

Sentido de la formación médica para promover la salud en la primera infancia, con enfoque en Atención Primaria en Salud

Jhon Hadison Aguirre Escobar¹ Risaralda, Colombia

Resumen

En este artículo de investigación se presentan los aprendizajes agenciados durante la práctica para la promoción de la salud con la primera infancia en un contexto de desarrollo comunitario por parte de un grupo de médicos en formación de una institución de educación superior con sede en Pereira- Colombia. Se recoge, a través de un proceso de sistematización, la experiencia vivida entre los años 2016 y 2017 y plantea dos asuntos que trazan un solo problema indagado: el sentido de la formación médica con énfasis en Atención Primaria en Salud (APS) y la apuesta pedagógica por la Promoción para la Salud (PS) con la niñez. Es una investigación en la que se asume la Sistematización de Experiencias como estrategia de investigación y como un medio para la producción de conocimiento derivado de la práctica. Epistemológicamente, la sistematización de la experiencia se asume desde una perspectiva crítica e interpretativa con un carácter reflexivo-comprensivo, desde los relatos construidos a manera de crónicas por los estudiantes de medicina. Estas crónicas se analizaron desde la descripción y comprensión de los acontecimientos vividos y las categorías de formación, permitiendo interpretar sus significaciones, para luego mostrar los aportes de la experiencia pedagógica en términos de la reflexión que hacen los estudiantes de medicina con respecto a su formación con sentido social y la comprensión de la realidad en que viven y se desarrollan los niños y niñas; y reconocerla como un método para la formación médica con enfoque en la asistencia sanitaria esencial, científicamente fundada en evidencias y socialmente aceptable, develando el sentido de la misma e interpretando los aprendizajes y competencias desarrolladas por lo estudiantes en el marco de la APS y la PS.

¹ Comunicador Social-Periodista de la Universidad Católica de Pereira, candidato a Magíster en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales y el CINDE. Correo electrónico. jhonhadison@hotmail.com

Palabras Claves: Primera infancia, Salud, Educación sanitaria, Formación médica, Salud pública, Promoción social, Desarrollo comunitario.

Abstract

In this research article, we present the learning process during the practice of health promotion with early childhood in a community development context by a group of doctors in training at a higher education institution in Pereira, Colombia. It collected, through a systematization process, their experience between 2016 and 2017 and which raises two issues that trace a single investigated problem: the sense of medical training with emphasis on Primary Health Care (PHC) and the pedagogical bet for Health Promotion (HP) with childhood. In this research, the systematization of experiences has been as a research strategy and as a means for the production of knowledge derived from practice.

Epistemologically, the systematization of the experience assumed from a critical and interpretative perspective with a reflexive-comprehensive character, from the stories constructed as chronicles by the medical students. The chronicles analyzed from the description and understanding of the events experienced, and the training categories, allowing the interpretation of their meanings. The contributions of the pedagogical experience in terms of the reflection made by the medical students, regarding their training with social sense and the understanding of the reality in which the children live and develop. And to recognize it as a method for medical training focused on essential health care, scientifically based on evidence and socially acceptable, revealing its meaning and interpreting the learning and competencies developed by the students within the framework of PHC and SP.

Key words: Early childhood, Health, Health education, Medical education, Public health, Social promotion, Community development.

Introducción

La historia de la medicina narra en sus inicios la relación mágico-religiosa hasta los principios de la medicina hipocrática fundada en la observación y la objetivación de las acciones médicas en la Grecia Clásica (Abril, 2004). Posteriormente y durante la Edad Media, la medicina en occidente vuelve a estrechar sus lazos con la divinidad y el mundo mágico religioso, característicos del mundo antiguo, hasta llegar al Renacimiento como escenario de construcción y apropiación del nuevo conocimiento, rescatando incluso el saber conservado en la medicina árabe que a la postre haría parte de los modelos francés y norteamericano para la educación médica (Pineda, 2014). Sin embargo, es después de mediados del siglo XX cuando se registra la necesidad de una formación médica integral y contextualizada en el escenario social y comunitario (Canal, 2003).

Con la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), la salud adquiere un lugar privilegiado en el devenir de las naciones. La salud como concepto, es entendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”

Posteriormente en el Pacto Internacional de Derechos Sociales Económicos y Culturales (ONU, 1966) la salud se reafirma como un derecho humano fundamental, exigiendo a los países y naciones la definición de estrategias en salud que den respuesta a las necesidades de su población de acuerdo con los perfiles epidemiológicos que determinan la razón de morbilidad y mortalidad de las personas. Para ello, las recomendaciones hechas por los organismos internacionales como la Organización Mundial Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1990; OMS, 2011), buscan reconocer el importante rol de la medicina familiar, la medicina comunitaria y la salud pública como alternativas para garantizar mejores condiciones de vida y elevar los índices de desarrollo humano, lo cual implica a su vez pensar la formación profesional del personal de la salud, especialmente con enfoque de derechos humanos y que trascienda el plano técnico asistencial hacia uno más integral y social-colectivo. Así lo dejó ver Ernesto el “Ché” Guevara en su Discurso de inauguración del Curso de Adoctrinamiento del Ministerio de Salud Pública en la Habana en 1960, quien como se cita en Espinosa (2005) expresó:

Y la medicina tendrá que convertirse un día... en una ciencia que sirva para prevenir las enfermedades, que sirva para orientar a todo el público hacia sus deberes médicos, y

que solamente deba intervenir en los casos de urgencia, para realizar alguna intervención quirúrgica, o algo que escape a las características de esa nueva sociedad que estamos creando (p. 329).

Posteriormente en 1978, los gobiernos adscritos a la Organización de Naciones Unidas (ONU) y en específico de la OMS, establecieron la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en la Declaración de Alma-Ata (OPS, 1978), como un camino para el logro de mejores condiciones de salud de la población: “La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”. Pero, al parecer no especificaron las condiciones necesarias para una formación médica o del personal de la salud, quizás por entenderse que dichas acciones deben responder a los aspectos contextuales de cada territorio o nación. Sin embargo, de esta forma la APS fue entendida y definida como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OPS, 1978, p.1).

Esta estrategia desde su definición ha tenido dificultad para asumirse en acciones concretas que demuestren las virtudes de su propuesta y sobre todo que aclare el perfil del profesional de la salud encargado de desarrollarla, puesto que hablar de *asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables*² invita a pensar un profesional de la salud y en concreto un profesional médico desde un enfoque más integral y que dé respuesta a necesidades más colectivas. Según la misma Declaración de Alma-Ata, la APS se basa en:

...personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad (OPS, 1978, p.2).

El mismo Espinosa (2005) citó en su artículo el testimonio de Mahler, exdirector de la OMS y uno de los líderes del Centro de Humanidades y Ética en Ciencias de la Salud de

² En cursivas por el autor del artículo

Camagüey, quien mencionó en la Conferencia Internacional “Salud para Todos: 25 años de la experiencia cubana” en 1983, lo siguiente:

En nuestro país hoy, más de una personalidad médica eminente invoca la orientación de las ciencias de la salud por un "nuevo paradigma más expansivo, que comprenda al ser humano, en lo social, lo psicológico, lo antropológico, lo filosófico, lo ético, lo humano, lo biológico, lo político, lo cultural” (Espinosa, 2005, p.328).

La apuesta es entonces, por una comprensión más integral, tanto de la salud y del proceso previo a la enfermedad, como de la formación médica para corresponder con atenciones más oportunas y centradas en las personas, desde la prevención y la mirada colectiva con fuerza en la promoción y en la transformación de hábitos, prácticas culturales y educativas que impacten con mayor fuerza, y si se quiere a mayor escala, en las condiciones de salud de la población.

Posteriormente, la Carta de Ottawa (1986) estableció la Promoción de la Salud (PS) como un camino complementario e indispensable para alcanzar mayores niveles de salud en el mundo, y al respecto se expresa en ella, que:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OPS, 1986, p. 1).

Pero la misma definición presenta dificultad para poner en práctica el concepto y traducirlo en acciones eficientes que cumplan con su propósito y tampoco enfatiza en la necesidad de la formación o el perfil del personal en salud, puesto que se deduce en su definición la existencia de *un responsable*³ de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud: “La responsabilidad de la promoción de la salud en los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos” (OPS, 1986, p.1). Es en este escenario, que se llama la atención sobre el sentido de la formación profesional en las áreas de la salud y especialmente en la medicina.

La misma Carta de Ottawa especifica la necesidad de desarrollar habilidades en el sentido de:

³ En cursiva por el autor del artículo

...capacitar a la población para que aprenda, a lo largo de su vida, a prepararse de cara a todas y cada una de las etapas de la misma, y a afrontar las enfermedades y lesiones crónicas. Esto ha de hacerse posible en los ambientes escolares, hogareños, laborales y comunitarios. Son necesarias acciones mediante los cuerpos educativos, profesionales, comerciales y de voluntariado, y dentro de las propias instituciones (OPS, 1986, p. 1).

Léase bien en la cita anterior que... *“Esto ha de hacerse posible en los ambientes escolares...”*⁴, esto porque en la relación que desde el inicio se ha planteado con la educación, el escenario escolar resulta un lugar importante y de oportunidad para los efectos de esta investigación. Finalmente, la misma Carta especifica la necesidad de prestar “...mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional” (OPS, 1986, p.4).

Sin embargo, hacía más de una década que el concepto de la salud se venía entendiendo a partir de la relación de las personas con el entorno y cómo este influye en sus condiciones de salud; el enfoque fue impulsado por el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde en 1976 y se reafirmaría en la concepción de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como una orientación ajustada al contexto social, ambiental, económico, político y cultural que determina el bienestar y la calidad de vida de las personas, incluyendo a su vez las condiciones individuales, biológicas, conductuales, de comportamientos y creencias, así como la respuesta institucional para contribuir con la garantía del derecho a la salud.

En este contexto, las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud -CDSS-, (OMS, 2011) indicaron la necesidad de la formación de los nuevos profesionales de la salud, invitando a una formación integral centrada en el desarrollo de competencias sociales para favorecer la salud de los individuos y de las colectividades, más allá del desarrollo tecnológico y del ejercicio técnico y científico. Aunque tampoco definieron estrategias de formación, pedagogías o metodologías para la comprensión del enfoque social de la salud, pero a su vez expone a los diferentes actores: profesores y estudiantes, líderes comunitarios e institucionales, la necesidad de asumir el reto de repensar la formación del profesional de la salud para la contribución con mejores condiciones de calidad de vida. Así se expresa esta intención en el documento de condiciones de calidad del Programa de Medicina de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas hoy denominada Fundación Universitaria Visión de las Américas, institución de educación

⁴ En cursivas por el autor del artículo

superior y escenario desde el cual se desarrolló la experiencia de formación propuesta para esta investigación.

Esto nos muestra la necesidad de formar médicos con otras características, claramente definidas en su perfil profesional, basadas en las necesidades de salud en el medio en el cual se van a desenvolver y con unas competencias sociales que le permitan aportar al desarrollo de la calidad de vida tanto de las comunidades más vulnerables como las de estratos socioeconómicos altos, razón por la cual se ha implementado en todos los programas académicos institucionales un eje de Desarrollo de Competencias, incluyendo en las últimas asignaturas de estos, las competencias socio-culturales, de innovación y emprendimiento (Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, 2015, p.140).

Sin embargo, estudios como el presentado por investigadores de la Universidad del Norte en Colombia, expresan, retomando a los organismos internacionales, algunas apreciaciones sobre la formación médica orientada hacia la Atención Primaria en Salud:

Respecto a estas realidades los currículos de los programas de medicina a nivel de pregrado parecen estáticos, fragmentados, y hasta obsoletos. La formación no responde a las necesidades de los pacientes, y menos aún 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 (Hernández, Parra y Correal, 2015, p. 286).

Un planteamiento que también se había previsto en el 2014, cuando se expusieron las insuficiencias que se presentan en la formación del médico general integral, y que como conclusiones fueron publicadas en un estudio denominado *La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico-paciente*. Al respecto, este artículo expresa que:

Existe una dicotomía entre los diseños curriculares de las especialidades y las necesidades sociales, dada por claustros de profesores con formación insuficiente en el reconocimiento de la necesidad de desarrollar una formación humanística y cultural amplia en el médico general integral y todo esto favorece la formación de especialistas

de perfil estrecho; asimismo, se señalan las dificultades de los programas con tendencia a lo reproductivo y enfocan la necesidad de la atención a lo educativo, donde lo instructivo se desarrolla a partir de un paradigma socio-médico en la enseñanza y se obvia la direccionalidad de una naturaleza humana, desde la perspectiva de lo holístico-configuracional (Vásquez-Sarandeses, Montoya-Rivera, Almaguer-Delgado, y García-Céspedes, 2014, p. 8).

En conclusión, el panorama actual de la formación en salud en Colombia y especialmente en disciplinas como la medicina, invita a repensar su sentido en relación con el enfoque de derechos, de APS y para la PS.

De otro lado, se tiene el lugar y la comprensión de la primera infancia como una etapa del ciclo vital humano, importante y trascendental para el desarrollo de las naciones, pues los primeros años de vida suponen una ventana de oportunidad para formar sujetos ciudadanos, éticos, responsables, honestos y con mayores desempeños en sus competencias ciudadanas y productivas, augurando a los países que invierten en la infancia, mayores niveles de desarrollo humano y mayor crecimiento social y económico.

Este es un asunto suficientemente indagado y argumentado por expertos en diferentes áreas del conocimiento (Piaget, 1976; Sen, 1990-2007; Max-Neef, 1998; Nussbahum, 2005; Heckman, 2011), especialmente desde la psicología, la filosofía y la economía. Al respecto James Heckman (2011) afirma:⁵

Se trata de invertir en los primeros años de vida de los niños menos favorecidos de Colombia. Esto se basa más que en mi opinión, hay mucha evidencia en la psicología, en la economía y en las neurociencias que demuestran la importancia de esos primeros años de vida y la necesidad de entender cómo se presenta esa ventaja y desventaja en la educación y lo que queremos utilizar es la teoría de las habilidades o destrezas que explica muchos procesos del desarrollo humano (p. 2).

Así mismo se destacan las apreciaciones de Luis Alberto Moreno, presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el prólogo al libro *Los Primeros Años del Bienestar Infantil: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas* (Berlinsky y Shady, 2015), cuando afirma que:

En los últimos tiempos, América Latina y el Caribe ha avanzado mucho en la mejora de

⁵ Ponencia presentada en el lanzamiento del programa de atención integral a la primera infancia “De cero a siempre” de la Alta Consejería para programas especiales de la Presidencia de la República de Colombia. Febrero 21 de 2011.

las condiciones de vida de la infancia. Los niños y niñas de nuestra región hoy tienen menos probabilidades que hace solo unas décadas de morir en el parto o en sus primeros años de vida. Gozan de mejor salud y nutrición. Casi todos van a la escuela. Mientras que, en el año 2000, dos de cada cinco niños vivían en la pobreza, en la actualidad esa cifra se ha reducido a uno de cada cinco... (Moreno, 2015, p. XIII).

Una postura que, centrada en la visión economicista, afirma la intención de contar con niños y niñas sanos:

Los niños que progresan durante los primeros años de vida de acuerdo con pautas de desarrollo esperadas tienen una mayor probabilidad de convertirse en ciudadanos productivos. Invertir en el bienestar de un niño genera retornos a largo plazo e influye en la prosperidad y viabilidad de la sociedad en el futuro (Moreno, 2015, p. XIII).

Pero más allá de los argumentos económicos, que justifican las inversiones que deben hacer los gobiernos y los estados para garantizar el desarrollo de las niñas y niños más pequeños, se encuentran las condiciones biológicas suficientemente estudiadas al igual que las condiciones psicológicas, emocionales y socioculturales.

Se trata entonces, como lo expresa Ligia Galvis (2005), de entender el desarrollo integral de la primera infancia desde una perspectiva de derechos, desde la cual la inversión, la atención y las garantías para su crecimiento y desarrollo se comprendan desde la dignidad y el respeto por su condición humana. Así, propuso la noción de la dignidad y citó en su obra: *Comprensión de los Derechos Humanos* el diccionario del filósofo Paul Folquié:

...la dignidad es la cualidad de lo que tiene valor en sí mismo y no como medio para. No hay que confundir precio y dignidad. Una cosa tiene precio cuando puede ser reemplazada por otra equivalente. Pero lo que no tiene equivalente, y por ende, está por encima de cualquier precio, tiene dignidad. Sólo las personas tienen dignidad o valor, las cosas solo tienen precio (Folquié, 1986 como se cita en Galvis, 2005, p. 46).

Es un enfoque, si se quiere biopsicosocial, desde el cual tanto médicos como personal de la salud requieren profunda formación y que les permita, como lo sugiere la definición de la APS, un ejercicio de *autorresponsabilidad y autodeterminación*⁶ para la toma de decisiones y el desarrollo de acciones coherentes con la existencia humana.

En este sentido, la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas desde la formación con enfoque en salud comunitaria, estableció la infancia y la adolescencia, y entre ellos la primera infancia, como colectivos prioritarios susceptibles de ser abordados en

⁶ En cursivas por el autor del artículo.

diferentes escenarios comunitarios, para la formación teórica y práctica del talento humano en salud, especialmente de médicos para el caso de esta investigación, como futuros actores del sistema en salud y que pueden incidir en el desarrollo, el mejoramiento de calidad de vida y por consiguiente en el desarrollo integral de la primera infancia, y de esta forma contribuir con el progreso social y el desarrollo humano del país (Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, 2015, p. 241). En ese orden, la apuesta de esta institución de educación superior acogió los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en su contexto de desarrollo, para la formación médica.

Así se tuvo en cuenta que en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) realizada en Río de Janeiro Brasil en octubre del 2011, surgieron recomendaciones para la implementación de acciones tendientes a garantizar el mejoramiento de la calidad de vida en la población y en especial recomendaciones sobre una política de acción sobre las condiciones en que las personas nacen, crecen, se desarrollan y mueren, entre dichas recomendaciones se incluyen: la formación del personal de la salud en la comprensión de los DSS, así como garantizar la atención en salud y el desarrollo de la primera infancia (OMS, 2011).

Desde allí surge el planteamiento de un problema relacionado con la forma y el sentido de la cualificación profesional en salud, especialmente de médicos con enfoque en infancia y adolescencia como colectivos prioritarios de la comunidad, susceptibles de ser comprendidos desde la noción de la salud a partir de la mirada de los DSS, el enfoque biopsicosocial y la implementación de estrategias metodológicas y pedagógicas que permitan intervenir, bajo la premisa de que es posible promover mejores condiciones de salud a partir de la formación médica con enfoque comunitario.

Planteamiento del problema y de la pregunta de investigación

Como respuesta al reto de formar profesionales de la salud con este enfoque y especialmente atendiendo a colectivos prioritarios, la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas con sede en Pereira, desarrolló entre los años 2016-2017 una propuesta formativa para estudiantes en medicina que buscó profundizar en la comprensión del desarrollo de la primera infancia, la infancia y la adolescencia, para entender el valor de garantizar su atención integral, la promoción de sus derechos, la prevención de sus vulnerabilidades y contribuir con el mejoramiento de las condiciones de salud; a partir de allí, desarrollar o ejecutar propuestas de educación en salud comunitaria, como se expresa en la Guía de Práctica Comunitaria del curso denominado Proyecto Social I: Infancia y Adolescencia (Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, 2016)

En tal sentido, este supuesto contempla un diseño metodológico y pedagógico, que se asume, le permite al estudiante entender conceptos y comprender el desarrollo integral de la primera infancia, como preparación para enfrentarse posteriormente a la intervención o práctica comunitaria, especialmente en escenarios institucionales como es el caso de los hogares comunitarios, escuelas y colegios, buscando de esta forma desarrollar en los médicos en formación, competencias desde el saber, el hacer y el ser que aporten a la formación integral del profesional de la salud, capaces de incidir en la calidad de vida y en los procesos de desarrollo comunitario.

La propuesta metodológica para la práctica comunitaria permitió la interacción de los estudiantes de medicina con población infantil, especialmente niñas y niños menores de 6 años en hogares comunitarios adscritos al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- en sectores como El Dorado en Pereira y Barrios Unidos del Sur en Santa Rosa de Cabal; como parte del proceso, los mismos médicos en formación realizaron registros de información mediante relatos tipo crónica, que dan cuenta del proceso desarrollado; se trata de producciones textuales que conservan ideas, apreciaciones, reflexiones, inquietudes y emocionalidades vividas por los estudiantes en proceso de práctica comunitaria. Por ello, y con el fin de fortalecer la propuesta formativa desde el componente teórico, metodológico y pedagógico, se propone indagar por el sentido que los mismos estudiantes de medicina construyeron en dicha práctica comunitaria y con respecto a su formación con enfoque en APS para la PS con la primera infancia.

De allí se derivan algunos cuestionamientos, como es el caso de comprender si el enfoque orientado para dicha experiencia, realmente acercó al médico en formación a las posibles realidades en que niños y niñas de la primera infancia se desarrollan; si los escenarios de práctica comunitaria constituyen verdaderas oportunidades de aprendizaje para los médicos en formación y sobre todo de reflexiones profundas con relación al desarrollo integral de la población infantil; además de indagar por la construcción metodológica como una alternativa innovadora, científicamente fundada y socialmente aceptada, para enmarcarla en los términos planteados por la APS.

Para efectos de la sistematización de la experiencia, se estimó conveniente volver a la información registrada mediante las crónicas o relatos escritos entre los años 2016 y 2017, de tal manera que permitan tenerse en cuenta las voces de los médicos en formación desde sus relatos y a partir de allí documentar, sistematizar e interpretar la experiencia y darle respuesta a la siguiente pregunta: ¿cuál es el sentido de la formación médica, con enfoque en Atención Primaria en Salud, para la promoción de la salud en la primera infancia?; una pregunta

centrada en los médicos en formación, en el desarrollo de las capacidades y competencias que agenció el proceso de práctica comunitaria y las posibles transformaciones que puede develar la misma experiencia.

Antecedentes Investigativos

Dentro de los estudios publicados en los últimos años, se conocieron los resultados presentados en la Revista Cubana de Medicina General Integral en el 2014. Allí los investigadores Dra. Noria Pupo y MSc. Suiberto Hechavarría de la Escuela Nacional de Salud Pública, presentaron los resultados de un estudio descriptivo y transversal con enfoque cualitativo con técnicas cuantitativas y cualitativas, titulado: *Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica*, que desde la revisión bibliográfica y documental exploró, a través de un análisis de contenido, la formación del médico en promoción de la salud y los planes de estudio, realizando análisis de los currículos para identificar la presencia de este enfoque en los perfiles profesionales de los egresados y en los escenarios docentes predominantes.

Los propósitos de su investigación muestran a su vez el interés, y quizás la necesidad, de comprender las apuestas formativas en los programas de medicina y en especial aquellas que asumen un compromiso con la salud comunitaria y los enfoques de APS y PS.

Los investigadores reconocieron a su vez la necesidad de que la formación médica se realice con un enfoque biopsicosocial en la comprensión del proceso salud-enfermedad, y afirman: “Para lograrlo se requiere declarar en el currículo propuestas educativas, tanto en el pregrado como en el posgrado, que se concreten en el proceso de enseñanza aprendizaje, en el contexto de la APS y con enfoques novedosos y participativos” (Pupo y Hechavarría, 2014, p.451).

Sin embargo, y pese a su recomendación de declarar en el currículo las propuestas educativas, no siempre queda claro la forma, o los diseños metodológicos y mucho menos el agenciamiento de capacidades y competencias que desarrollan los nuevos profesionales en este campo. Es allí, donde se vislumbra un principio de oportunidad con la propuesta de sistematización de la experiencia vivida en la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, pues su comprensión podría enmarcarse con un enfoque novedoso y participativo, requiriendo por ende su afinamiento y/o consolidación a partir de la propuesta investigativa.

En su estudio, Pupo y Hechavarría (2014), se propusieron como objetivo “Caracterizar la formación de médicos en el campo de la PS en Cuba y América Latina a partir de los pronunciamientos, políticas de gobierno y planes de estudio de las escuelas de medicina” (p.451). Estos autores entre sus conclusiones resaltaron:

El proceso de formación del médico en PS constituye una prioridad en nuestra región, lo cual está plasmado en los pronunciamientos y políticas. Dicho proceso está indisolublemente ligado al logro de un mejor desempeño profesional de los equipos de salud en el contexto de la APS (p. 257).

En tal comprensión, la formación de médicos en PS en las universidades latinoamericanas está guiada por planes de estudio que presentan objetivos, habilidades y contenidos explícitos que responden a las concepciones emanadas de organismos e instituciones regionales; no siempre se declara de manera explícita la APS como el escenario docente que prevalece, según lo expresan Pupo y Hechavarría (2014).

La experiencia cubana está favorecida por los lineamientos que rige la política del país y las políticas ministeriales; permite una preparación profesional integral de base comunitaria, y el Plan de Estudios incluye la PS como asignatura en el diseño del currículo que se concreta en el escenario de la APS. “Tiene el reto de perfeccionar la preparación de los tutores y articular los contenidos para un mejor abordaje transdisciplinar” (p.257).

Pese a que en su investigación se reconoce la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios para la formación médica con enfoque en PS, no se precisa ni profundiza en la necesidad de formar médicos con enfoque en educación para la salud y mucho menos con la mirada centrada en la primera infancia, lo que abre la inquietud si existen en el entorno regional o incluso nacional, apuestas formativas de médicos que fijen su atención en los niños y niñas más pequeños, y de existir también valdría la oportunidad de identificar como se expresan en los currículos y qué claridades metodológicas contemplan al momento de llevarlos a la práctica.

Entre los artículos publicados, también se reconoce el aporte de Juan Brines Solanes, Académico de Número de la Real Academia Médica de la Comunitat Valenciana, quien en el 2014 publicó su escrito sobre: *Promoción de la salud del adulto desde la infancia*, como ejercicio reflexivo que pone en consideración el ejercicio médico pediátrico por lo menos en tres apuestas concretas: evitar la muerte infantil, atender las enfermedades y promover la salud.

En este último componente, cuestiona las limitaciones de tiempo y condiciones de desempeño que obligan a esta especialidad a pensar estrategias pedagógicas que de la mano con maestros en la escuela puedan contribuir a mejores condiciones de desarrollo de niños y niñas. Al respecto, reconoce Brines (2014) con relación a la escuela que es:

...un espacio ideal para la educación del niño en temas de salud donde el maestro se erige como factor clave para modificar comportamientos e inculcar hábitos. Esta

función debe iniciarse ya desde la primera infancia, pues es el momento en que el cerebro ofrece mayor plasticidad y se muestra más sensible a la adquisición de los saberes y las habilidades prácticas y, además, es el periodo en el que las adquisiciones van a perdurar más tiempo (Brines, 2014, p. 451).

Posibilidad que ratifica la idea de asumir el desarrollo de los niños más pequeños como una ventana de oportunidad, que para el caso puede verse reflejada en el funcionamiento y atención diferencial de los sistemas de salud para esta población, en la disminución de los costos de atención y por ende en la optimización y dignificación de las condiciones de vida de la población infantil. Por ello, sus apreciaciones se centran en la relación de la PS desde la interacción de médicos pediatras con los maestros en el espacio Europeo de Educación Superior, que dio paso a la posibilidad de construir (seis años atrás) una asignatura que conjuntamente con los maestros permitiera cumplir al menos tres objetivos:

...identificación de las manifestaciones patológicas iniciales y la asistencia inmediata por parte del maestro de las afecciones más importantes... en el aula; promoción de la salud del propio niño; adquisición de conocimientos básicos y la preparación para unos estilos de vida, en orden a prevenir y retrasar las enfermedades del adulto... (Brines, 2014, p. 1-17).

En sus conclusiones, aprecia el valor que tiene la relación pedagógica del médico pediatra, o la relación del conocimiento médico por parte de los maestros, lo que a su vez puede entenderse desde el reconocimiento del maestro como un actor clave y determinante en los contextos educativos para asumir también un compromiso, si se quiere político y a su vez ético, en la contribución de mejores condiciones de atención, promoción de la salud y prevención de la enfermedad; esto obliga a entender la necesidad de cualificar este personal, en el caso del maestro y dotarlo de conocimientos, habilidades y destrezas para responder con los procesos de desarrollo relacionados con salud y educación para la salud. Al respecto, también establece la idea de que dicho rol se asuma en los siguientes términos.

...que sea llevada a cabo por profesionales de la docencia, es decir, por personas que saben, quieren y pueden transmitir el conjunto requerido de enseñanzas. Por los conocimientos que ha adquirido sobre la infancia parece poco discutible que sea el pediatra quien se encargue de ello, pero no cualquiera de ellos, sino el que está capacitado profesionalmente para la enseñanza, esto es, el profesor de Pediatría (Brines, 2014, p. 13).

La experiencia socializada por Brines (2014), se acerca a la preocupación por la relación salud-educación-educación para la salud en la infancia, desde la perspectiva médica

asistencial entre dos actores, el Profesor de Pediatría y los maestros adscritos al magisterio español. Sin embargo, no aborda en dicha relación el médico en formación, ni los procesos de práctica o experiencia en la interacción comunitaria. Aspectos relevantes donde se identifica diferencias frente al estudio aquí propuesto. Así, la apuesta de Brines (2014) da cuenta de una iniciativa que aunque cercana por sus comprensiones al proceso de sistematización aquí propuesto, también conserva distancia frente al diseño metodológico y al centro de atención que para este caso se ubicaría en la formación médica, más que en la cualificación de maestros en el entorno escolar.

Uno de los estudios que guarda relación estrecha con esta propuesta investigativa, sin duda es el de Hernández, Parra y Correal (2015), quienes titularon su artículo como: *Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional*, cuyo propósito buscó: 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).

El estudio partió de la perspectiva teórica de los dominios y el desarrollo de capacidades de Martha Nussbaum (2014 como se cita en Hernández, Parra y Correal, 2015) y 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.

En programas de formación en salud, este artículo destaca la orientación hacia “La atención integral que se puede fortalecer en el profesional de la salud en formación desde las capacidades del ser y saber” (Hernández, Parra y Correal, 2015, p. 292). En debilidades se destaca la ausencia de contenidos sobre Seguridad e Integridad Corporal y sobre Educación Inicial, como también programas centrados en especialidades biomédicas. Dentro de sus conclusiones, se aprecia que: “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” (p. 289).

Adicionalmente como parte de los resultados, precisan:

...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 (Hernández, Parra y Correal, 2015, p. 291). Estos aspectos mencionados por los autores enmarcan sin duda una necesidad latente en la formación médica colombiana, y que se agudiza también con la valoración y distribución de menos créditos educativos de asignaturas con enfoque en las humanidades frente a los cursos o asignaturas centrados en los procesos técnicos y biomédicos a los que se les otorga mayor peso académico.

Por otro lado, en especial frente a la relación con los niños y las niñas, 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.

También, y entre las más recientes publicaciones halladas, se encuentra la de José Vicente Lafuente Sánchez (2019) quien en su publicación titulada: *El ambiente educativo en los contextos de formación médica*, da cuenta de un proceso de evaluación de los ambientes educativos para la formación médica en España. En sus apreciaciones, deja clara la necesidad de apostarle a una formación médica más humana e integral, y para la cual precisa:

Resulta preocupante que al explorar los contextos formativos en diferentes entornos se repita un dato y este es que las dimensiones dedicadas a valorar la percepción respecto a la vida social, a sus interacciones sociales durante la residencia aparezcan habitualmente como deficitarias, pobres, escasas. Todo esto es preocupante porque en la medida que estos profesionales se «empapen de todo lo humano» estarán en mejores condiciones de comprender al prójimo que padece y tendrán más y mejores herramientas para acogerlo y brindarle toda su ayuda profesional (Lafuente, 2019, p. 307).

En un sentido similar, otro de los artículos indagados y denominado: *Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad*, publicado en la revista *Interface de Brasil* (2019), señala la necesidad de ajustar los currículos de formación médica al enfoque de APS:

Además de la Medicina, otras profesiones también han buscado diversificar sus campos de actuación, principalmente en lo que se refiere a la APS. Sin embargo, esa discusión debe profundizarse, puesto que además de una demanda social, hay una necesidad real de readecuación de los currículos de los cursos de graduación en el área de la salud. Los resultados de este amplio proceso académico y social produjeron un conjunto de

propuestas de cambios en los currículos de formación médica que influyó sobre las premisas de las nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN), instituidas en 2014, y ha orientado la implantación de nuevos cursos de Medicina por medio de cambios en los Proyectos Políticos pedagógicos de instituciones establecidas en el escenario brasileño (Torres-Peixoto, Abreo de Jesús, Carval de Carvalho y Araújo-Assis, 2019, p. 2).

En general, los estudios abordados a partir de las publicaciones más recientes centran su atención en la formación médica con enfoque de APS y/o en PS, pero no con enfoque en primera infancia. En otros casos, las indagaciones fijan su mirada en el desarrollo de competencias para la población infantil, pero no en el desarrollo de competencias integrales para la formación de los estudiantes de medicina, y en otras publicaciones los intereses aunque buscaron la relación salud-educación-educación para la salud, se alejan de la posibilidad metodológica de la sistematización de experiencias, lo cual reafirma la oportunidad de agenciar un nuevo conocimiento a partir de la propuesta de investigación que se teje en el marco de la producción y re-creación de sentidos y realidades.

Objetivo general

Comprender el sentido de una formación médica, con enfoque en Atención Primaria en Salud para la promoción de la salud con la primera infancia, a partir de una experiencia pedagógica de médicos en formación en interacción con niñas y niños de la primera infancia.

Objetivos Específicos

- Reconocer la experiencia pedagógica en PS con la primera infancia, desde las voces de los estudiantes, como un método de formación médica para la asistencia sanitaria, en el marco de la APS.
- Develar el sentido de la formación médica con enfoque en APS, para la PS con la primera infancia a partir de una experiencia pedagógica en educación para la salud.
- Interpretar, a partir de la experiencia vivida y las narraciones registradas por los médicos en formación, los aprendizajes y competencias desarrolladas en el marco de la APS y la PS.

Enfoque epistemológico y Método de Investigación

Epistemológicamente la sistematización de experiencias se ubica en el espacio de la perspectiva hermenéutica o interpretativa y crítica; o en sentido más amplio el marco epistemológico de la sistematización es dialéctico, interpretativo, crítico e histórico (Ghiso, 1998, Rodríguez, 2011; Jara, 2018). La mirada dialéctica la plantea Ghiso, como:

Enfoque histórico - dialéctico: en el que las experiencias hacen parte de una práctica social e histórica general e igualmente dinámica, compleja y contradictoria que pueden ser leídas y comprendidas, de manera dialéctica entendiéndolas como una unidad rica y contradictoria, plena de elementos constitutivos que se hallan en movimiento propio y constante. Estas prácticas están en relación con otras similares en contextos que permite explicarlas (Ghiso, 1998, p. 7).

Dado que la sistematización de experiencia como método de investigación aporta para la recuperación de la experiencia desarrollada en un periodo de tiempo y en un espacio geográfico ya determinado, es necesario asumirla en palabras de Mejía (2010) como un proceso de re-creación de esa realidad, es decir que se entiende como: "...producción de sentidos y enunciados a partir de las prácticas" lo cual trasciende la "...simple reconstrucción o descripción" (Mejía, 2010, p.4) de la misma realidad.

En definitiva, y como también lo explica Oscar Jara (2018) en su libro: *La Sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*, este método va más allá de reconstruir la experiencia y contribuir sobre todo con la comprensión de los aportes, las posibles transformaciones, y si se quiere los aspectos de mejora que pueden potenciar la vivencia de las experiencias. Es una posibilidad enmarcada también en la auto reflexión, en la revisión y significación del proceso y además en el replanteamiento del mismo.

...no se trata tanto de mirar hacia atrás, para apropiarnos de lo ocurrido en pasado, sino, principalmente, recuperar de la experiencia vivida los elementos críticos que nos permitan dirigir mejor nuestra acción para hacerla transformadora, tanto de la realidad que nos rodea, como transformadora de nosotros mismos como personas (p. 21).

Bajo esta mirada, la sistematización procura "pasar de una práctica social espontánea a una praxis científica" (Quiroz, 1972, pp. 4-5, 36-37, 38, 39 como se cita Jara, 2018, p.32). De esta forma, la sistematización de esta experiencia puede ser entendida en términos de la APS como una alternativa basada en métodos y técnicas con fundamento científico desde la investigación.

En ese sentido, el estudio se enmarca en el enfoque de la investigación cualitativa, dado que la misma busca analizar los datos, comprenderlos y explicar la realidad observada. De acuerdo con Jean – Pierre Deslauriers (2004) este tipo de investigación "se concentra ante todo sobre el análisis de los procesos sociales, sobre el sentido que las personas y los colectivos dan a la acción, sobre la vida cotidiana, sobre la construcción de la realidad social" (p.6), es decir sobre la praxis que es reflexión y experiencia.

En el mismo sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2010) aclaran que este tipo de investigación “se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 364).

Un contexto que en palabras de Jara (2018) puede ser económico, social, político y en el ámbito local, regional, nacional o mundial. Para el caso, el contexto está dotado de sentido por las condiciones en que se desarrolló la experiencia y también por las significaciones construidas por los participantes y para ello se puede asumir como dice Jara, en un momento histórico, en un espacio geográfico y en un entorno sociocultural que son la posibilidad de la experiencia y cuyas significaciones pueden ser identificadas, analizadas, interpretadas, y comprendidas para develar el sentido de la experiencia.

De esta manera, el contexto en el que se desarrolló la experiencia contempló una metodología enfocada en el desarrollo de la intervención a través de la práctica comunitaria por parte de los estudiantes de medicina en su proceso de formación, asimismo para la interacción con la comunidad de niños y niñas, cada estudiante realizó registro de reflexiones a partir de los relatos que fueron arrojando las interacciones tanto con la población acompañada como con información sobre el proceso, los análisis con un cuerpo docente de apoyo y sobre las actividades intencionadas y enfocadas en los niños y niñas menores de 6 años.

Posteriormente, el registro recolectado en cada jornada de interacción se convirtió en la fuente de información más cercana sobre las experiencias dadas en cada visita comunitaria y en los momentos de interacción con los niños; para luego evidenciar a través de un relato escrito tipo crónica⁷, el testimonio de cada estudiante construido desde sus perspectivas y experiencias; de este modo se manifiesta la postura que asume cada médico en formación con respecto al contexto comunitario intervenido. De esta manera, buscó cuidarse la calidad de las apreciaciones, la profundidad de las reflexiones, los detalles de instantes vividos, que pudieron plasmarse y registrarse en dichos relatos.

Lo anterior también se soporta, en las ideas de la Sociología Comprensiva y de pensadores clásicos como Max Weber (1864-1920) quien resaltó en su tesis la necesidad de darle sentido a la realidad desde la subjetividad y la significación, por lo cual la realidad

⁷ La crónica como género periodístico, permite el registro de información detallada en términos descriptivos, cronológicos y de opinión sobre una situación dada. Para este caso, los médicos en formación escribieron sus crónicas, a partir de las cuales se logra un acercamiento a la realidad que observaron durante su proceso de práctica comunitaria y especialmente, en la interacción con niñas y niños menores de 6 años.

adquiere sentido en sí misma a partir del valor que una persona le otorga a los acontecimientos y su propia forma de entender y comprender su lugar en el mundo en la realidad misma.

Esta concepción de la sociología acudió a un método de investigación que le da una importancia particular a los sentimientos, a las emociones, a las representaciones elaboradas por la gente en una situación dada; al sentido que le atribuye a los eventos (Denzin, 1978 como se cita en Deslauriers, 2004, p.11).

En este mismo sentido Jorge Larrosa (2003), filósofo y pedagogo español de la Universidad de Barcelona, en su búsqueda por aclarar la idea de *experiencia* precisa en separarla de la idea de la *práctica* vista como acción y vivirla más bien desde la *pasión* que da posibilidades a una *reflexión del sujeto sobre sí mismo*. Agrega Larrosa que "...la experiencia es lo que me pasa y lo que, al pasarme, me forma o me transforma, me constituye, me hace como soy, marca mi manera de ser, configura mi persona y mi personalidad" (p. 4).

La experiencia es siempre vivencial dice Jara (2018), implica una vinculación física y también intelectual con el conjunto de elementos del entramado inmediato con el que me relaciono. Las experiencias, son, por tanto, lugares vivos de creación y producción de saberes (p. 54).

Estos saberes a los que se refiere Óscar Jara son los que buscaron ser develados desde el proceso de sistematización de la experiencia pedagógica vivida con los médicos en formación y en su interacción con los niños y niñas más pequeños, para entender su naturaleza y las condiciones de reflexión a las que pudieron llegar como proceso formativo a partir de un proceso que supone un rigor metodológico para convertir el saber de la experiencia en un saber crítico y en un conocimiento más profundo (Jara, 2018).

Dice Alfredo Ghiso (1999, p. 8, como se cita en Jara, 2018, p. 53): "A diferencia de otros procesos investigativos, a la sistematización le antecede un "hacer", que puede ser recuperado, re-contextualizado, textualizado, analizado y re-informado a partir del conocimiento adquirido a lo largo del proceso".

Atendiendo a los principios y rasgos de la investigación cualitativa, el proceso de sistematización conserva las características de "...apertura, flexibilidad, sensibilidad estratégica y referencialidad..." y así mismo contempla un ejercicio de comprensión, síntesis, teorización y recontextualización para contribuir finalmente con la creación o generación de conocimiento, como lo esclarece Sandoval (1996, pp. 149, 183).

En conclusión, se asume la sistematización de experiencias en el sentido de que ésta: “produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse críticamente de las experiencias vividas (sus saberes y sentires), comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora” (Jara, 2018, p. 61).

Finalmente es importante reconocer que la vida cotidiana es una realidad que como experiencia puede observarse, describirse, comprenderse e interpretarse, reflexionarse y explicarse; y para ello, una síntesis de rasgos observables puede lograrse a partir de la observación participante, de las historias de vida, de los informes de entrevistas, fotografías de familia, diarios íntimos, videos, audios, crónicas y otros posibles registros. En definitiva, será la amplia gama de narrativas o relatos los que dan la posibilidad de comprender el sentido de la experiencia o realidad vivida. De esta forma, las narrativas se entienden entonces como “las estructuras o modelos que la gente suele emplear para contar historias” (Bamberg, 2006; Freeman, 2006 como se citan en Domínguez y Herrera, 2013, p. 623) por lo cual desde una epistemología construccionista y los supuestos relativistas reconocen: las identidades y narraciones se consideran creaciones de las personas, construcciones narrativas a las que las personas dan forma en de los referentes, de los marcos de interpretación que utilizan, con una determinada audiencia y en un momento y contexto particular (p.626).

Es así como la investigación narrativa supone para Bochner (2002) dotar de significado las experiencias humanas para darles sentido e identidad desde las narraciones.

Participantes

Con el objetivo de comprender el sentido de la formación médica en promoción de la salud y que los actores involucrados construyen a partir de su experiencia pedagógica con las niñas y niños de la primera infancia, se asumió el grupo de estudiantes de sexto semestre de medicina de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas quienes entre los años 2016 y 2017 cursaron la asignatura Proyecto Social I: infancia y adolescencia, como requisito académico para continuar sus estudios. En la tabla 1 se describen los participantes que fueron agrupados por la categoría sexo y número de estudiantes por año.

Tabla 1

Descripción de los participantes

Grupos	Participante	Sexo	2016	2017
1	Estudiantes	Hombres	22	19

2	Estudiantes	Mujeres	29	30
Total			51	49

Técnicas e instrumentos

Para reconocer si la experiencia pedagógica en promoción de la salud con la primera infancia es un método para la formación en la asistencia sanitaria que contribuye con la formación médica en APS, fue necesario abordar los escritos que a manera de crónica construyeron los médicos en formación durante su proceso de práctica y acompañamiento comunitaria. Las crónicas son consideradas como unidad de análisis necesarias, pertinentes y flexibles (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), en las que las ideas y líneas que dan cuenta de las *prácticas y las relaciones* que, a partir de la *interacción* entre los actores, crearon posibles *vínculos sociales y posibles aprendizajes*. Permiten dar respuesta las preguntas planteadas, así como a los objetivos específicos propuestos.

Teniendo en cuenta que en los estudios cualitativos, en la sistematización de experiencias como parte de ellos, y atendiendo a la óptica hermenéutica desde la cual se resalta el interés por una indagación profunda, se tuvo entonces un conjunto de textos o crónicas para la investigación y que a manera de relato arrojaron ideas, pensamientos, emociones y en general significaciones, las cuales pudieron interpretarse en el mejor sentido que expresa Paul Ricoeur (1997) al referirse a la hermenéutica como una "...teoría de las reglas que gobiernan una exégesis, es decir, una interpretación de un texto particular o colección de signos susceptible de ser considerada como un texto" (p.19) y desde la cual se agencia la interpretación de la realidad social y que en palabras de Sandoval (1996) "...está asociado con la codificación selectiva" (p.121), la cual no buscó generalizar los resultados, si no y por el contrario, ahondar en ellos y en sus significados priorizando la calidad antes que la cantidad de información.

Procedimiento

Durante las prácticas comunitarias y en especial después de las interacciones vividas con las niñas y los niños, se les solicitó a los estudiantes el registro de manera cronológica y detallada de las emociones, las vivencias, las interpelaciones y los sentimientos que despertaron dichos momentos de encuentro. Esto con el propósito de conservar un repositorio de información (relatos) que posteriormente fueran útiles para el ejercicio de comprensión y análisis. Un reto que implicó a su vez, por parte del investigador, el entendimiento del estudiante sobre el sentido que tendría dicho registro y que posteriormente sería fuente de

revisión y consulta para el proceso de sistematización de la experiencia. El ejercicio implicó, por ejemplo, que el relato partiera desde la convicción del médico en formación, más que desde un requisito académico, y que su construcción se hiciera de forma espontánea, libre y autónoma.

Los relatos fueron organizados por periodos académicos correspondientes a los años 2016 y 2017 y en cada caso, a la información se le fue dando estructura, primero desde una lectura previa y sin más pretensiones que lograr un primer acercamiento a las ideas escritas, posteriormente mediante una matriz de comprensión para el *análisis documental* constricta en una rejilla con Software Excel, se extrajeron ideas, reflexiones, apreciaciones.

Así, las crónicas fueron organizadas, leídas y en ellas se identificaron los acontecimientos descritos para hallar *unidades de significado* que se codificaron y categorizaron en la matriz de comprensión, logrando interpretar la significación de estos para configurar la relación entre estos segmentos de relatos y esquemas compartidos o no, que dan cuenta tanto de las experiencias personales y subjetivas como de los aprendizajes y de la experiencia en general a partir de esa *comparación constante*, permitiendo un pre análisis que hizo posible identificar un grupo de categorías a partir de las cuales pudieron establecerse las principales configuraciones en torno a la experiencia vivida por los participantes en el proceso pedagógico.

En ese sentido y en palabras de Deslauries (2004) “Nos enseña la práctica del sujeto, como ha actuado frente a tales situaciones, las lecciones que ha sacado de sus experiencias, sus proyectos, pero también nos enseña la historia social a través de la experiencia individual” (p.42).

Para ello, el proceso tuvo en cuenta los cinco momentos propuestos por Sandoval, (1996) y que al respecto son:

En la primera, se realiza el rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles; en la segunda, se hace una clasificación de los documentos identificados; en la tercera, se hace una selección de los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación; en la cuarta, se realiza una lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados, para extraer elementos de análisis y consignarlos en "memos" o notas marginales que registren los patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se vayan descubriendo; finalmente, en el quinto paso, se realiza una lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión, ya no sobre la totalidad del contenido de cada uno, sino sobre los hallazgos previamente

realizados, de modo que sea posible construir una síntesis comprensiva total, sobre la realidad humana analizada (Sandoval, 1996, p. 138)

Así, el análisis se estructuró a partir de la evidencia empírica (segmentos de relatos, tal y como aparecen en las narrativas); abstracción (versión o interpretación del investigador); lo común (lo que coincide en los diferentes segmentos); lo diferente (en lo que no coinciden); y lo velado (aquello que está implícito) está, como conclusión de la interpretación revelada; finalmente las observaciones generales del investigador.

Resultados

Así, se identificaron algunas categorías para dar respuesta al interrogante planteado en esta investigación y a otras reflexiones que pueden aportar, ajustar y fortalecer el sentido de la experiencia pedagógica vivida. Entre estas categorías se encuentra: Expectativa de la experiencia pedagógica (EEP); Logros de la experiencia pedagógica (LEP); Postura ético-política de los médicos en formación (PEPMF) que fueron identificándose durante el análisis de las crónicas de los estudiantes, se dio respuesta a la pregunta y a los objetivos de investigación en los siguientes términos:

- **Expectativa de la experiencia pedagógica (EEP)**
 - Postura de la esperanza

Varios de los testimonios registrados por los médicos en formación, dejaron expuesta su expectativa frente a la práctica comunitaria, donde no solamente partieron de imaginarios al respecto de los niños y la comunidad, sino también frente al reto de realizar aportes a sus vidas y en general a sus procesos de desarrollo; así lo dejan entender en los escritos cuando comentan que:

“Tenía muchas ansias de comenzar las visitas comunitarias y poder transmitir todo lo que nos habían dado a conocer en esas clases...” (VVF)

De similar forma, el relato de otro participante deja leer la intencionalidad de contribuir con la práctica en la comunidad asignada, partiendo incluso de un cuestionamiento por su formación y su capacidad para enfrentarse al mismo proceso:

“...me preguntaba si mis competencias me permitirían realizar un trabajo lo suficientemente bueno que lograra impactar de una forma u otra la vida de estos pequeños...” (DMCE)

Pero más allá de las motivaciones y expectativas, una de las posturas que más llama la atención, tiene que ver con la idea de creer que es posible transformar realidades a partir del

acompañamiento comunitario, así es la idea que manifiesta otro de los médicos en formación, cuando relata una de sus motivaciones:

“...era pensar que quizás el trabajo y las ganas que mis compañeros y yo depositamos en estas salidas fueran suficientes para asegurar que estos niños y niñas van a tener un futuro prometedor y lleno de oportunidades.” (VBV).

Testimonios que dejan entrever esa lectura previa, y que aún sin conocer las comunidades, les permitían preguntarse, interpelarse y revisarse sobre las formas de llegar a la comunidad y especialmente a los niños y a las niñas.

“...y entonces comencé a preguntarme si nuestra primera intervención sería la más adecuada para llegar a aquellos niños que tanto necesitaban de nosotros...” (DMCE).

La expectativa frente a la experiencia pedagógica (EEP), sin duda aparece como un principio de oportunidad para el investigador, desde quien se anticipa e identifica la posibilidad de abordar un médico en formación deseoso de contribuir con un proceso que en realidad pueda permear y transformar las realidades percibidas en la comunidad acompañada. Algo que reafirma la disposición altruista y de empatía y que en este caso se aplica en actitudes positivas para las interacciones con los niños y las niñas.

Dentro otras apreciaciones, se refleja el reconocimiento de una práctica que ayuda a comprender el lugar de los niños y las niñas para el ejercicio de la medicina, con independencia del interés del profesional en formación. De esta manera lo expresa otro de los participantes.

“Al principio de semestre no estaba muy emocionada por la idea de trabajar con niños, no caen bien, me molestan, no encuentro la manera de tratarlos, simplemente no me gustan, pero con estas salidas comunitarias aprendería a trabajar con ellos. (EG)

Es así como la sistematización de experiencias permite recoger de las ideas expresadas y manifestadas por los participantes algunas de las sensaciones, preguntas e intenciones que, en un momento de preparación previa a la práctica comunitaria, dejaba ya los primeros aprendizajes, si se quiere aquellos relacionados con la auto responsabilidad y la corresponsabilidad que despierta y que implica el hecho de entrar a interactuar con niños y niñas de la primera infancia. Dice Jara (2018) que, entre los aportes de la sistematización de experiencias, está el de reconocer las etapas o los momentos vividos en el proceso y que quizá algunos de ellos no estuviesen contemplados en un principio. Este es pues, uno de esos aspectos que emergen en el proceso de interpretación y que se concreta en un momento de

expectativa para los participantes, algo que los invita a la revisión previa de su formación, de sus competencias y capacidad para enfrentarse a la comunidad. Como dice Óscar Jara:

Un aporte particular de la sistematización es que facilita *identificar las etapas que tuvo un proceso*, no las que estaban previstas en el proyecto o la planeación, sino las que efectivamente se dieron en la marcha real. Pero más importante aún, nos ayudará a *comprender la relación que hay entre las distintas etapas del proceso*: cuáles fueron los factores que las determinaron y por qué; cuáles fueron, a lo largo de todo el trayecto, los momentos más significativos que marcaron el devenir de las distintas etapas de la experiencia y que hicieron que fuera tomando determinado rumbo y no otro, etc. (p.87)

Se interpreta entonces que el momento de formación previo a la práctica, de introducción, preparación, conceptualización y teorización, despierta el interés y la expectativa de los médicos en formación, una expectativa que reposa en la esperanza de creer que sí es posible llegar a la comunidad de niños más pequeños con propuestas que puedan impactar sus vidas, su proceso de desarrollo y el reconocimiento de sus condiciones de salud.

- **Logros de la experiencia pedagógica (LEP)**

Retomando la categoría (EEP), la cual se asume como uno de los primeros logros, al despertar interés del médico en formación por lo que sería su acompañamiento comunitario, se logran reconocer más aprendizajes que rescatan el sentido de dicha formación, especialmente con enfoque de APS.

- **Aprendizajes de los médicos en formación**

Los logros se traducen en unos aprendizajes personales y colectivos que se especifican en la aplicación de técnicas y herramientas para el acompañamiento comunitario, como son las guías de análisis y seguimiento al desarrollo de los niños, las herramientas del juego, la música y la literatura implementados como alternativas para la interacción con la población infantil. Como lo expresan algunos participantes, estos aprendizajes fueron desde el componente teórico (saber), lo práctico o procedimental (hacer) y lo actitudinal (querer hacer).

Fueron de gran ayuda las clases teóricas recibidas por los docentes, el hecho de conocer sobre el crecimiento y neurodesarrollo de los niños, nos marcarían pautas para evaluar el desempeño de los mismos, al igual que las clases que recibimos sobre cómo se debería estructurar un proyecto pedagógico. Esta etapa del curso fue de gran importancia ya que nos llenamos de herramientas valiosas para ir al campo de trabajo... En cuanto a las tablas de neurodesarrollo y crecimiento, solo afianzamos un

conocimiento que ya teníamos, fue relativamente fácil. En la tercera y cuarta visita realizamos el tamizaje, donde evaluamos su crecimiento y neurodesarrollo y observamos el estado de sus piezas dentales (DMCE)

Entre otras reflexiones, se interpreta la posibilidad de tener intenciones en los acompañamientos a la comunidad infantil con propósitos centrados en el desarrollo integral de los niños y las niñas, y no únicamente como una intervención unidireccional: como es el caso de contribuir con el desarrollo del lenguaje, fortalecer los procesos de desarrollo motriz, motivar su participación en las diferentes actividades y desde allí comprender las dimensiones de autocuidado y autorresponsabilidad.

“Después en la ensalada de frutas bailable, me divertí mucho, cantando y jugando con los niños, promoviendo en ellos estilos de vida saludables y dándole forma a nuestro proyecto pedagógico que tenía como meta primordial mejorar el lenguaje de estos pequeños... Tuve la responsabilidad de realizar la caracterización final y me sentí muy feliz de ver que muchos de estos niños progresaron, que pasaron de ser tímidos y no interactuar con nadie, a ser pequeños líderes, hablar mucho más y a atender instrucciones.” (DMCE)

De esta forma se puede afirmar que el estudiante en formación desarrolla una competencia integral que lo humaniza frente a la realidad observada con los niños y niñas de los hogares comunitarios, incluso en disposiciones para reconocer que el aprendizaje y la interacción es de doble vía y que, en ese sentido, no es solo ver la comunidad como un escenario unidireccional de intervención, donde el médico en formación acude y extrae información de la misma, sino y por el contrario, donde también hay que aportar procesos de desarrollo y cuya apropiación sea desde de la reciprocidad y la empatía.

Son tantas cosas las que aprendí este semestre con los niños del hogar que se me hace imposible no desear que ellos hayan aprendido mucho conmigo también. (VBVI)

Pero las reflexiones van más allá, trascienden el plano de lo comunitario para pensarse el escenario clínico, también como un escenario idóneo para la prestación del servicio de atención en salud, el cuál casi siempre está condicionado por otros aspectos lejanos a las realidades comunitarias, como lo expresa la misma participante al reconocer que:

...incluso nuestra práctica clínica mejoraría, al entender que cada persona que llega a nuestras manos no es un cliente en busca de un servicio, es una persona en busca de un sanador, tanto físico como espiritual.” (VBVI)

Una idea que se reafirma también en las expresiones de otros participantes como lo deja entender MCRE.

En conclusión, quiero establecer que esta experiencia indujo en mí un gran cambio en mi pensamiento, ya que aprendí que la medicina no es solo tener todos los conocimientos de memoria y ganar exámenes. También hay otra parte en la medicina que se basa en la labor social. (MCRE)

“Proyecto Social I me ayudó a ser más receptivo a la crítica, a una mayor relación social sin importar su edad pues desde hace un tiempo atrás me comportaba con una indiferencia total a los niños, no sabía cómo interactuar con ellos, como podrías generarles una sonrisa sincera o cuando jugaba con ellos a no sentirme incomodo, definitivamente darme cuenta de mis debilidades y además saber cómo iniciar para fortalecerlas” según lo expresó EG

En definitiva, los aprendizajes fueron recíprocos, procuraron un reconocimiento mutuo entre niños y médicos en formación; fueron interacciones cuyo sentido está dado en una experiencia de valor por el simple hecho de ser personas que intercambian significados. Al respecto reafirma VBVI:

Me enseñaron que cada niño es un mundo, que cada uno de ellos tiene cualidades que lo hacen diferente a los demás. Me enseñaron que no se necesita de mucho para divertirse, porque con la actividad que yo anteriormente consideraba más tonta podrían pasar horas y horas riendo. Me enseñaron que los juegos nunca pasan de moda, porque no importaba cuantas veces jugáramos el puente está quebrado en cada una de las salidas comunitarias, ellos siempre estaban dispuestos a jugar una vez más. Me enseñaron la increíble capacidad de nuestra imaginación, ya que en los dibujos en los que yo muchas veces solo veía garabatos, ellos veían un completo paisaje lleno de árboles, carreteras, aves espaciales e infinidad de cosas más. Me enseñaron que la magia existe, ya que en mi maleta siempre había una botella con agua, y cuando nos disponíamos a irnos a casa, esta mágicamente desaparecía, pero al final me demostraban el valor de la honestidad, porque siempre me decían con una sonrisa, que habían sido ellos quienes la habían tomado. Me enseñaron que los fracasos no existen, porque siempre hay otras oportunidades. Me enseñaron a siempre saludar a alguien con una sonrisa, y a despedirlo igualmente con una sonrisa. (VBVI)

- **Emocionalidad en las interacciones y reconocimiento de la dignidad.**

Otro de los aspectos importante que hay que destacar en los aprendizajes y logros de la experiencia pedagógica, se relaciona con las expresión de las emocionalidades que despertó el proceso, las cuales como ya se expuso, partieron desde la expectativa, pasaron por la interpelación de la realidad y la frustración en el desarrollo de acciones, hasta llegar a sentimientos de felicidad, satisfacción y convicción en los aprendizajes de los médicos de formación, pero aún más en los aportes que lograron dejarle a la comunidad de niños y niñas y sus familias a partir del reconocimiento de su condición humana y de su dignidad.

Expresa una de las médicas en formación, su sorpresa cuando en un encuentro con familias de los niños y mediante un ejercicio de retroalimentación, percibe los posibles cambios que lograron en la comunidad a partir de su acompañamiento:

“Yo fui la encargada de preguntarle a los padres si habían notado alguna mejoría en sus hijos, en el lenguaje, sus hábitos alimentarios, su interacción con el otro, en los valores principalmente con el respeto y obviamente sentí mucha felicidad cuando TODOS me dijeron que sí y cuando me dieron las gracias por lo que había hecho con sus niños ya que nadie se había interesado por ellos” (EG).

Logros que vienen sumados a reflexiones profundas y más humanas sobre la población acompañada y que se ven reflejados también en situaciones personales desde la cuales aparece un permanente cuestionamiento por la equidad, la igualdad y la justicia como principios básicos para la convivencia social.

“La realidad de nuestros niños es la que nos contó Michel una de las niñas, el desayuno de ella fue agua panela con leche y lo más seguro es que no solo había sido el de ella sino el de muchos de nuestros niños a lo largo del territorio colombiano, entonces en mi surge el sentimiento de culpabilidad, como es posible que yo me queje tanto para empezar el día, por la oportunidad que tengo de estudiar, de prepararme para aportar a esta sociedad que todos los días sufre y lucha por salir adelante”.
(MCM)

En un sentido similar, aparecen las ideas planteadas entorno al futuro y a las oportunidades de desarrollo que tienen los niños y las niñas en Colombia, un panorama que, aunque difícil de transformar, interpela la condición humana de los médicos en formación y los lleva a asumir una postura crítica de la realidad, así lo deja entrever el registro de VBV.

“Porque es imposible para mi ser una persona completamente feliz cuando sé que Michel posiblemente no pueda ingresar a la universidad, porque Miguel Ángel posiblemente no pueda conocer el mar y porque sé que Yorman quizá me diga mentiras cada viernes que le pregunto acerca de su desayuno ...a todas esas personas que viven

en una realidad paralela, donde no existe la corrupción, la desigualdad, la pobreza, el hambre y la violencia; quisiera invitarlos a vivir una experiencia como la que yo tuve la oportunidad de vivir este semestre con los niños del hogar... ” (VBV).

Para concluir, es notable el cambio de actitud y pensamiento que deja el proceso. Partir de un momento de expectativa, ansiedad, con dudas e incógnitas sobre lo que sería una práctica comunitaria para finalmente convertirse en experiencia transformadora, deja ver un logro significativo, y es el que está dado en términos de asumir un médico en formación con criterio político, que se duele por la realidad que vive en cada encuentro con los niños y niñas y que se interpela permanentemente sobre dicha realidad; es sin duda, la posibilidad de formar un médico más humano y que se asume en su corresponsabilidad de cuidar de la niñez a partir de su condición como persona y obviamente de su rol profesional. Esto se apoya en el testimonio de DMCE cuando afirma:

“Sentí que valió la pena todo ese esfuerzo, siento que así no sean grandes logros, el hecho de que cambiemos la mentalidad e intervengamos en la comunidad nos hace mejores personas, por que cumplimos así con un deber social que es la protección de la primera infancia” (DMCE).

Atendiendo a Jara (2018), la sistematización de la experiencia no es solo la recogida y clasificación de información, esto va mucho más allá, lo cual implica entenderla en su sentido y en su profundidad. Los logros de esta experiencia pedagógica nos dan muestra de eso que el mismo Jara (2018) llama *conocimiento y trascendencia* de la experiencia y que se respalda literalmente así:

...partiendo de lo vivido, la sistematización construye intencionadamente un conocimiento ubicado, que nos posibilita abstraer lo que estamos haciendo en condiciones particulares y así encontrar terrenos fértiles donde abrirse a la generalización es posible. Quien sistematiza, produce conocimiento desde lo que vive, siente, piensa y hace; desde sus intereses, sus emociones, sus saberes, sus acciones y omisiones (p.76)

En el mejor sentido de las *lecciones aprendidas* es importante reconocer estos logros y aprendizajes de los médicos en formación, en los mismos términos de Jara (2018):

...consideramos que las conclusiones de un proceso de sistematización representan aprendizajes que provienen de la reflexión crítica desde y en torno a nuestras experiencias (p.80). ...hallazgos y descubrimientos que no son simples constataciones

descriptivas de lo que ocurrió, sino que develan las lógicas y sentidos ocultos detrás o debajo o en el fondo de la apariencia dispersa de los acontecimientos, por lo que es posible, ahora sí, mirar más allá de ellos” (p. 81)

- **Postura ético-política de los médicos en formación (PEPMF)**

Uno de los aspectos que se relacionó directamente con la formación médica a partir de la experiencia con el enfoque de APS para la PS, y que como podrá evidenciarse en las siguientes líneas, contribuyó con el desarrollo de un pensamiento reflexivo y crítico sobre la realidad en que viven y se desarrollan los niños y las niñas, y también sobre el rol que deben asumir los profesionales de la salud desde la integralidad de su formación.

En este sentido, la postura crítica se entendió como esa capacidad que tuvo el médico en formación, de distanciarse de la realidad percibida para cuestionarla, indagarla, entenderla y asumir un criterio ético y profesional sobre la misma.

Las narraciones relacionadas con esta categoría se estructuraron como segmentos de significado y permitieron identificar una postura política frente al estado en que se desarrolla la primera infancia en las dos comunidades que se acompañaron en Pereira y Santa Rosa de Cabal.

En tal sentido, lograron identificarse al menos tres subcategorías que enmarcaron dicha postura ético-política, entre ellas: una postura crítica frente al contexto de desarrollo comunitario; una postura autocrítica frente a la práctica y al rol del médico en formación y una postura frente a la ética del cuidado.

- ***Una postura crítica frente al contexto de desarrollo comunitario***

Críticas y cuestionamientos que trascienden incluso al plano personal, o que también expresan sensaciones subjetivas a partir de la experiencia vivida, como lo expresó en su relato uno de los participantes:

“...nos dirigimos al barrio..., el cual siempre me da una sensación algo extraña, siento que las personas que viven allí merecen mucho más” (MCM)

Sensación que se apoya en otro de los relatos identificados, donde es claramente visible una postura ética y política:

“A lo largo de las salidas comunitarias aprendí una cosa: Colombia no es el país tan alegre que dice ser, sino el país que tiene la increíble capacidad de ser desinteresado por el bienestar del otro. Y nosotros, los profesionales de la salud, somos parte de ese tipo de personas... Es imposible que un país en donde el 13% de los niños sufren de

desnutrición crónica (cifras tomadas de Unicef) sea también el país más alegre” (VBV).

Un aspecto común y velado en los relatos, tiene relación con esa posibilidad de reflexionar en su propia práctica o experiencia, de comprender y asumir el rol no solo profesional, sino y sobre todo político frente a la realidad percibida en la interacción comunitaria.

En el relato de MCM, logra plasmar en unas cuantas líneas los argumentos de una formación integral necesaria para actuar con coherencia desde el ejercicio profesional, y la cual está relacionada con la humanización de los procesos de atención en salud, pero sobre todo con el valor y el sentido de abordar el acompañamiento comunitario como una experiencia enriquecedora en términos de humanidad.

“Quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible que yo viviera esta experiencia porque a partir de este día comprendí que alguien debe hacer el trabajo duro, arduo, difícil y complicado que se debe trabajar con la sociedad, que no podemos hacer caso omiso de nuestro prójimos, de nuestros niños, necesitamos tener esa sensibilidad característica de una persona que sirve a la sociedad, que se deja tocar por la injusticia, la desigualdad y que quiere contribuir de alguna manera a que algún día la historia de nuestro país y del mundo sea otra,... (MCM).

- *La postura auto crítica*

Al respecto, el relato de VBV parte de expresar su postura auto crítica frente al rol del profesional de la salud:

...ni las personas que tenemos contacto con la salud le prestamos la debida importancia al trabajo comunitario, no vemos lo importante que es el conocimiento de la inequidad y falta de oportunidades con las que crecen los niños en nuestro medio.

- *Una postura desde la ética del cuidado*

Y de igual forma, aunque con un espectro más amplio en el acontecer de la economía nacional, donde FMG comentó y se preguntó desde la ética del cuidado, lo siguiente:

...vivimos en un país con una gran biodiversidad, exportador de frutas, verduras y demás productos que nos ayudan a una alimentación saludable, ahora me pregunto ¿si hay tanto para exportar, por qué no hay para nuestros niños? (FMG)

Un testimonio que se interpela por las condiciones nutricionales de la niñez, que se evidencian durante la práctica en las raciones alimentarias que reciben los niños por parte del Estado y por parte de sus familias.

En tal sentido, desde experiencia consignada en los relatos y sistematizada, logra develarse la posibilidad que tiene un médico en formación de asumir y asumirse críticamente desde la realidad vivida; esto, no solo es una competencia profesional que se debe desarrollar en cualquier área de conocimiento por las virtudes que ello implica, sino que, es también la oportunidad de contar con un actor clave y estratégico para las posibles transformaciones de esa realidad en un entorno comunitario, y por qué no de ciudad, región o país.

Así también lo dejó entender una médica en formación en su relato, luego de compartir con los niños y niñas de los hogares comunitarios en Santa Rosa de Cabal.

Gracias porque esto aporta positivamente a mi vida, a mi carrera y a mi futuro, hoy sé que no seré una simple médica que se sienta en frente a un escritorio y resuelve casos clínicos; por el contrario, estoy segura que seré una médica que quiere y ama a sus pacientes y los trata como personas (ALV)

Más allá de formar un médico técnicamente capaz de intervenir la realidad, desde el proceso de interacción con las niñas y los niños, la experiencia pedagógica de formación médica con énfasis en APS para la promoción de la salud con la primera infancia y sistematizada en esta investigación, despierta una competencia crítica, que cuestiona y somete la vivencia al escrutinio de una mirada política en el marco de la justicia, la igualdad, la equidad, y las condiciones requeridas para un verdadero desarrollo integral de la niñez y sobre todo para la formación integral de los nuevos profesionales de la salud.

Discusión

Dado que en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud – DSS – (OMS 2011) se emitieron una serie de recomendaciones para los países en la búsqueda por reducir las inequidades en salud y alcanzar mayores progresos en el abordaje de la misma; también se destacaron tres componentes desde los cuales el rol del personal de la salud, resulta importante y estratégico para cumplir el postulado de asumir la salud como derecho fundamental y para el cual los médicos en formación tendrán grandes retos no solo en su ejercicio profesional, sino también en la comprensión del contexto social, político, económico, cultural y ambiental que caracteriza la realidad actual de la salud como servicio y también de la salud como eje transversal del desarrollo humano y en este caso el desarrollo integral de los niños y niñas más pequeños.

De forma precisa, las tres recomendaciones realizadas por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSSS, 2011) para los países fueron:

- Mejorar las condiciones de vida diaria

- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir y comprender el problema, y evaluar el impacto de la acción.

Cada recomendación estableció una serie de enunciados y postulados que deben agenciarse desde la gobernanza, la participación, la función del sector salud, el alineamiento de prioridades, y la vigilancia del progreso.

Dentro de las principales recomendaciones surgidas en esta Conferencia Mundial (OMS, 2001), se destacan para los fines de esta discusión:

- *...enfaticar firmemente el desarrollo integral de la primera infancia y la educación para los niños y niñas.*

Una premisa que se logra en la comprensión del escenario de práctica (hogares comunitarios) como un lugar ideal para la interacción con los niños y niñas más pequeños, que ayuda a los médicos en formación a asumir la salud de la población infantil en su relación con el entorno, y que el desarrollo integral va más allá de simplemente comprender la salud como un estado de bienestar, físico y mental. La integralidad entonces emerge desde la posibilidad de acompañar el desarrollo de los niños desde sus capacidades para la autonomía, la determinación, la participación ciudadana y la consolidación de un capital social.

- *Desarrollar servicios de atención de salud de calidad con cobertura universal, con énfasis en un enfoque de atención primaria de la salud*

La idea que pone en el centro la calidad de los servicios de atención, bien se reflejan en el conocimiento de los niños y las niñas como una población que requiere atención diferencial, con inclusión y al máximo nivel, que demanda a su vez médico más cualificados, más sensibles y más humanos.

- *Incorporar los determinantes de la salud en la formación médica y de salud.*

Un aspecto que da cuenta en esta experiencia pedagógica no solos por la inclusión de los DSS como un componente teórico, sino también como un ejercicio experiencias que ayuda a una comprensión profunda sobre la realidad del desarrollo infantil.

Tres retos que, para la formación de médicos, y en general de todos los actores del sector salud, implica asumir una postura ético - política, desde la comprensión del contexto, el entendimiento de las realidades en que viven las personas y sobre todo en la sensibilización y humanización del personal para avanzar en acciones, intervenciones y acompañamientos que dignifiquen la condición humana, que para nuestro interés se centra en los niños y niñas más pequeños.

La salud desde esta perspectiva es entendida más allá de la enfermedad, y contempla una lectura integral, donde la persona y su condición de salud es el resultado de la relación

que en su historia de vida (o desde el enfoque del curso de vida como conceptualmente se entiende) ha tejido con los demás, con el entorno y consigo misma. Esto en atención al derecho a un nivel de vida adecuado, como lo expresa Galviz (2011):

El nivel de vida adecuado que tiene en cuenta el artículo 25 de la Declaración comprende la satisfacción de las necesidades básicas, como alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, servicios sociales y derecho a seguros... La misma disposición recomienda a los Estados parte que tomen medidas para asegurar el goce efectivo de este derecho... Confirma además el derecho de las personas a estar protegidas contra el hambre... (p. 126)

Postulados que se confirman en la reflexión y en la interpelación que hicieron los médicos en formación como fue el caso de FMG cuando cuestiona el hecho de que *vivimos en un país con una gran biodiversidad, exportador de frutas, verduras y demás productos que nos ayudan a una alimentación saludable, ahora me pregunto ¿si hay tanto para exportar, por qué no hay para nuestros niños?* (FMG), una idea que es complementada por VBV cuando también cuestiona que: *Es imposible que un país en donde el 13% de los niños sufren de desnutrición crónica (cifras tomadas de Unicef) sea también el país más alegre*” (VBV).

Como aprendizaje de la experiencia, allí, es donde juega un rol importante el hecho de que los médicos en formación puedan entender que la salud de los niños y niñas tiene estrecha relación con las condiciones de los entornos que ellos habitan, de sus riquezas o carencias, de sus prácticas o estilos de vida y que en definitiva estas condiciones, como lo explica el enfoque de los DSS, pueden ser del orden cultural o macro-sistémico, del orden institucional o meso-sistémico y del orden individual o micro sistémico.

En cualquier caso, la salud de la población infantil está condicionada a las decisiones y acciones políticas, y entre ellas, a la necesidad de desarrollar capacidad en la misma población y en el personal de la salud, para actuar de forma independiente, con autonomía y a partir del empoderamiento político.

La sistematización de esta experiencia pedagógica muestra que, por su parte, al médico en formación que a la postre hará parte de los equipos sanitarios, le corresponde asumir una postura crítica que desencadene y potencie el desarrollo de capacidades creativas para pensar y darle vida a estrategias, proyectos, programas, y en general políticas públicas para la acción coherente con las necesidades de la población. Pero esto no será idealmente concebido, si no existe una mínima comprensión de la realidad y mucho menos si entre los actores se carece de sensibilidad por la dignidad de la vida humana y especialmente de la primera infancia.

Cómo lo dijo EG en su escrito:

Proyecto Social I me ayudó a ser más receptivo a la crítica, a una mayor relación social sin importar su edad pues desde hace un tiempo atrás me comportaba con una indiferencia total a los niños, no sabía cómo interactuar con ellos, como podría generarles una sonrisa sincera o cuando jugaba con ellos a no sentirme incómodo, definitivamente darme cuenta de mis debilidades y además saber cómo iniciar para fortalecerlas (EG)

Pensar la formación integral de médicos con enfoque en APS y PS, implica hacerse varias preguntas en procura de aclarar el sentido de dicha responsabilidad. Una de las inquietudes que surge es cómo entender el concepto “integral”, puesto que la formación en cualquier área disciplinar implica no solo el dominio del conocimiento tanto teórico como práctico, sino además su sentido y pertinencia en el contexto de desempeño. A menudo y ante la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia - SGSSS, se percibe la necesidad de contar con personal de la salud “más humano”, tal vez como una apreciación y reconocimiento que destaca su conocimiento teórico, técnico o práctico, pero que llama la atención sobre su debilidad con respecto a lo “humano”, por lo cual cabe también la cuestión por entender en este contexto el sentido por lo humano.

El mismo concepto de “integral” aparece con frecuencia en el desarrollo de las niñas y los niños más pequeños, puesto que se procura contribuir, bien sea desde las políticas públicas, desde los programas de gobierno, o desde la prestación de servicios, con procesos, acciones y/o condiciones que garanticen el desarrollo integral de las niñas y los niños. Hablar de formación integral, desarrollo integral o de una perspectiva más humana quizá invite a los médicos en formación y a los programas de medicina a comprender que la razón y el sentido, tanto de la formación en salud como del desarrollo de las niñas y los niños estén determinadas por la noción de la dignidad humana.

La dignidad como concepto, pero sobre todo la dignidad desde la ética del desarrollo

Los aprendizajes que deja la experiencia sistematizada remite a las siguientes preguntas: ¿Qué sentido tienen el ejercicio médico sin la comprensión de sus aportes a la dignidad humana?, y también ¿qué sentido tiene el desarrollo de las niñas y los niños en condiciones que vulneran su dignidad?

La dignidad de acuerdo con Ligia Galviz (2011) se refiere a:

...la gestión personal de la titularidad de los derechos, la altura, el rigor, el placer, la elegancia y la estética con qué ejercemos los derechos en libertad y con responsabilidad. La

dignidad es la síntesis de los demás atributos, se vive con el ejercicio personal y colectivo de los derechos humanos (p.46).

Bajo esta definición y especialmente por la aseveración final, es posible entender, que: “Los Derechos Humanos son una visión del mundo, de la vida” afirma Galviz (2011), y aclara que estos son un paradigma “...que se desprende de la voluntad universal de recuperar el humanismo a partir de los ejes que moldean la dignidad humana y definen la democracia contemporánea que son: la libertad, la igualdad, la responsabilidad y la autonomía (Galviz, 2011, p. 38)

Por lo tanto uno de los aprendizajes que deja esta experiencia es que, la comprensión de la dignidad humana por parte del personal de la salud en formación y sobre todo la comprensión de la primera infancia desde la dignidad humana es un imperativo categórico que destaca la apuesta por la humanización o la formación integral del personal médico y en salud.

Si es la dignidad la base fundamental sobre dicha formación entonces se parte del reconocimiento del otro, como un sujeto igualmente válido en derechos.

En este sentido, la salud y la educación resultan ser derechos humanos que dignifican la existencia de las personas, las reconoce en su esencia y en el caso de las niñas y los niños destaca su valor, como lo expresa Galviz, “por el simple hecho de ser persona”, un reconocimiento al que llegan los médicos en formación a partir de sus interacciones con la comunidad, que de acuerdo a lo representado se deja entender a partir de sus relatos.

Así, y en el marco conceptual de los DSS, se articulan los propósitos de la Declaración de Alma Ata adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, donde también, como lo expresan en sus relatos los médicos en formación, se asume las condiciones de salud de la población como “...*inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países*” (OMS, 1978)

De la misma forma, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, reconoce como lo hacen los DSS “...*las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente.*” (OMS, 2011, P. 7)

Transformar dichas condiciones depende entonces de “reducir las inequidades en salud... lograr que la población entienda qué son las inequidades en salud y los DSS, priorizar la equidad, la salud y el bienestar como un objetivo primordial de los gobiernos y la sociedad, garantizar la coordinación y la coherencia de las medidas adoptadas, etc...”

Uno de los factores claves para avanzar en este propósito, relaciona la participación eficaz de los actores a partir de la “*capacitación formal o a través de experiencias en la promoción de la causa...*” como se cita en (OMS, 2011) y como se articulan en estos

planteamientos que dan cuenta de lo vivido por los médicos en formación y en el desarrollo de la experiencia pedagógica.

El lugar de los derechos y la dignidad humana, en el enfoque del Desarrollo

Humano

Al tratarse los Derechos Humanos como un paradigma de visión de mundo, una manera de abordar y entender la existencia humana desde su dignidad, se hizo necesaria en esta experiencia la reflexión, el análisis y estudio por el sentido de la vida y a su vez la observación y medición de la calidad de vida de las personas. Son varias las teorías y métodos que desde diferentes perspectivas intentan observar, medir y comprender la calidad de vida. Sin embargo el concepto “calidad de vida” resulta subjetivo y difícil de comprender. Para los propósitos de esta investigación se centra la atención en el enfoque del Desarrollo Humano adoptado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en el año 1990, como un marco de referencia que a diferencia de otros métodos centra su atención en la personas, y en este caso en las niñas y niños de la primera infancia. El desarrollo humano esencialmente se asume como un proceso permanente de ampliación de libertades humanas y potenciación de capacidades y tiene sus fundamentos teóricos y conceptuales en los postulados de la economía alternativa liderada por Amartya Sen y las reflexiones filosóficas de Martha Nussbaum, hacia mediados de los años 80's y quizá en oposición a la visión utilitarista de la economía ortodoxa que se sustenta en el bienestar y la prosperidad, centrada más en la posesión de bienes para la satisfacción de deseos individuales, que en el desarrollo de capacidades creativas para la potenciación de libertades humanas.

Al respecto el Informe de Desarrollo Humano de 1990 publicado por el PNUD, define el desarrollo humano como:

...un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente (PNUD, 1990).

Este enfoque del Desarrollo Humano coincide con el enfoque de los Derechos Humanos especialmente en el ideal de libertad y se concreta en un indicador que se define de manera más concreta en la longevidad (esperanza de vida), la educación (alfabetización) y el nivel decente de vida, que puede entenderse también desde la dignidad. Esta concepción pone de plano la comprensión de la salud como un determinante de la esperanza de vida y la educación como un determinante para el desarrollo de capacidades. Ambos en comunión dan respuesta a la

potenciación de las libertades humanas para ampliar oportunidades de desarrollo y agenciar la autonomía en los pueblos y naciones, y de forma individual en las personas.

A partir de las crónicas de los estudiantes y de la sistematización de la experiencia, pensar la formación de un cuerpo médico, implica por ende comprender dicha apreciación por el desarrollo humano, pues como ya se ha mencionado la salud y la educación dignifican la existencia de la vida humana y bajo los principios éticos de la medicina, no puede dejarse de lado esta comprensión. Bajo este enfoque la atención en salud desde los sistemas de salud en el mundo, juegan un rol fundamental para dignificar a la humanidad, pero dicha postura va más allá de la mera atención, asistencia o acceso a los servicios de salud.

Desde la mirada de las capacidades humanada, el enfoque del desarrollo humano se articula con la noción de la promoción de la salud propuesta por la OMS/OPS en 1986 y la cual se inclina por motivar el desarrollo de capacidades en los sujetos para agenciar de forma autónoma sus condiciones de salud. Es decir, desarrollar capacidades para la toma de decisiones, la transformación de práctica nocivas en salud, la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, la promoción de la participación para la toma de decisiones que favorezca el colectivo, entre otros aspectos que fueron vistos en esta experiencia.

La sistematización de la experiencia lleva entonces a plantear una nueva pregunta, ¿cuál es la razón para comprender esta apuesta por la salud, la educación y un nivel de vida decente que permita a los pueblos y naciones garantizar sus condiciones de desarrollo y por ende las de su misma nación?

En definitiva, pensarse la salud de la población infantil desde el enfoque de la APS para la promoción de la salud con énfasis en educación para la salud de la primera infancia, requiere un personal médico contextualizado y permeado por la sensibilidad para actuar de manera política, y ello solo puede lograrse si en primera instancia este sujeto político (el médico en formación) es capaz de cuestionarse la realidad, como finalmente lo expresa en su relato VBV:

...solo puedo culminar este ciclo teniendo en mente una cosa, y es que la lucha no termina; la enseñanza no termina aquí ni terminará en el momento en el que me gradúe, porque con pequeñas acciones y con pequeños pasos como los dados por nosotros este semestre, se podrán mejorar las condiciones para el desarrollo de los niños y niñas del país (VBV).

Para concluir, no será posible permeare el pensamiento de los médicos en formación al respecto de la dignidad y el desarrollo integral de los niños y niñas más pequeños, si no se tienen al menos en cuenta las categorías que se identificaron en este proceso de

sistematización y como fueron: la necesidad de generar una expectativa sobre la experiencia de la práctica comunitaria que rete al médico en formación sobre su capacidad para corresponder con procesos de acompañamiento idóneos para los niños y niñas; de igual forma agenciar aquellos logros en una experiencia que den cuenta de esa transformación, cuando menos de la forma de ver y entender la comunidad, en este caso los niños y las niñas y finalmente si no procura que dicho médico en formación asuma una corresponsabilidad, reflejada en su postura ética y política. El sentido de una formación médica para promover la salud en la primera infancia, con enfoque en Atención Primaria en Salud necesariamente deberá partir desde una postura de la esperanza, desde la emocionalidad en la interacción con la población infantil para lograr el reconocimiento de su dignidad y desde allí lograr la autocrítica a la responsabilidad que le implica asumir al sector de la salud y en este caso a los médicos en formación.

Referencias

- Abril, R. B. (2004). Medicina en la antigüedad clásica: el primer paradigma en su historia. *Salud UIS*, 175-182.
- Berlinsky, S., & Shady, N. (2015). *Los Primeros Años del Bienestar Infantil*.
- Brines, J. (2014). *Promoción de la Salud del Adulto desde la Infancia*.
- Canal, N. M. (2003). La historia de la medicina en la formación del profesional de medicina: tres casos históricos destacados. *Revista Colombiana de filosofía de la ciencia*, 175-202.
- Cogollo, C. (1998). Trayectorias de la sistematización de experiencias. Su constitución como posibilidad de pensar la producción de conocimiento en escenarios académicos. *Revista Interamericana de Educación, Pedagogía y Estudios Culturales*.
- Deslauriers, J. (2004). *Investigación Cualitativa. Guía Práctica*. Pereira: Papiro.
- Domínguez, D., & Herrera, G. J. (2013). *La investigación narrativa en psicología*.
- Espinosa, A. (2005). La Formación Social del Médico. *Revista Cubana*.
- Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. (2015). *Documento de Condiciones de Calidad - Facultad de Medicina*.
- Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. (2016). *Programa Académico Curso Proyecto Social 1: Infancia y Adolescencia - Facultad de Medicina*.
- Galvis, O. L. (2005). *Comprensión de los Derechos Humanos*. Bogotá.

- Ghiso, A. (1998). De la práctica singular al diálogo con lo plural. Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en épocas de globalización. *Revista Funlam*. www.cepalforja.org/
- Hernández, E., Parra, L., & Correal, C. (2015). *Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional*. Salud Uninorte.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Vol. 5 Edición.
- Heckman, J. (2011). Ponencia presentada en el lanzamiento del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia "De cero a siempre". Bogotá: Presidencia de la República de Colombia.
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Bogotá, Colombia: CINDE.
- Lafuente, S. J. (2019). El ambiente educativo en los contextos de formación médica. *Educación Médica*, 304-308.
- Larrosa, J. (2003). La Experiencia y sus Lengües. *Serie Encuentros y Seminarios*.
- Max-Neef, M.A. (1998). *Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Icaria.
- Moreno, L.A. (2015). Prólogo. En: S, Berlinsky, y N, Shady.(2015). *Los Primeros Años del Bienestar Infantil*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Mejía, M. R. (2010). *Atravesando el espejo de nuestras prácticas*.
- ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- OMS. (2008). *Follento Informativo #31*.
- OMS. (2011). Conferencia Muncial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- OPS. (1978). Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud., (págs. 1-3).
- OMS. (1978). Declaración de Alma Alta . . *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. URSS.
- OPS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud., (págs. "Promocionar la salud", párrafo 1).
- ONU. (1966). Pacto Internacional de Derechos Sociales Económicos y Culturales.
- Pineda, C. C. (2014). Formación y medicina: transición del modelo anatómico-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. *Iatrea*, 255-266.
- PUND. (1990). *Desarrollo Humano Informe* . Bogotá: Tercer mundo editores.
- Pupo, N. L., & Hechavarría, S. (2014). Características de la Formación Médica en Promoción de Salud en Cuba y América Latina. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Ricoeur, P. (1997). *Tiempo y Narración*, I. Configuración del tiempo. Siglo XXI

Sandoval, C. A. (1996). *Investigación Cualitativa*. Bogotá: ICFECS.

Torres Peixoto, M., Abreo de Jesús, W. L., Carval de Carvalho, R., & Araújo Assis, M. M. (2019). Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface*.