



Salud Uninorte

ISSN: 0120-5552

saluduninorte@uninorte.edu.co

Universidad del Norte

Colombia

Hernández Rincón, Erwin; Parra Beltrán, Leonardo; Correal Muñoz, Camilo
Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva
desde un estudio regional

Salud Uninorte, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 284-294

Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138009>

- ▶ 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

Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional

Training needs for comprehensive early childhood development: perspective from a regional study

Erwin Hernández Rincón¹, Leonardo Parra Beltrán², Camilo Correal Muñoz¹

Resumen

Objetivo: Caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación de profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de niños menores de 6 años, en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia).

Métodos: Estudio descriptivo mixto (cuantitativo y cualitativo) mediante entrevistas ($n=126$) y grupos de discusión ($n=3$) con profesionales en formación, entrevistas a informantes clave ($n=3$), revisión de contenidos de planes de estudio ($n=9$), encuestas a profesionales de la salud ($n=111$) y acompañantes ($n=111$) y revisión de historias clínicas ($n=54$) relacionadas con la atención de niños menores de 6 años. Los resultados se analizaron según cuatro dominios: Preparación para la vida, Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, Seguridad e integridad corporal y Educación inicial.

Resultados: Se destaca la inclusión de contenidos sobre preparación para la vida y prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, como también la orientación del currículo hacia la atención integral; así como la ausencia de contenidos sobre seguridad e integridad corporal y sobre educación inicial. Un elemento importante de la atención integral hace referencia al conocimiento de los signos de alarma por parte de las familias; pero un 40 % de estas familias no han recibido esta información por parte de profesionales de la salud. Por último, el entorno, redes de apoyo y otras vulnerabilidades son poco exploradas en los servicios de salud.

Conclusiones: En programas de formación en salud se destaca la orientación hacia la atención integral. Atención integral que se puede fortalecer en el profesional de la salud en formación desde las capacidades del ser y saber.

Palabras clave: recursos humanos en salud, educación en salud, atención primaria en salud, salud del niño.

Fecha de recepción: 9 de noviembre de 2014
Fecha de aceptación: 15 de febrero de 2015

¹ Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), de la Facultad de Medicina, de la Universidad de La Sabana, Colombia

² Profesor de la Escuela Colombiana de Medicina, de la Universidad El Bosque, Colombia.

Correspondencia: Erwin Hernando Hernández Rincón, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puente del Común, Chía (Colombia). Teléfono: 8615555, ext. 23315. erwinhr@unisabana.edu.co

Abstract

Objective: To characterize the strengths and weaknesses of the training programs of health professionals for the development of skills in Healthcare for Integral Development (HID) in early childhood, in 16 municipalities of Cundinamarca and Boyacá (Colombia).

Methods: A mixed-methods descriptive study (quantitative and qualitative), carried out through interviews ($n = 126$) and focus groups ($n = 3$) with health professionals in training, key informant interviews ($n = 3$), revision of curriculum content ($n = 9$), surveys of health professionals ($n = 111$) and companions ($n = 111$), and medical record review ($n = 54$), related to the care of early childhood. The results were analyzed according to four domains: preparation for life, everyday practices for health care, safety and bodily integrity and early education.

Results: It is highlighted the inclusion of content on life skills and daily practices for health care, as well as the orientation of the curriculum toward comprehensive care; and the absence of contents on security and bodily integrity, and early education. An important element of comprehensive care refers to the knowledge of the warning signs on the part of families, but 40 % of these families have not received this information from health professionals. Finally, the environment, support networks and other vulnerabilities are little explored in health services.

Conclusions: It is highlighted the orientation toward comprehensive care in health training programs. Comprehensive care can strengthen the health professional training from the capabilities of being and knowing.

Keywords: health manpower, health education, primary health care, child health.

INTRODUCCIÓN

Son múltiples los actores involucrados en el desarrollo de los niños menores de 6 años, y todos deben confluir de manera oportuna y armónica para promover mayores posibilidades de desarrollo personal, social y fortalecer el capital humano de los países. Entre estos se destacan la familia, la comunidad, la escuela, los servicios sanitarios, la sociedad organizada y las instituciones gubernamentales, entre otros (1, 2).

Este estudio surgió como parte de una investigación para el fortalecimiento de programas de pregrado y posgrado en salud, conducente a la formación de investigadores a nivel de maestría en el cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de los niños menores de 6 años, que hace parte del programa de investigación “Por un Inicio Parejo de la Vida (IPV)”, en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia).

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación de profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en CSDI de niños menores de 6 años.

Colombia es un país con diversidad en su perfil epidemiológico, en donde las enfermedades crónicas han aumentado en los últimos años, sin superar las de tipo infeccioso(3); en la población infantil predominan las enfermedades infecciosas (enfermedades respiratorias, diarrea)(4) abordadas desde AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)(5), y a su vez, en este grupo poblacional se debe iniciar el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles desde el enfoque de la preventión primordial(6).

La Atención Primaria en Salud (APS) se presenta como una estrategia exitosa para el manejo integral de las enfermedades de la

población(7), mediante un abordaje de promoción de salud y prevención de la enfermedad, contemplando los problemas de la comunidad, las condiciones del contexto y factores que limitan la calidad de vida(8).

Respecto a estas realidades los currículos de los programas medicina a nivel de pregrado parecen estáticos, fragmentados, y hasta obsoletos. La formación no responde a las necesidades de los pacientes, y menos aun a las de la comunidad: hay falta de compromiso social de muchas escuelas de medicina con la salud de la población; persistencia de énfasis en el modelo biomédico; deficiencia de conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS; el aprendizaje está concentrado en la práctica en hospitales; hay insuficiente formación para el trabajo en equipo y en humanismo; el enfoque de los problemas corresponde a miradas técnicas que carecen de una comprensión contextual amplia; se pretende proveer salud a partir de encuentros episódicos más que de cuidados continuos(9).

Para garantizar un modelo de atención integral, universal, equitativo y de calidad, centrado en la persona, que responda a las necesidades de la población, con énfasis en la prevención de la enfermedad, que considere los determinantes de la salud y los factores de riesgo, que esté enmarcado en la participación comunitaria para la cogestión y corresponsabilidad de la salud, se requiere formar a los profesionales de la salud en esta dirección, generar políticas que hagan posible el desempeño adecuado de los profesionales formados, y desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de educación superior y los servicios de salud, que permitan adecuar la formación de los profesionales de la salud para un modelo de atención integral, entre otros aspectos (10, 11).

El objetivo de este estudio fue caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación y las prácticas de los profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de niños menores de 6 años, a partir de las necesidades identificadas en un estudio regional en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá.

MÉTODOS

Estudio descriptivo mixto que combinó técnicas de recolección cualitativas y cuantitativas para: 1) identificar en los currículos de los programas de salud seleccionados y los contenidos y las prácticas que promueven el CSDI de niños menores de 6 años; 2) identificar las necesidades de formación en los profesionales de la salud desde su propia perspectiva y la de los acompañantes de los menores de 6 años que acuden a consulta, que promuevan el desarrollo de competencias orientadas al CSDI de niños menores de 6 años; 3) analizar las relaciones que pudieran existir entre las necesidades de formación identificadas y los contenidos y las prácticas profesionales observadas en los currículos de los programas de salud incluidos en el estudio, y 4) proponer una estrategia socialmente construida para el fortalecimiento de competencias profesionales e investigativas en los estudiantes de los programas del área de la salud y en los profesionales en ejercicio orientadas al CSDI de niños menores de 6 años.

Se encuestaron (n=126) y realizaron grupos de discusión con profesionales en formación (n=3), se entrevistaron a informantes clave (n=3, pediatras), se revisaron los contenidos de los planes de estudios (n=9) de los programas del área de la salud afi-

nes y ubicados en el área de influencia del proyecto (departamentos de Cundinamarca y Boyacá), y se aplicaron cuestionarios a profesionales de la salud en ejercicio (n=111) y a los acompañantes de los menores de 6 años que acuden a consulta (n=111); además se revisaron las historias clínicas (n=54) de estos menores de 6 años que asisten a la consulta, y la información resultante fue organizada en categorías de análisis.

Para recolectar los datos se diseñaron los instrumentos de acuerdo con los *dominios* establecidos a partir del enfoque de capacidades de Martha Nussbaum (12-14) y los referentes teóricos relacionados con la formación de profesionales de la salud en CSDI de niños menores de 6 años. Estos dominios son: *preparación para la vida, prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, seguridad e integridad corporal y educación inicial* (tabla 1).

Tabla 1. Categorías de Análisis para la identificación de fortalezas y debilidades de los profesionales de la salud en Cuidado de la Salud para el Desarrollo Integral (CSDI) de niños menores de 6 años

Dominios	Categorías
Preparación para la vida	Condiciones de la gestación y el parto
	Condiciones del recién nacido
	Alimentación y nutrición
	Vivienda
Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud	Entornos cotidianos (Vivienda y uso del espacio público), calle, parque, barrio, saneamiento básico
	Calidad de la atención y educación para la promoción de prácticas saludables
	Asociación humana - Relaciones e interacciones

Continúa...

Dominios	Categorías
Seguridad e integridad corporal	Protección y restablecimiento del entorno de derechos
	Funcionamiento de redes de apoyo para el hogar, las niñas y los niños
	Identificación de niñas y niños con necesidades específicas
Educación inicial	Juego
	Estimulación / qué hacen y qué han aprendido sobre estimulación

Los datos recolectados se codificaron y categorizaron de acuerdo con los *dominios*. Los datos recolectados a partir de técnicas cuantitativas se codificaron y categorizaron manualmente y se calcularon medidas de tendencia central. Los datos de origen cualitativo se codificaron y categorizaron usando el programa Nvivo10 (QSR International. Melbourne, Australia). Una vez codificados y categorizados los datos cuantitativos y cualitativos se triangularon para identificar las relaciones existentes entre las necesidades de formación identificadas, los contenidos curriculares y las prácticas profesionales.

Cada instrumento contó con consentimiento informado y la aprobación de los estudiantes de salud, los acompañantes, los profesionales en ejercicio, como también el consentimiento institucional de las instituciones de salud y las instituciones universitarias.

RESULTADOS

Planes de estudio, estudiantes en formación y entrevistas a informantes clave

Se observa que los programas de formación analizados tienen una orientación a la Atención Integral y al cuidado de la salud.

Se destaca la inclusión de contenidos sobre Preparación para la vida y Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, como también la orientación del currículo hacia la Atención Integral.

En debilidades se destaca la ausencia de contenidos sobre Seguridad e Integridad Corporal y sobre Educación Inicial, como también programas centrados en especialidades biomédicas.

Se observa que la consolidación de las competencias para la atención integral y el cuidado de la salud es afectada, de manera positiva o negativa, por diferentes razones: 1) el conocimiento fundamental se enseña de manera fragmentada; 2) el proceso de enseñanza-aprendizaje está orientado hacia las especialidades biomédicas; 3) los escenarios de práctica están centrados en una atención especializada y curativa; 4) la formación médica previa de los docentes en los escenarios de práctica; 5) una atención integral en salud que no contempla la salud oral y psicológica, y 6) la voluntad política de los administradores en salud y el modelo de atención del país.

Preparación para la vida y prácticas cotidianas para el cuidado de la salud:

Un porcentaje (36 a 45%) de los profesionales de la salud manifestó que realiza actividades orientadas a promover la salud y prevenir la enfermedad (control prenatal, crecimiento y desarrollo, consulta externa a gestantes, entre otras). De dicho porcentaje, la mayoría (88 a 97%) afirmó que sigue formatos o protocolos para realizarlas. Asimismo, del 85 al 95% de los acompañantes mencionó que recibió atención de los programas de salud materno-infantil (programa de crecimiento y

desarrollo, control prenatal, parto y postparto), y de estos, el 62 al 73% recibió educación sobre promoción de la salud.

De manera variable (del 40 al 70%) los profesionales de la salud consideran que tienen elementos para realizar Atención Integral por ciclos vitales (parto, recién nacido, población infantil).

La mayoría de los profesionales de la salud mencionaron que enseña signos de alarma sobre programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (83 a 97%). En este mismo aspecto, un 67 a 78% manifestó que cuenta con el tiempo necesario en consulta para hacerlo. En ese sentido, los acompañantes expresaron que han recibido educación sobre signos de alarma entre un 71 a 90% (sobre crecimiento y desarrollo, enfermedad respiratoria, deshidratación, control prenatal), educación recibida en el 55 a 60 % por parte de los profesionales de la salud.

Entre 49 al 69% de los profesionales expuso que ofrece servicios integrales (prevención del maltrato, crecimiento y desarrollo, alteraciones del embarazo, vacunación).

Los profesionales manifestaron que ofrecen servicios (88%) para abordar signos de alarma (menores de 2 años, enfermedad respiratoria, deshidratación).

Las facultades analizadas tienen una orientación a la atención integral y al cuidado de la salud, reflejada en los contenidos de diferentes asignaturas que tienen el propósito de enseñar conocimientos fundamentales que promuevan la Preparación para la vida y las Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud de la mujer gestante, del recién nacido y de los niños menores de 6 años.

La mayoría de contenidos curriculares, excepto los de psicología y odontología, incluyen los conocimientos fundamentales relacionados con la gestación, el parto y el recién nacido.

En la mayoría de los contenidos curriculares se incluyen parcialmente los conocimientos fundamentales relacionados con la alimentación y nutrición de los niños menores de 6 años. Sin embargo, el conocimiento sobre alimentación y nutrición que tienen los estudiantes de ciencias de la salud es variable. Por ejemplo, unos afirman que la alimentación con leche materna debe ser hasta los 6 meses, otros hasta los 12 y otros hasta los 24.

Seguridad e Integridad

El 51% de los profesionales de la salud mencionó que conoce la normativa de infancia y adolescencia. Contrario a lo que pasa en los acompañantes, los cuales en un 72% manifestaron que no conocen sobre la Ley de infancia y adolescencia.

Los profesionales expresaron de forma variable (40 al 72%) que tienen competencias transversales (salud pública, comunicación, educación en salud, derechos de los niños). Los acompañantes destacaron que conocen en un 90% los derechos de los niños, los cuales fueron conocidos en un 40 % por parte del profesional.

El 70% de los profesionales manifestó que conoce los elementos de una vivienda saludable. Contrario a lo que expresaron los acompañantes, quienes en un 63% dijeron que no se les ha preguntado sobre condiciones de vivienda.

Hay un conocimiento moderado de las redes de apoyo (50%), y se destaca que el 85 % de

los acompañantes manifestó que en consulta no se ha hablado del tema.

Se observa poca presencia o ausencia de asignaturas que integren conocimientos fundamentales relacionados con la Seguridad e integridad corporal y la Educación inicial de los niños menores de 6 años y de sus cuidadores.

La mitad de los contenidos curriculares incluyen asuntos relacionados con el maltrato infantil, sobre todo en los aspectos legales y normativos.

Educación inicial

Los profesionales mencionaron el juego como elemento fundamental de la educación inicial (89%). Al respecto los acompañantes manifestaron que, en consulta, en un 68% se les ha hablado del buen trato o crianza.

Se destaca a AIEPI como un componente importante que se debe fortalecer para fomentar el CSDI, al igual que elementos de nutrición, crecimiento y desarrollo y humanización de servicios de salud en el caso de los profesionales. Esto fue destacado por los acompañantes, quienes expresaron que requieren información adicional sobre nutrición, enfermedades, crecimiento y desarrollo y maltrato infantil.

Para los profesionales, internet es la principal fuente de consulta sobre temas de primera infancia (49%). En el caso de los acompañantes, indicaron que consultan a familiares o a amigos ante problemas de CSDI en un 63%.

Se observa poca presencia o ausencia de asignaturas que integren conocimientos fundamentales relacionados con la Seguridad e integridad corporal y la Educación

inicial de los niños menores de 6 años y de sus cuidadores.

La mayoría de programas revisados incluyen metodologías de enseñanza y aprendizaje, didácticas, teorías del aprendizaje orientadas a promover competencias comunicativas. Sin embargo, los estudiantes reconocen los contenidos pero manifestaron que no se consolida la competencia.

En los contenidos curriculares, excepto odontología, se incluyen de manera explícita conocimientos fundamentales, métodos y metodologías relacionadas con la promoción y la educación sobre estimulación. A pesar de que los estudiantes corroboran los contenidos propuestos en el plan de estudio, desconocen la definición de “educación inicial”.

Domino transversal

La mayoría de acompañantes son madres, quienes consultan en su mayoría a un centro de salud ante problemas de salud de los niños, la mayoría (56%) afirmó que lo hace por la confianza y credibilidad.

Por último, al indagar sobre oportunidades de mejoramiento en CSDI hubo diversidad en las respuestas, destacando fortalecimiento en AIEPI (12,6%), alimentación, crecimiento y desarrollo (9,9%), humanización de servicios (4,5%) y actividades promoción y prevención (8,2%). Adicionalmente se destaca a Internet como la fuente de búsqueda principal en un 45% en caso de presentar dudas o requerir información sobre salud de la primera infancia.

DISCUSIÓN

Al revisar los datos obtenidos se destaca de manera importante la orientación de los distintos programas de salud hacia la atención

integral y al cuidado de la salud. La literatura establece que esta atención integral hace parte de los elementos centrales de la APS, orientada a atender las necesidades de la población, que incluyen la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, la curación, la rehabilitación, la atención paliativa, el apoyo al autocuidado, y que vincula y coordina todo el sistema de salud y sus niveles de atención (15, 16).

Por otro lado, en la revisión de los distintos contenidos se pudo evidenciar la inclusión de contenidos fundamentales en los dominios de Preparación para la vida y Prácticas cotidianas, dominios en los que se incluyen elementos para el cuidado de la salud de la mujer gestante, recién nacido y niños menores de 6 años.

En ese mismo sentido, la revisión también refleja oportunidades de mejoramiento en conocimientos fundamentales en los dominios de Seguridad e integridad corporal y Educación inicial; dominios en los que se incluyen elementos normativos de los niños, estimulación, juego y elementos relacionados con el proceso de enseñanza y aprendizaje entre profesional de salud y cuidadores.

Se destaca la orientación hacia la atención integral y al cuidado de la salud en la formación de recursos humanos en salud, evidenciada en las competencias del saber.

Es necesario adoptar nuevas estrategias educativas, como la que describe el currículo integrado (17), en el que se propone el “abandono de la concepción del alumno - receptor de información” para dar paso a la idea del “alumno -constructor de su conocimiento”(18), autónomo, en la que es protagonista de su proceso de aprendizaje, con el apoyo cercano y constante de un cuerpo docente

formado en diferentes disciplinas, como en pedagogía (19, 20).

Como se destaca en los resultados, la adquisición de competencias relacionadas con conocimientos fundamentales hacia la atención integral se ve afectada por varios factores; entre ellos la fragmentación de los contenidos, la orientación de enseñanza biomédica hacia la especialización, escenarios de práctica centrados en modelos especializados y curativos, poca formación previa de los docentes, la concepción de la atención integral, y la integración entre la política y la prestación de servicios de salud.

Es importante fomentar modelos de atención que no sean fragmentados; iniciando con la formación adecuada de los profesionales de la salud, que deben adquirir competencias en APS, salud pública y determinantes sociales (21).

En el dominio de Preparación para la vida se destaca la inclusión de elementos de embarazo, parto y recién nacido. Aunque esta investigación no pretendió evaluar si el contenido fundamental se enseña, esta situación nos sugiere una distancia entre lo que se enseña y lo que aprende el estudiante; producto de la fragmentación del conocimiento fundamental enseñado, tal como se observa en el plan de estudios de los diferentes programas revisados.

Se establece la importancia de formar profesionales cualificados y competentes en atención prenatal, embarazo, parto y recién nacido. Debido a la relevancia de ello (22). También se resalta que los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo social y psicológico, y orientación y educación a los pacientes, familias y comunidades, y la importancia de lograr servicios de salud hu-

manizados, para lo que se requiere sinergias y la integración de todos los niveles, debido a la fragmentación de muchos sistemas de salud (23).

En el dominio de Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud se observa diversidad en los conocimientos e inclusión de los contenidos curriculares en elementos de nutrición y lactancia materna.

Esta variabilidad puede ser producto del lugar de práctica y del docente del estudiante. Esta situación revelaría la distancia entre teoría y práctica. Sin embargo, es importante resaltar que todo conocimiento debe ser aplicado de manera flexible; afirmación que cuestiona los “modelos” propuestos de lactancia, alimentación complementaria e infantil.

Es fundamental el papel que juegan los profesionales de la salud para fomentar la lactancia materna (24), y se destaca la importancia de formar equipos de salud en la práctica hospitalaria bien entrenados en el tema (25), los cuales no deben centrarse solo en el aspecto biológico (26). Adicionalmente, se recomienda involucrar a múltiples profesionales de la salud (nutricionistas, pediatras, entre otros) en actividades para fomentar la adecuada nutrición y lactancia materna (26, 27).

También en el dominio de Prácticas cotidianas se destaca la no inclusión de conocimientos fundamentales de crecimiento y desarrollo, conocimientos que sin embargo los estudiantes sí reflejan. Al respecto, está establecida la importancia de adquirir las competencias para poder educar a las madres y a las familias sobre elementos de crecimiento y desarrollo, participando activamente en debates con los profesionales de la salud (28).

Por otro lado, se destaca que para fomentar un proceso de crecimiento y desarrollo es fundamental el fortalecimiento de virtudes y experiencias cotidianas; las cuales contribuyen a fortalecer el cuidado (estimulación del lenguaje, atención, juego y contacto físico), elementos que deben ser conocidos por el profesional de la salud (29-31).

En el dominio de Seguridad e integridad corporal se pudo observar inclusión parcial de elementos normativos. Si bien los estudiantes conocen *grosso modo* los aspectos de la ley y la normatividad de infancia, aceptan sus limitaciones para identificar en la práctica los signos de maltrato infantil.

Es importante el conocimiento de los temas de maltrato, negligencia y abuso infantil, y se destaca la interacción estudiante de profesionales de la salud con los padres, para fortalecer habilidades de comportamiento (32).

Por otro lado, los elementos de Seguridad e integridad corporal requieren un abordaje en la formación de salud más humanizado, que permita generar una atención que involucre a múltiples actores (23, 33).

Y en el dominio de Educación inicial, en los programas revisados se evidencia el interés de incluir elementos de enseñanza y aprendizaje; elementos respecto a los cuales que los estudiantes reconocieron que no adquieren adecuadamente la capacidad. Esto obedece en parte a la fragmentación de los conocimientos fundamentales y a la priorización de la mirada clínica, patológica y curativa sobre otros aspectos de lo humano y de lo colectivo, que van en detrimento de la atención integral.

Varios estudios resaltan la importancia de adquirir competencias educativas orientadas a fomentar el adecuado CSDI, y demuestran

que profesionales mejor capacitados tenían mayor interés y posibilidad de educar a las madres y familias desde la gestación, parto, nacimiento, crecimiento y desarrollo y su cuidado (estimulación del lenguaje, atención, juego y contacto físico), lo cual redunda en mejores condiciones de salud para la primera infancia (28, 29, 30, 31).

Por otro lado, el profesional de salud en el cuidado del niño debe hacer parte de la red social del niño (profesionales, familias, comunidad e instituciones)(2, 20, 34).

Haciendo la revisión de los programas de formación en salud de la zona, las facultades analizadas tienen una orientación a la atención integral. Sin embargo, la atención integral requiere que además de la adecuada formación de los profesionales, los servicios de salud sean adecuados, tengan esa orientación, y ofrezcan los espacios y tiempos necesarios para que sea posible generar esta atención.

Este estudio se centró en la importancia de la atención integral en el CSDI de la primera infancia. Atención integral que se puede fortalecer en el profesional de la salud en formación desde las Competencias del ser y saber; las Competencias del saber hacer se determinarán en una etapa posterior del proyecto.

Declaración

Este estudio hace parte del proyecto de investigación “Programa para la construcción de una red social de conocimiento orientada al cuidado de la salud para el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años en la Región Sabana Centro de Cundinamarca y 5 municipios de Boyacá (Colombia)”; fue financiado por Colciencias, convocatoria

n° 537 de 2011, y ejecutado por la Unión Temporal “Alianza por un Inicio Parejo de la Vida”, conformada por la Universidad de La Sabana, Fundación Corona, Fundación Santa Fe de Bogotá y Organización para la Excelencia en Salud. Realizado entre junio de 2012 y noviembre de 2014.

Agradecimientos

Se agradece a los investigadores que estuvieron involucrados en algunas fases del proyecto (formulación del anteproyecto, recolección de datos): Jorge Pinzón, Diana Restrepo, Luz Ángela Calderón e Inés Botero Uribe.

REFERENCIAS

1. Neves E, Cabral I, Silveira A. La red familiar de niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para la enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21(2): 562-70. DOI: 10.1590/S0104-11692013000200013
2. Sousa FG, Erdmann A. Qualifying child care in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5): 795-802.
3. Bernal O, Forero JC, Villamil MP, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31(3): 181-7.
4. Ramos E. Transición Epidemiológica en Colombia: De las Enfermedades Infecciosas a las No Trasmisibles. *Rev.cienc.biomed* 2012; 3(2): 282-90.
5. Díaz M. Introducción del Manual de Enfermedades Prevalentes de la infancia en la enseñanza de Enfermería en Cuba. *Rev Cubana Enferm* 2012; 28(2): 118-24.
6. Sánchez M. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Pediatr* 2011; 67(4): 223-29.
7. Vine M, Hargreaves MB, Briefel RR, Orfield C. Expanding the role of primary care in the prevention and treatment of childhood obesity: a review of clinic- and community-based recommendations and interventions. *J Obes* 2013; 1-17. DOI: 10.1155/2013/172035
8. Tapp H, Dulin M. The science of primary health-care improvement: potential and use of community-based participatory research by practice-based research networks for translation of research into practice. *Exp Biol Med* 2010; 235(3): 290-9. DOI: 10.1258/ebm.2009.009265
9. Organización Panamericana de la Salud. La formación médica orientada hacia la Atención Primaria en Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Salud. Estrategias para los equipos de APS. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Toronto: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2005. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf
12. Lazenby M. On the humanities of nursing. *Nurs Outlook* 2013; 61(1): e9-14. DOI: 10.1016/j.outlook.2012.06.018.
13. Vélez A. Por un sistema de salud que garantice la protección del derecho: un requisito de justicia social. *Hacia promoc. Salud* 2011; 16(1): 145-55.
14. Alvarez AA. The cross-cultural importance of satisfying vital needs. *Bioethics* 2009; 23(9): 486-96. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2009.01761.x
15. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2010.
16. World Health Organization. Declaration of Alma Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978.

17. Epstein R, Hudert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287 (2): 226-35. DOI: 10.1001/jama.287.2.226
18. Davini MC. *Métodos de enseñanza*. Buenos Aires: Editorial Santillana; 2008.
19. Pérez R, Fajardo A, Navarrete G, Avendaño C. Experiencia pedagógica interdisciplinaria para la formación de recurso humano en salud, centrada en la promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad. *Rev. cienc. Salud* 2006; 4(supl.1): 82-92.
20. D'Artibale E, Rodrigues B, Marcon S, Bercini L, Higarashi I. Child, family, and multidisciplinary team: intersections of care - an exploratory study. *Online braz. j. nurs* 2010; 10(3).
21. Suárez J, Godue C, García JF, Magaña L, Rabionet S, Concha J et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 34 (1): 47-53.
22. Penny S, Murray SF. Training initiatives for essential obstetric care in developing countries: a 'state of the art' review. *Health Policy Plan* 2000; 15(4): 386-93.
23. Versiani C, Mendonça J, Vieira M, Sena R. Safe motherhood: reported experience. *Rev. APS2008*; 11(1): 109-14.
24. Martín S, del Cura I, Sanz T, Arana C, Ruíz Mayor M, Alvarez M et al. Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 144. DOI: 10.1186/1471-2296-12-144.
25. Caldeira A, Fagundes G, Aguiar G. Educational intervention on breastfeeding promotion to the Family Health Program team. *Rev Saude Pública* 2008; 42(6): 1027-33.
26. Araújo R, Almeida J. Breastfeeding: the challenge to understand the experience. *Rev. Nutr* 2007; 20(4): 431-48. DOI: 10.1590/S1415-52732007000400010
27. Bueno L, Teruya K. The practice of breastfeeding counseling. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(5, supl): s126-s30.
28. Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatr* 2011; 100(4): 534-7. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.02105.x
29. Mello D, Furtado M, Fonseca L, Pina J. Child health follow-up and the longitudinality of caring. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4): 675-93. DOI: 10.1590/S0034-71672012000400018
30. Martins S, Paduan V. The health team as a mediator on psychosocial development of hospitalized children. *Psicol Estud* 2010; 15(1): 45-54. DOI: 10.1590/S1413-73722010000100006
31. Lemos L, Pereira W, Andrade J, Andrade A. Let us care with plays? *Rev BrasEnferm* 2010; 63(6): 950-5. DOI: 10.1590/S0034-71672010000600013
32. McGimsey JF, Greene BF, Lutzker JR. Competence in aspects of behavioral treatment and consultation: implications for service delivery and graduate training. *J Appl Behav Anal* 1995; 28(3): 301-15.
33. Marcacine K, Orati P, Abrão AC. Health education: repercussions in the neuropsychomotor growth and development of the newborn. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(1): 141-7. DOI: 10.1590/S0034-71672012000100021
34. Moraes J, Cabral I. The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012; 20(2): 282-8. DOI: 10.1590/S0104-11692012000200010x