadas, planeadas, desarrolladas y evaluadas.
- El desarrollo de un componente intersectorial que incluya lo político, lo académico, lo comunitario y lo administrativo, que permita una formación integral.
- El liderazgo de los estudiantes en el desarrollo de actividades concretas que redunden en el abordaje adecuado del problema.
- La promoción del empoderamiento de la comunidad, sus líderes, las familias, para la sostenibilidad de las soluciones o su fortalecimiento.

El niño, como capital biológico humano y como recurso para el desarrollo, se aborda ge-





neralmente desde el aspecto de lo patológico, con algunos temas sobre puericultura; sin embargo, es más que un objeto de estudio clínico que permite la valoración de sus características de enfermedad y, en algunas ocasiones, de crecimiento y desarrollo psicomotor. Por ello se pretende que el proceso de formación integral de los futuros profesionales de la salud los coloque de cara a diversas situaciones de orden económico, social y cultural, a modo de determinantes de salud y vida, para que se pueda incidir positivamente en estas condiciones y para que beneficien principalmente al niño, en sus entornos escolar, familiar y comunitario. Esto significa aprehender del contexto en el imaginario y en la realidad, dentro de un sistema dado y unas condiciones que dependen de otros sectores que inciden en la problemática, que no cambia solamente con acciones del sector salud.

Para los estudiantes de medicina, la promoción de la salud es un escenario importante de aprendizaje de doble vía. Los niños, los padres de familia y los maestros logran apropiarse de elementos necesarios para el desarrollo de prácticas saludables que contribuyan a una mejor calidad de vida de los niños, como sujetos principales del trabajo. Los estudiantes de Medicina logran un espacio propicio para tener una dimensión real del ser humano con sus potencialidades, limitaciones, carencias e iniquidades, etc.

Para la Universidad este proceso significa el ejercicio de su misión, como institución comprometida con los procesos sociales, frente a las nuevas exigencias de la educación superior, en cuanto a calidad, eficiencia, humanización y compromiso social. De este modo, el componente de promoción de la salud dentro de la formación integral de los futuros médicos cobra importancia cuando se conceptúa como una forma de dignificar al ser humano desde la salud y la vida, no sólo en las

comunidades, sino también en procesos patológicos hospitalarios y en los momentos de confrontación frente a la muerte, cuando el médico desempeña un papel importante en la recuperación de la salud o en la aceptación de la muerte como parte del proceso normal de la vida, en condiciones de dignidad y respeto.

En este sentido, el concepto de *promoción en salud* va más allá de acciones técnicas e instrumentales, pues es aplicable a todos los estratos sociales, se realiza tanto en espacios comunitarios como hospitalarios y es esencial en todos los procesos de desarrollo del ser humano desde antes de nacer y hasta la muerte (2). Etimológicamente, promoción es la acción de promover y promover es impulsar, subir de nivel, facilitar el acceso, es acción; son acciones coordinadas, articuladas y orientadas hacia una finalidad específica. Para nuestro caso, la calidad de vida de los niños desde el concepto de salud.

No obstante lo anterior, más allá de tratar de definir la salud o de resumir las discusiones milenarias de las diferentes culturas sobre ésta, para el contexto que se está trabajando basta destacar dos aspectos esenciales del concepto de salud: como bienestar y la relación salud-vida.

En primer lugar, la salud como bienestar es la capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del funcionamiento, como sensación placentera y agradable y como garantía y disfrute de una supervivencia digna que implica, mínimo, tres componentes: (a) la satisfacción de necesidades, resueltas favorablemente tanto las básicas como el conjunto de requerimientos físicos, psíquicos, emocionales y sociales del ser humano; (b) la garantía de realización de las potencialidades, en el sentido de poder desarrollar las facultades y aptitudes individuales y específicas en las diferentes áreas intelectuales, artísticas, deportivas, entre otras, y (c) el acceso a las oportunida-



Pérez R., Prieto F.

des, a los recursos económicos y científico-tecnológicos, al saber, a la información que la humanidad ha logrado acumular, a los ámbitos decisorios y a las oportunidades culturales, laborales y políticas. Por todo lo anterior, la dignidad de la supervivencia humana no debe pautarse por los índices y requisitos mínimos y por la línea divisoria de la pobreza, sino por patrones de equidad, excelencia y calidad.

En segundo lugar, la esencial relación salud-vida. Definida sintéticamente, la salud es la vida en presente y positivo. Es la vida que se realiza y acontece ahora en cada uno. Es la potencialidad energética, vital, intelectual y sexual de todos, que se materializa en cada momento. Es esta fuerza, sincrónica interna, organización, intelecto-cuerpo-espíritu, que funciona adecuadamente hoy. Si como ejercicio intelectual se lograra desconectar la salud del polo de la vida, perdería identidad y significado (3).

Un concepto amplio y positivo de salud es el que sirve de base para aproximarnos al de promoción de la salud. No es sólo ausencia de enfermedad o la comprensión, prevención y enfrentamiento de los procesos patológicos, pues cuando hablamos de promoción en salud, implícita o explícitamente, nos estamos refiriendo a defender y a elevar la calidad y la dignidad de la vida, a el logro de acciones dirigidas a multiplicar y democratizar las oportunidades, así como a garantizar la satisfacción de necesidades para más seres humanos. En consecuencia, la promoción de la salud está tan cercana a las luchas por la equidad como de los esfuerzos por hacer posible la paz y la democracia y constituir la defensa de la vida en el gran objetivo individual y colectivo. En países como Colombia esta dimensión de la promoción de la salud cobra actualmente especial relevancia, dados los altos índices de violencia y la consiguiente desvalorización de la vida humana.

Para la promoción de la salud, ubicada específicamente en el trabajo que se realiza con los niños en el ámbito comunitario, es imprescindible el concepto de familia, núcleo básico de la sociedad. Existe una mutua dependencia entre familia y sociedad. Históricamente no ha existido siempre un equilibrio entre ambos, la mayor parte de los problemas que se perciben en el ámbito de la familia pueden atribuirse a las tensiones que se generan entre estos dos polos: el macrocosmos social y el microcosmos familiar.

Desde lo político, la Constitución de Colombia de 1991 señala que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. El Estado y la sociedad deberían garantizar la protección integral de la familia; sin embargo, ni con la existencia de algunas disposiciones especiales se observan políticas orientadas hacia tal fin, por el contrario, siguen estando sectorizadas.

Ante la problemática creciente del niño en Colombia, a pesar de constituirse en una prioridad constitucional, es evidente que ésta no ha sido llevada con la suficiente consistencia y sostenibilidad al ámbito académico, mucho menos en el ámbito del adiestramiento médico, en el que es difícil alejarse del esquema 'biologicista' dominante, que aborda al individuo como una máquina enferma que puede ser arreglada. Responder a dicha problemática constituye un reto para la formación integral del profesional de la salud en un esquema de intersectorialidad, humanismo y contacto estrecho con la realidad. Permanecer inmerso e impaciente ante la situación de la infancia es un buen punto de partida para el control.

El 3% de la población de Colombia es menor de un año de edad y un tercio es menor de quince años. La tasa de mortalidad infantil es de 33 por cada 1.000 nacidos vivos. Las enfermedades prevalentes como gastroenteritis, infecciones respiratorias, accidentes caseros y parasitismo





son prevenibles, al igual que problemas ocultos o muy subregistrados, como maltrato infantil, desnutrición, problemas de comunicación y deficiencias en el desarrollo. Además, los menores presentan cada vez más participación en la carga de enfermedad por trauma secundario a violencia y accidentalidad casera o de tránsito, directamente como víctimas, victimarios o huérfanos (4-5).

Los niños en Colombia son las principales víctimas de la violencia y de la crisis política e institucional del país, y sus derechos son violados constantemente. Un total de 6'500.000 (39%) niños viven en la pobreza; anualmente mueren 25.000 en el primer año de vida y 30.000 de los menores de cinco años; las oportunidades de salud, educación, nutrición y bienestar son menores entre los niños indígenas y afrocolombianos; 1'700.000 niños entre 12 y 17 años de edad son trabajadores, de los cuales el 25% lleva a cabo trabajos peligrosos o de alto riesgo, y 3'344.541 niños no tienen acceso a cuidados de salud de calidad (6).

Además, 2'508.406 niños que tienen la edad para ingresar al primer grado se encuentran por fuera del sistema educativo. Entre 1995 y 2002 más de 1'000.000 de personas fueron desplazadas forzosamente, de los cuales el 65% eran niños, niñas y jóvenes. 6.000 niños hacen parte de las filas de combatientes del conflicto. Cinco niños son asesinados cada día, en promedio, y doce mueren como resultado de accidentes o de violencia. 850.000 niños son abusados en una forma grave y constante. Se calcula que hay 30.000 niñas y niños habitantes de la calle.

El Área de Promoción y Prevención del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina ha generado, desde 1998, estrategias tendientes a disminuir el impacto del maltrato infantil en todas sus formas y a promover el afec-

to mediante acciones realizadas por estudiantes de Medicina en su práctica comunitaria, en los primeros semestres de pregrado, que involucran la interdisciplinariedad e interinstitucionalidad (como red de apoyo), como pilares de la atención primaria en salud (2).

Los aspectos que se han abordado de esta problemática infantil, teniendo en cuenta el perfil que desea la Universidad para sus egresados, incluyen:

1. Caracterización del niño y su familia: diagnóstico sociodemográfico, estructural, patológico, de factores de riesgo individuales y ambientales y de comportamientos saludables que constituyen una línea de base para el seguimiento y evaluación de las intervenciones sanitarias.
2. Detección del maltrato infantil y sus diferentes tipologías: que consta del diagnóstico, la intervención inicial, su notificación, remisión y seguimiento. Esta acción facilita la implementación, construcción, reactivación o participación en redes comunitarias de promoción del afecto.
3. Desarrollo psicomotor normal y anormal de los niños (puericultura): es la generación de habilidades para el diagnóstico del desarrollo psicomotor en sus componentes motriz, cognitivo y de la conducta de los niños abordados, así como el diseño de protocolos familiares para la estimulación precoz o la recuperación oportuna de niños con problemas de desarrollo. Esta evaluación abarca componentes de salud visual, auditiva, bucodental y otorrinolaringológica. La instrucción sobre puericultura, basada en las diferentes modalidades de desarrollo, mejora el concepto de atención en salud por los estudiantes con proyección a su desempeño profesional.





Pérez R., Prieto F.



4. Promoción del afecto y relación comunidad-familia-escuela-niño: es el desarrollo de espacios que constituyan al niño como prioridad dentro de los programas que gestione y lidere la comunidad. Muchos de estos espacios mejoran el papel de los padres, la comunidad, los dirigentes y los niños.
5. Recreación desde la salud: facilitación de actividades que permitan al estudiante incorporarse a la comunidad mediante lo lúdico, lo cultural, lo deportivo y lo estético. Dicho acercamiento mejorará la participación de padres y niños. Es una tarea que está en proceso de construcción.
6. Habilidades para vivir: abordaje de la educación de los niños como una prioridad, en que se cambian las formas pedagógicas verticales utilizadas, se cuestionan los conceptos de masculinidad/feminidad o agresivo/pasivo, se habilita para la autodeterminación y responsabilidad, se promueve la igualdad y la equidad, se reduce la violencia, se fomenta la tolerancia y la comprensión, mejore la asertividad y se reconozcan sus derechos. Uno de los trabajos cardinales, partiendo de *Sueños y esperanzas por la vida y por la paz*, de la política distrital *Vida Sagrada*, trabaja convivencia en la escuela como una forma de intervenir la violencia que se genera en este espacio de socialización diferente al hogar.
7. Atención integral de las enfermedades prevenibles de la infancia (AIEPI): incluye la participación de los servicios de salud y la comunidad mediante tres componentes. Estos mejoran el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y su tratamiento, los servicios de salud para una atención apropiada y las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y

atención de la niñez. Esta estrategia incluye temas sobre inmunizaciones, nutrición, signos de alarma, riesgo y accidentalidad y atención primaria familiar, mediante un módulo de Medicina Familiar (7).

8. Escuela saludable: crea condiciones para el desarrollo integral de los alumnos y comunidad educativa, estimula la integración transversal de contenidos de salud en los currículos, facilita la participación y el uso de recursos comunitarios para promover la salud e influye a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociada con enfermedades cardiovasculares, salud mental, cáncer y accidentes, así como la prevalencia de sus factores de riesgo y condicionantes (8).

Todas estas estrategias llevan un grado diferente de desarrollo, que va desde el rango de la implementación hasta el requerimiento de la evaluación. Entre los productos que se esperan, algunos de los cuales están en su fase intermedia o avanzada, están el diagnóstico de la situación de los niños y sus familias; el fortalecimiento de la participación representativa de la Universidad con buena aceptación y credibilidad en la red de promoción del buen trato de la Localidad de Barrios Unidos (Localidad 12) de Bogotá D. C.; la generación de propuestas que tengan como eje al niño e involucren a la familia, la escuela, la comunidad y las autoridades, y la producción de nuevos enfoques de abordaje en la relación del médico con los sujetos del proyecto, integrados en el currículo de lo social (salud pública).

En la actualidad se está desarrollando un proyecto interinstitucional interdisciplinario con la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca y las carreras de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Medi-



cina de la Universidad del Rosario, que ha obtenido como productos:

1. Formato básico de evaluación individual y colectiva.
2. Propuesta lúdica “Bienestarópolis” para el trabajo interdisciplinario.
3. Valoración, atención, seguimiento y evaluación de 500 niños.

Es una propuesta para fortalecer y generar el consenso de lo clínico con lo social, lo biopsicosocial,

en la obligación moral de la Universidad con los niños. Es una propuesta en formación, que cuenta con el apoyo necesario de las directivas de la Facultad, de los docentes y de los estudiantes, comprometida con la comunidad y concertada con ésta, que cuenta con credibilidad y respaldo. Es una propuesta por los niños, a los que nos debemos, para mostrar una Universidad comprometida, sobre todo, con la formación de un médico más sensible y vinculado estrechamente con la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Universidad del Rosario. Proyecto Educativo Institucional (PEI). Bogotá: Centro Editorial Rosarista; 2001.
2. Universidad del Rosario. Construcción del concepto de promoción de la salud en la Facultad de Medicina [documento de trabajo]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2000.
3. Franco S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1995. p. 1-50.
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Informe de Colombia: seguimiento de la Cumbre Mundial a favor de la infancia 1990-2000. Bogotá: ICBF; 2002.
5. UNICEF. Panorama: Colombia. En: UNICEF. Resumen oficial del informe sobre el estado mundial de la infancia 2003. Ginebra: UNICEF; 2003.
6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Estadísticas. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal; 2002 [fecha de acceso 10 de diciembre de 2004]. Disponible en URL: http://www.medicinalegal.gov.co/paginanezw_crnv/crnv_ppal1.htm
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco conceptual del curso AIEPI para agentes comunitarios de salud. Washington: OPS; 2001.
8. Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Escuela saludable: talleres y módulos. 1st ed. Bogotá: Editorial Universidad Nacional; 1999.

