



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Comprensión del significado de la práctica educativa: punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín en el 2021

Autor(es)

José Nicolás Gómez Bedoya

Jessica María León Moscoso

Asesora académica

Yenifer Hinestroza Cuesta

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Medellín, Colombia

2022



Comprensión del significado de la práctica educativa: punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín en el 2021

José Nicolás Gómez Bedoya

Jessica María León Moscoso

Propuesta de trabajo de grado para optar al título de Administrador en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud

Asesora:

Yenifer Hinstroza Cuesta

Magister en Salud Pública

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2021**

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín por abrirnos sus puertas y permitir la realización del proyecto en la institución y a la Facultad Nacional de Salud Pública por permitirnos desarrollar una investigación relacionada con la educación para la salud.

También agradecemos a nuestra asesora principal Yenifer Hinestroza Cuesta, por compartir sus conocimientos, por el acompañamiento y orientación durante el desarrollo del trabajo y enseñarnos a fortalecer nuestros conocimientos en el tema y al profesor Fernando Peñaranda por el apoyo y recomendaciones al proyecto.

Extendemos nuestro agradecimiento a la jefe de enfermería Lina Marcela López y al cardiólogo Jairo Alonso Gándara Ricardo por su disposición y colaboración en cada detalle que necesitamos sobre el programa de educación. Finalmente, agradecemos a los pacientes y familias que participaron de esta investigación, por confiar en nosotros y por compartir su experiencia.

Tabla de Contenido

Glosario	9
Presentación	10
1. Planteamiento del problema	13
1.1. Justificación	20
2. Objetivos	21
2.1. Objetivo General	21
2.2. Objetivos Específicos	21
3. Marcos	22
3.1. Marco Teórico	22
3.1.1. Educación para la salud	22
3.1.2. Países referentes en Educación Para la Salud.	25
3.1.3. Importancia de la EpS	26
3.1.4. Importancia del educador en salud.	27
3.1.5. La práctica educativa	28
3.1.6. Promoción de la salud.	28
3.1. Marco Normativo	29
3.2. Marco Contextual	32
4. Metodología	34
4.1. Tipo de estudio	34
4.2. Etapas de implementación del proyecto	35
4.2.1. Etapa #1: Acercamiento con el HUSVF	35
4.2.2. Etapa #2: Aprobación del HUSVF	35
4.2.3. Etapa #3: Desarrollo del proyecto	35
4.2.4. Etapa #4: Evaluación.	35
4.2.5. Etapa #5: Divulgación.	36
4.3. Participantes del estudio	36
4.3.1. Estrategias para la selección de los participantes.	36
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	36
4.4.1. Criterios de inclusión de usuarios y talento humano en salud:	36
4.4.2. Criterios de exclusión de usuarios y talento humano en salud:	37

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	37
4.6. Plan de recolección de información	38
4.7. Procedimientos y técnicas de análisis de datos	39
5.Consideraciones éticas	40
6.Aspectos administrativos	42
6.1. Viabilidad y factibilidad	42
7.Cronograma y presupuesto	43
8.1. Información del programa para pacientes con falla cardiaca	45
8.1.1.Objetivo general	45
8.1.2.Objetivos específicos del programa	45
8.2. Alcance del programa	46
8.2.1. Requisitos de ingreso	46
8.2.2.Criterios de inclusión de los pacientes	46
8.2.3.Criterios de exclusión	47
8.4. Contenidos del Programa	47
8.5. Resultados de las entrevistas	47
8.5.1. Categoría 1: Funcionamiento del programa.	47
8.5.2. Categoría 2: Práctica educativa del programa desde el punto de vista de los actores	49
8.5.3. Categoría 3: Logros, dificultades y retos presentados en la realización del proceso de educación para la salud.	50
9.Discusión	54
10.Conclusiones	58
11.Recomendaciones	61
12.Limitaciones	63
13. Hallazgos	64
Referencias	65
Anexos	71

Lista de Tablas

Tabla 1. Normatividad en Salud.....	29
Tabla 2. Normatividad en Educación	31
Tabla 3. Logros, Dificultades y Retos	52
Tabla 4. Situación Encontrada y Acción de Mejora... ¡Error! Marcador no definido.	

Lista de Anexos

Anexo 1. Guía de preguntas para la entrevista del talento humano en salud	71
Anexo 2. Guía de preguntas para las entrevistas de los usuarios	74
Anexo 3. Consentimiento Informado	77
Anexo 4. Aval de la Dirección de Investigación del HUSVF	81
Anexo 5. Aval del Comité de Ética del HUSVF	82
Anexo 6. Carta de Presentación del Proyecto	83
Anexo 7. Cronograma	84
Anexo 8. Presupuesto	85
Anexo 9. Matriz de entrevistas	86
Anexo 10. Protocolo de Bioseguridad	87
Anexo 11. Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS	89

Lista de Figuras

Figura 1. Zona nororiental de Medellín	44
--	----

Glosario

APS: Atención Primaria en Salud

EpS: Educación Para la Salud

HUSVF: Hospital Universitario San Vicente Fundación

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PS: Promoción de salud

PyP: Promoción y Prevención

TIC: Tecnologías de Información y Comunicación

UFI: Unidades Funcionales Integrales

Presentación

Esta investigación la realizamos con el fin de conocer a fondo un programa de Educación para la Salud y la percepción que tienen de éste los usuarios y los profesionales en salud del Hospital San Vicente Fundación, debido a que es una temática poco explorada y escasamente conocida por la mayoría de las personas.

Otro de los fines de la investigación era demostrar que la EpS en los servicios de asistencia sanitaria juega un papel fundamental, porque por medio de esta los sujetos ponen en diálogo conocimientos y prácticas que les permitirán transformar sus condiciones de vida para su mejoramiento. Además, la educación es fundamental para mejorar el deficiente acceso a la información en salud, para realizar un proceso adecuado de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que tiene como propósito impulsar en las comunidades o individuos la autonomía y con buena capacidad resolutiva para cambiar el panorama actual de educación en los servicios de salud.

Resumen

La Educación para la Salud es un tema incipiente; por lo tanto, se tiene poco conocimiento de ella y suele ser confundida con términos como educación en salud. La EpS es un proceso orientado al desarrollo humano y la transformación social; además, genera un pensamiento crítico que puede determinar cambios en la comprensión de actitudes y creencias que producen un impacto positivo, de tal manera que los individuos y comunidades mantienen o modifican su estado de bienestar por medio de hábitos y estilos de vida saludables. Por tal motivo, los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria, garantizan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindando una atención más integral y beneficiando al individuo y la comunidad, rompiendo el paradigma establecido por el modelo biomédico al fortalecer la relación médico-paciente mediante la comunicación y conocimientos del proceso salud-enfermedad. La presente investigación tiene como objetivo Comprender el significado de la práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín en el segundo semestre del año 2021. Se utilizó una metodología descriptiva de tipo cualitativa (entrevistas a profundidad), con técnicas etnográficas desde un paradigma interpretativo y comprensivo, donde se dio una descripción de las experiencias desde el punto de vista de los participantes en la práctica educativa del programa. Se llegó a la conclusión de que el programa se fundamenta en el componente educativo para modificar conductas y generar conciencia acerca del estado de salud y bienestar del educando.

Palabras Claves:

Educación para la salud, promoción de la salud, estilos de vida saludable, programa de pacientes con falla cardiaca y Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Introducción

La educación para la salud es un proceso mediante el cual se busca que los individuos y la comunidad adquieran conductas que le permitan mantener o modificar su salud, mediante estilos de vida y hábitos saludables; además, se considera un instrumento de la salud pública porque permite prevenir y evitar complicaciones que alteren el estado de bienestar de la población (1).

A lo largo de la historia, la educación para la salud ha obtenido reconocimiento en el sector salud; sin embargo, en la literatura muchas veces este concepto es confundido o reemplazado por educación sanitaria o educación en salud; pero lo cierto es que la educación para la salud es un pilar fundamental en los servicios de asistencia sanitaria ya que mediante ella se pueden implementar procesos de aprendizaje, cuyo objetivo es promover cambios en la vida cotidiana que tengan como desenlace la adquisición de estilos de vida y hábitos saludables. También las enfermedades cardiovasculares han sido un problema sanitario grave, que genera aumento de la morbimortalidad a nivel mundial. Esta enfermedad requiere atención médica permanente y estrategias que permitan reducir el riesgo y no solo hacer seguimiento, por tal motivo, la educación debe ser parte integral del tratamiento que reciben los pacientes que presentan estas patologías, para desarrollar conocimiento acerca de la enfermedad que presentan y así poder modificar su conducta mediante hábitos y estilos de vida saludable que permitan mejorar su bienestar (2,3).

Debido a la importancia que tiene la educación en el campo de la salud pública, esta investigación pretendía reconocer cómo el talento humano en salud y los usuarios realizan la práctica educativa en el programa para pacientes con falla cardíaca del HUSVF de Medellín, con el objetivo de comprender los significados de las experiencias desde el punto de vista de los actores en el proceso de EpS.

1. Planteamiento del problema

La Educación para la salud (EpS) es un proceso mediante el cual se busca que los individuos o colectivos adquieran conductas y estilos de vida saludables, que le permitan alcanzar una autonomía y capacidades de elecciones adecuadas para su propia salud, con el fin de garantizar un estado de bienestar que logra el favorecimiento de la promoción, prevención y mantenimiento o restauración de la salud. En este proceso interactúan dos actores fundamentales: la persona que educa y la que aprende. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la EpS “...es cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten...” (3,4).

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que la EpS es una dimensión importante de la salud pública. Internacionalmente se ha planteado esta importancia desde los postulados de Winslow en el siglo pasado y Sigerists en los años cuarenta del siglo XXI. Igualmente, Leavell y Clark la plantearon como eje central de la prevención primaria en los años sesenta. En 1978, en Alma Ata se propuso la educación como uno de los componentes esenciales para alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000”. La carta de Ottawa, promulgada en 1986, también planteó la educación como eje central de la promoción de la salud y su relación con el desarrollo de las capacidades de los individuos y los colectivos para ejercer control sobre la salud (5).

Aunque existen diversos conceptos acerca del tema, lo cierto es que la Educación para la Salud tiene relevancia en los procesos llevados a cabo en los servicios de asistencia sanitaria y está ligada con la promoción de la salud, siendo un medio que constituye fundamentalmente el proceso de promoción para la salud, ya que tiene como objeto transmitir conocimientos y actitudes que ayuden a mejorar y/o conservar la salud del individuo o la comunidad por medio de estilos de vida saludables (6).

La promoción de la salud en los servicios de asistencia sanitaria tiene su relevancia en la declaración de Alma Ata donde se incluyen directrices para lograr el objetivo de salud para todos y luego se redacta lo que conocemos como la Carta de Ottawa donde se define que “...la promoción de salud es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta. 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, de cambiar o adaptarse al medio ambiente...” (7).

El vínculo entre ambos conceptos se da en la prestación de servicios de salud y se refleja en la relación profesional-usuarios que acuden a los diferentes servicios. Diferentes sistemas de salud a nivel mundial incluyen la promoción de la salud y la EpS en cada proceso de prestación y articulación de los servicios. Países como Canadá, España y Cuba muestran cómo ambos conceptos se desarrollan dentro de sus sistemas de salud por parte de los profesionales con el fin de mejorar o mantener la salud individual o comunitaria (6).

En Colombia, la EpS y sus procesos han pasado por un conflicto contradictorio, ya que este concepto muchas veces es referenciado y confundido con educación sanitaria, educación en salud o educación en los servicios de salud, pero en la realidad, la práctica de esta y sus procesos constituyen elementos esenciales para el quehacer profesional. Aunque en la literatura la EpS tenga mucha relevancia, lo cierto es que existe un contraste con la realidad actual que vive el sector salud, ya que la EpS y sus procesos en los servicios de asistencia sanitaria suelen pasar desapercibidos y esto se debe a múltiples factores que obstaculizan el desarrollo de ésta (4,5).

Uno de estos factores es el tradicional modelo biomédico que establece un orden social en el control del conocimiento, dando origen a una relación vertical, en la que el profesional emite un diagnóstico a partir de las necesidades individuales y formula un tratamiento al usuario y este actúa como sujeto pasivo, ya que tiene muy poco conocimiento o capacidad para decidir sobre su propia salud. Esto se debe a que este modelo se centra en la enfermedad, enfocándose más en lo curativo y en intervenir las dolencias individuales que en lo preventivo y, por lo tanto, las afecciones o padecimientos suelen ser el foco de intervención originando una atención curativa y objetiva. En este orden de ideas, este modelo no permite esa relación de comunicación entre profesional y usuario por lo que no se dan las charlas educativas que buscan la adquisición de conocimientos y conductas que originan estilos y hábitos de vida saludable; por eso, estos procesos no son visibles ni tienen la suficiente relevancia y, tal vez, no sean ejercidos por los profesionales que se desempeñan en el sector (4,5,8).

Otro de los factores que obstaculizan el desarrollo de la EpS en los servicios de asistencia sanitaria, es el sistema de salud ya que este es eficientista y tecnicista; por esta razón, al profesional no le da tiempo de establecer esa relación humana con el paciente, debido a la eficiencia y rendimientos de este, ya que el profesional tiene entre 20 o 30 minutos para atender al usuario y en este tiempo debe registrar aspectos generales de la historia clínica como los datos personales, antecedentes propios y familiares y, finalmente, arrojar un diagnóstico del estado de salud actual del paciente (9).

Para ilustrar más este factor, se consultó un artículo científico llamado “*Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica*” que habla acerca del tiempo empleado en la consulta externa y refleja que el tiempo utilizado por los profesionales en la atención médica no es el adecuado porque no se ejerce la APS de forma correcta, ya que ésta es una estrategia que aborda múltiples conceptos y que su objetivo es prevenir esos problemas de salud que se presentan en el primer nivel de atención y tener un tiempo limitado no permite su desarrollo, incluso un estudio realizado en Alemania “demostró la obtención de grandes beneficios en el devenir de pacientes con enfermedades crónicas, donde las consultas médicas tenían un mínimo de 30 min. Parte de estos resultados se asocian con el mayor tiempo para dar indicaciones para mejorar hábitos y estilos de vida y establecer un compromiso en la relación médico-paciente, para el cumplimiento del proceso de educación y planes terapéuticos integrales” (9).

Otro resultado que revela el artículo científico la “*Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica*” es que cuando los profesionales tienen entre 20 o 30 minutos para realizar una consulta médica, deben cumplir con unos parámetros establecidos que garanticen la eficiencia y tecnicismo del sistema. Incluso al consultar al profesional acerca del tiempo establecido en consulta, el 46% de ellos dijo que lo ideal sería que se ampliara el rango del tiempo y que el 80% de ese tiempo debería emplearse en la educación para que el paciente pueda adquirir conocimientos que le permitan modificar estilos de vida y adoptar prácticas saludables que conducen al individuo a el bienestar y todo este proceso permite lograr la promoción de la salud (2,9).

Por tal motivo, se deben ejercer los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria, ya que garantizan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindando una atención más integral que rompe el paradigma establecido por el modelo biomédico, donde la relación médico-paciente se basa en la comunicación y conocimientos del proceso salud-enfermedad y cómo el individuo y la comunidad se apropian de conductas que mejoran su estado o condición de salud (1).

En Medellín se realizó un estudio donde participaron docentes, decanos y directores de algunas instituciones de educación superior en los programas de medicina, enfermería, odontología, nutrición y salud pública de La Universidad Pontificia Bolivariana, Fundación Universitaria San Martín, Universidad CES y la Universidad de Antioquia, donde colaboraron 26 personas vinculadas a la docencia, investigación y extensión de las IES mencionadas. Se obtuvo como resultado que “la EpS es un asunto considerado de gran importancia dentro del campo de la salud, y en este sentido, se valora como parte necesaria del currículo para la formación de los profesionales de la salud”. Sin embargo, se observa un contraste con la realidad de la EpS, esto se da porque la importancia que el sector sanitario le da es escasa, por lo cual hay poco desarrollo de esta en el medio (5).

El estudio *“Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia”* plantea que la formación de los profesionales del área de la salud en la EpS es un tema incipiente y débil, debido a que en los planes de estudio y los cursos relacionados con el tema no han sido suficientes, por lo tanto, no se cuenta con profesionales con la formación idónea para llevar a cabo actividades de EpS con calidad. Actualmente, se está conformando y fortaleciendo el contenido de EpS en los pregrados y posgrados de las IES (5).

Por otro lado, esta investigación tuvo un enfoque en EpS en el contexto de enfermedades cardiovasculares. La enfermedad isquémica del corazón se refiere al estrechamiento o bloqueo causado a los vasos sanguíneos por una acumulación de grasa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, esta puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos, además, puede conducir a un ataque al corazón, dolor de pecho o derrame cerebral (10).

Cabe resaltar que, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Según la OMS, se calculó que en el año 2012 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de decesos a nivel mundial, de estos, 7,4 millones fueron por cardiopatías coronarias y 6,7 millones por accidentes cerebrovasculares (11,12).

Las enfermedades cardiovasculares se clasifican en: hipertensión arterial (presión alta), cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (apoplejía), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías, cardiopatía isquémica, valvulopatías y arritmias (11,12).

El 80% de las defunciones causadas por estas enfermedades se presenta en países de ingresos económicos medios y bajos, afectando por igual a hombres y mujeres, adicionalmente, la causa principal de las enfermedades cardiovasculares es la ausencia de estilos de vida saludable, incurriendo a factores como el consumo de tabaco, falta de actividad física y una alimentación poco saludable (11,12).

La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas como la falta de aire, cansancio, dificultad para respirar tumbado, entre otras. Se produce debido a un problema propio cuando hay un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre o porque su capacidad de reacción no alcanza a satisfacer lo que el organismo le demanda (13).

El American College of Cardiology/American Heart Association define la falla cardíaca como un “síndrome clínico complejo que resulta de algún desorden cualquiera, ya sea de tipo estructural o funcional del corazón, que altera su capacidad de llenado o de eyección de sangre”. Además, supone un problema de

salud pública por su alta incidencia; se considera que, en países industrializados, como Estados Unidos, es la responsable de un millón de hospitalizaciones por año y la principal causa de admisión hospitalaria en mayores de 65 años (14).

La falla cardíaca es una patología de gran impacto y con alta incidencia a nivel mundial, enfrentando al talento humano en salud a diversas situaciones y contextos de difícil manejo. Esta supone ser una enfermedad de abordaje compleja y con una población en crecimiento, lo cual genera un desafío para el personal de salud que, a través de sus diferentes acciones, busca favorecer la recuperación y mejorar la calidad de vida del paciente (14).

Es importante resaltar que las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, además es la principal causa de defunción en el mundo, presentándose con mayor frecuencia en la población que no tiene estilos de vida saludables, por eso, la educación para la salud no debe pasar desapercibida y debe aplicarse en todos los servicios de asistencia sanitaria como eje preventivo y de acción (15).

En Colombia, según la OMS y el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, se estima que un 28% de las muertes son causadas por enfermedad cardiovascular, constituyéndose la falla cardíaca entre las primeras 10 causas de morbilidad y mortalidad de personas en edad económica y socialmente productiva; asimismo, para el Observatorio Nacional de Salud, la principal causa de muertes está dada por la enfermedad cardiovascular (23,5%), dentro de los cuales el mayor número de eventos se originan por afecciones cardíacas isquémicas (56,3%). En el país no hay un registro adecuado sobre la prevalencia y el rango de edades en que puede presentarse la falla cardíaca, pues en uno de los estudios realizados se encontró que el 20,1% de los pacientes que fueron admitidos con diagnóstico de falla cardíaca tienen edad promedio de 68 años; de este grupo, el 51,6% fueron de género masculino y el 48,4% pertenecía al femenino (14).

Esta enfermedad en Colombia afecta a 1 millón de personas y aparece cuando el corazón se debilita como consecuencia de enfermedades como el infarto agudo de miocardio, la hipertensión, la enfermedad de las válvulas cardíacas, el uso de tóxicos como las drogas de quimioterapia, el alcohol, las sustancias de abuso y algunos virus que afectan al corazón (14).

Esto genera un alto impacto en la vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca ya tienen muchas limitaciones para realizar su vida diaria y las actividades que requieren esfuerzo, además, con frecuencia presentan dificultad al respirar y retienen líquido en sus piernas, órganos abdominales y los pulmones, originando un reto al que se enfrenta el talento humano en salud desde los diferentes roles de actuación en lo referente al “restablecimiento y recuperación de funciones vitales

alteradas, con el fin de limitar al máximo las secuelas que pongan en riesgo la calidad de vida del enfermo” (14,16).

En el país se han descrito 4 roles de actuación, los cuales se desarrollan en la búsqueda del bienestar del paciente con falla cardíaca, estos son: la asistencia directa a individuos, la administración o gerencia del cuidado, la investigación y la educación. En esta investigación se hablará del rol educativo (14).

La educación constituye un factor clave para la adquisición de competencias de liderazgo por parte del talento humano en salud, considerándola como un medio que permite y facilita la modificación de conductas y comportamientos de las personas teniendo en cuenta variables como su personalidad, el contexto en el que viven, la red de apoyo con la que cuentan, entre otras. Así, en el artículo “*Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca*” plantean la importancia de la intervención educativa en pacientes con falla cardíaca, teniendo como objetivos “enseñar, reforzar, mejorar y evaluar de forma constante las habilidades para el autocuidado, con el fin de obtener y mantener la estabilidad del paciente”. Dentro de los programas educativos se deben incluir el control de peso, restricciones al consumo de sodio y líquidos, actividades físicas, el uso adecuado de medicamentos, la observación de señales y síntomas de agravamiento de la enfermedad y la búsqueda oportuna de los servicios médicos, como medidas de autocuidado en el manejo del paciente con falla cardíaca a nivel hospitalario y ambulatorio. Dentro del artículo mencionado anteriormente, describieron que un estudio similar presentado por Achury Saldaña supone que el trabajo de enfermería basado en estos planes educativos contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (14).

Los programas educativos tienen como objetivo, no solamente mejorar el conocimiento, sino también los comportamientos que influyen sobre la enfermedad y, además, son considerados un instrumento útil para desarrollar, mantener y cambiar las conductas de autocuidado en pacientes con falla cardíaca (14).

La educación es un componente vital en la atención de pacientes con problemas cardíacos. Durante la teoría, el educador brinda información sobre conceptos, procedimientos y actitudes que el educando debe poner en práctica para el aprendizaje de la enseñanza. Se espera que la teoría y la práctica no se rompan ni en el tiempo ni en el espacio; sin embargo, la pedagogía aleja la teoría de la práctica o viceversa y, al buscar soluciones a esta controversia, es difícil encontrar una salida a esta separación (17).

La práctica educativa más prevalente son las charlas o consejos que se basan en un modelo de asesoramiento unidireccional, es decir, un solo sentido emisor y receptor. Esto corresponde al modelo tradicional de comunicación que se opone a la formación de un individuo consciente de su problema de salud y autocuidado,

donde surge la necesidad de estrategias de comunicación interactivas para que los pacientes se responsabilicen de su salud y, así, puedan cambiar su comportamiento, desarrollar la capacidad de pensar y tomar decisiones informadas en consenso médico. En países con sistemas de salud segmentados, aunque existe consenso sobre la necesidad de la participación responsable del paciente, la mayoría de los programas educativos implementados no utilizan un modelo de comunicación para facilitar la participación del individuo (17).

Además de los factores expuestos, se puede inferir que al no desarrollarse la EpS en los servicios de asistencia sanitaria, tiene como consecuencia que se originen enfermedades cardiovasculares que suelen ser costosas para el sistema y que pueden evitarse mediante la educación, ya que esta es una acción que busca estrategias para prevenir y disminuir las complicaciones sobre el estado de bienestar del individuo, que no se limitan solo a la condición biomédica sino que aborda aspectos integrales que generan adquisición de conocimientos y modifican conductas que permiten al individuo y a la comunidad adoptar estilos y hábitos de vida saludable garantizando la promoción de la salud a una escala social (1).

También hay que destacar que en las instituciones de salud de Medellín se ha trabajado el tema y lo cierto es que estos procesos en los servicios de salud suelen pasar desapercibidos y se tiene poco conocimiento de cómo se desarrolla la EpS dentro de los servicios de asistencia sanitaria. Tal es el caso del Hospital Universitario San Vicente Fundación (**HUSVF**), institución de tercer nivel de complejidad, orientada a servicios asistenciales, educación e investigación en salud, y que se caracteriza por contar con un programa educativo de pacientes con falla cardiaca cuyo énfasis es la educación del paciente en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (1,18).

Debido a la importancia que tienen estos procesos en los servicios de asistencia sanitaria, los cuales son fundamentales para alcanzar la promoción de la salud y generar condiciones en las cuales el individuo y la comunidad adquieran una conducta que les permita modificar o mantener su salud y obtener una atención más integral, por lo que ambos conceptos se encuentran entrelazados, siendo la EpS una herramienta que al ser integrada con la participación activa de las personas se convierte en lo que se conoce como promoción de la salud (19). Dado el contexto anterior, se evidencian los factores que obstaculizan el desarrollo de EpS y la importancia que tiene en los procesos que se llevan a cabo en la prestación de servicios de salud y, por lo tanto, se decidió realizar esta investigación que con el fin de conocer **¿Cómo se comprende el significado de la práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín en el segundo semestre del año 2021?**

1.1. Justificación

La educación para la salud es un proceso orientado al desarrollo humano y la transformación social; además, genera un pensamiento crítico que puede determinar cambios en la comprensión de actitudes y creencias que producen un impacto positivo, de tal manera que los individuos y comunidades desarrollan conductas que les permite mantener o modificar su estado de bienestar por medio de hábitos y estilos de vida saludables. Por tal motivo, los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria, garantizan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindando una atención más integral y beneficiando al individuo y la comunidad al apropiarse de conductas que mejoran su estado de salud, rompiendo el paradigma establecido por el modelo biomédico al fortalecer la relación médico-paciente mediante la comunicación y conocimientos del proceso salud-enfermedad (19).

Según los artículos de investigación consultados, los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria, son exitosos porque logran fortalecer las actitudes y empoderamiento de la comunidad mediante el diálogo de saberes y la participación en el proceso comunicativo de la relación médico-paciente. Lo anteriormente mencionado se alcanza mediante la aplicación de técnicas educativas, las cuales son propias de los procesos de EpS en los servicios de salud, tanto intramurales como extramurales, de no ser así, la población no tendría mejorías en su estado de salud, por lo tanto, se afectaría su calidad de vida (20).

Esta investigación pretendía conocer cómo realizan la práctica educativa el talento humano en salud y los usuarios en el programa educativo de pacientes con falla cardiaca del hospital. Además, es importante lograr una atención más integral que contribuya a alcanzar conocimientos y actitudes que le permite a la comunidad y al individuo adoptar hábitos y estilos de vida saludable para mejorar o modificar su estado de salud (21).

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Comprender el significado de la práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín en el segundo semestre del año 2021.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Describir la práctica educativa del programa de pacientes con falla cardiaca del HUSVF
- 2.2.2. Reconocer las experiencias de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca respecto al propósito, procedimientos o contenidos.
- 2.2.3. Identificar los logros, dificultades y retos que se presentan en el proceso educativo del programa de pacientes con falla cardiaca.

3. Marcos

3.1. Marco Teórico

3.1.1. Educación para la salud

Para definir educación para la salud debemos partir de la comprensión de los diferentes conceptos que han elaborado diversos autores a lo largo de la historia, ya que el concepto de educación para la salud ha sufrido una evolución a lo largo del tiempo (15).

El interés por la educación para la salud tiene una larga historia y como se señala en varios artículos científicos, la humanidad ha demostrado preocupación por la salud y su difusión; sin embargo, la evaluación sistemática y científica es relativa y reciente (15).

Según Perea, la educación para la salud se constituye como disciplina autónoma. En 1991, el primer programa de EpS fue proporcionado por el Institute Massachusetts, aunque esta terminología se utilizó por primera vez en una conferencia sobre salud infantil (15).

Para Gallego y Fortuny, la educación para la salud “es un proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el derecho a la salud”, ampliamente reconocidos en los artículos 44, 49 y 67 de la Constitución Política de 1991. La educación es fundamental en la formación y su principal objeto es la adquisición de conocimiento para transformar y crear un pensamiento analítico y crítico que permita a los individuos tener autonomía (22).

Además, los investigadores Torres, Guzmán y Barrientos dicen que Simón Arroyo ha planteado la educación para la salud como “eje central del desarrollo humano”, ha concluido que son múltiples las implicaciones que ésta tiene para el desarrollo de actitudes y valores en los individuos, destacando que una acepción de esta debe abarcar las siguientes situaciones básicas: a) Hace referencia no sólo a una actividad o proceso, representa “la acción y efecto de educar”. b) Es un proceso humano, que supone, de algún modo, coherencia y libertad. c) Necesariamente está orientada a un fin, es decir, tiene una intencionalidad. d) Su propósito supone un perfeccionamiento, mejora, dignificación o beneficio del ser humano” (23).

Según Navarro Jurado, la educación en la modernidad se entiende como un proceso interactivo entre la afectividad y la percepción, que busca dotar al individuo de todos los medios posibles para lograr autonomía, independencia y libertad, de tal manera que pueda tomar sus propias decisiones. Todavía no se sabe exactamente cómo interactúan los factores afectivos (motivacionales) con los componentes cognitivos,

lo que se conoce es que estos factores han confirmado su importancia en el aprendizaje de diferentes tipos de contenidos (23).

Dentro de las definiciones de EpS está la elaborada por la OMS que dice que esta “comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (24).

También existen diversos autores que han definido conceptualmente la educación para la salud y dentro de estas se encuentran las siguientes: la definición de EpS más utilizada en Estados Unidos es la elaborada por Henderson en 1981, que la establece como “un proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y de la comunidad” (15).

Para A. Rochon, la definición más completa es la de Lawrence W. Gordon, para quien la EpS “es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables” (15).

Según Green (1976), “la EpS puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud (15). En 1979 Modolo planteó la educación para la salud como una herramienta de la promoción de la salud y de la acción preventiva, porque al conceptualizarla de esa manera, permite a las personas obtener conocimiento científico sobre problemas y conductas útiles para alcanzar la meta salud para todos propuesta en la Conferencia de Alma – Ata (25).

Años más tarde Salleras en 1985, dijo que la educación para la salud no debía ser solo un medio, sino la base para alcanzar los objetivos de la salud pública en la etapa de promoción de la salud y, así mismo debía ser en la etapa de recuperación o restauración de la salud. Luego en 1995 Saénz, Marques y Collel, definen la educación para la salud según el área de acción donde se realiza la actividad, independiente del ámbito de actuación. De todos modos, la EpS es una herramienta para alcanzar la promoción de la salud y básicamente tiene como objetivo promover cambios de comportamientos hacia conductas saludables que permitan, en la medida de lo posible, eliminar factores de riesgo mientras se aumentan los factores protectores (25).

Además, la comprensión de educación como proceso integrador y salud como completo estado de bienestar físico, mental y social, permiten que Perea en 1992, definiera la educación para la salud como: “un proceso de educación permanente

que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva” (25).

Una de las definiciones más reconocidas de la EpS es la del IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine (U.S.A., 1975), presidida por Anne R. Somers y fue definida de la siguiente manera: “la EpS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos” (26).

En el estudio detallado de esta definición se puede observar la inclusión de una serie de actividades conducentes que permiten desarrollar el proceso de educación para la salud, dentro de estas están (26):

1. Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
2. Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
3. Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
4. Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la salud positiva.
5. Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
6. Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos”

Otro de los conceptos más relevantes de la EpS es el elaborado por el Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander, para el cual la EpS con enfoque integral se entiende como un “...proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo...”. También dice que se deben aprender procesos de educación para la salud “basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora” para lograr el empoderamiento individual y colectivo (27).

En el 2012, Arroyo la definió como “...una estrategia de la salud pública y la promoción de la salud que utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones, con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva” (27). X.ghost_stories.x

En el 2020, Peñaranda Correa define la EpS como educación el campo de la salud pública porque busca generar una visión más amplia acerca de las relaciones que establecen los sujetos individuales y colectivos mediante un proceso de comunicación que facilita los escenarios educativos donde el educando y educador crean un proceso de producción, transformación y análisis crítico de significados que buscan la autonomía del individuo por medio de la interpretación crítica y la transformación social de la realidad y no solo se limita al campo de la salud, sino que trasciende a otros escenarios de participación; es decir, la educación en el campo de la salud pública genera un pensamiento crítico y reflexivo que logra la emancipación del individuo y reafirma su identidad dentro de la sociedad (1).

También la conceptualización de la educación en América Latina, descrita por Paulo Freire, permite reconocer a la educación para la salud como un proceso de acción, reflexión y transformación social que genera cambios de comportamientos que conducen el desarrollo humano, ya que enfatiza en la solución de problema por medio de prácticas técnicas individuales (28).

3.1.2. Países referentes en Educación Para la Salud.

Se tienen como referentes teóricos los sistemas de salud de países como Canadá, España y Cuba, en los que la EpS es desarrollada por los profesionales, con el fin de mejorar o mantener la salud individual o comunitaria (6).

En Cuba, los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria se desarrollan por medio de los profesionales que establecen un medio de comunicación, diálogos de saberes y participación en la relación médico-paciente, logrando fortalecer las actitudes y empoderamiento del individuo y la comunidad, generando que adquieran estilos de vida saludables y conductas que les permitan mantener y mejorar la salud. Estos procesos en los servicios de salud tienen un enfoque en la promoción de la salud y los profesionales los realizan a través de diferentes técnicas educativas como lo son: las entrevistas, la demostración, la charla educativa, el panel y las discusiones grupales (desarrolladas en la comunidad). Estos métodos de aplicación de la EpS se fundamentan en la identificación de las necesidades y se satisfacen a

través del desarrollo de programas educativos que generan como resultado la promoción de la salud a una gran escala social (6).

Además, en Cuba no solo se realizan procesos de EpS en la asistencia sanitaria, sino que los aplican en programas escolares y comunitarios, los cuales son llevados a cabo mediante la atención extramural. Por otro lado, en España se llevan a cabo estos procesos en los servicios de asistencia sanitaria y se han convertido en un reto, ya que este concepto tiene una evolución histórica en el continente, arrojando como resultado que se originen cambios en el sistema sanitario y tiene su fundamento en la función preventiva y correctiva, exigiendo a la comunidad e individuos los conocimientos necesarios para prevenir ciertas enfermedades y su objetivo no es evitar la enfermedad, sino promover estilos de vida saludable que les permitan modificar o mantener su estado de salud (6).

3.1.3. Importancia de la EpS

Para lograr que la EpS tenga el resultado deseado, los profesionales de la salud deben realizar procesos de educación en los servicios de asistencia sanitaria mediante charlas educativas que tienen como fin, implementar hábitos de vida saludable y dar conocimiento de los factores que determinan el proceso salud-enfermedad. En España, estos procesos trascienden a otros escenarios como el educativo, para que durante la formación se adquirieran estilos de vida saludables y se logre una promoción de la salud de manera colectiva. Los procesos de EpS son realizados, en su mayoría, por profesionales de la salud y especialmente por el personal de enfermería que se encarga de la creación de estos programas, principalmente, para la prevención de enfermedades cardiovasculares y en especial la diabetes (15).

La EpS se caracteriza por potenciar las capacidades y actitudes del individuo y la comunidad por medio del desarrollo de habilidades personales y autoestima, las cuales conducirán a mejorar o modificar las salud individual y colectiva. Por tal motivo, es necesario que en los servicios de asistencia sanitaria se cuente con procesos de EpS y que estos sean desarrollados frecuentemente por los profesionales que se desempeñan en el sector para proporcionar a la comunidad y al individuo, los medios que sean necesarios para alcanzar mejores condiciones de salud (20).

Así mismo, los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria son un instrumento que busca alcanzar la promoción de la salud a una gran escala y que, a su vez, se consideran estos procesos educativos como una herramienta de la salud pública que tiene como fin inculcar al individuo y a la comunidad la práctica de actitudes que le permitan adquirir hábitos y estilos de vida saludable para

conducirlos a la apropiación de la salud de manera individual y colectiva. Estos procesos no solamente se desarrollan en los servicios de salud, sino que trascienden a otros escenarios y su intervención en cualquier campo busca informar a la comunidad y usuarios de los servicios de asistencia sanitaria acerca de la salud y la enfermedad mediante formas que le permitan mejorar o mantener su condición de bienestar (29).

También cabe afirmar que la finalidad de estos procesos es aumentar los conocimientos, actitudes y prácticas para el desarrollo y adquisición de estilos de vida saludables que le permitan al individuo y a la comunidad, modificar esos factores condicionantes que pueden intervenir en el proceso salud-enfermedad, convirtiéndose en un instrumento de promoción de salud y de acción preventiva, donde se incluye la comunicación e información para el desarrollo de habilidades que demuestran diversas formas de actuación direccionadas a lograr cambios que garanticen la salud o el bienestar de población (20).

De acuerdo a lo anterior, es importante resaltar que la educación para la salud en los servicios de asistencia sanitaria, garantiza la promoción de la salud, la cual es un objetivo que se busca lograr a nivel mundial, porque permite a la comunidad tener un estado de bienestar y mejorar la calidad de vida, además de dar un alivio al sistema sanitario, porque si se centra en la prevención, la población puede modificar su estado de salud y lograr evitar enfermedades que pueden ser costosas para el sistema (19).

3.1.4. Importancia del educador en salud.

Luego de conocer las definiciones y la importancia de la educación para la salud, se manifiesta que en este proceso interactúan dos actores fundamentales: la persona que educa y la que aprende. La primera tiene el rol de educador, el cual debe brindar la información y el conocimiento y la segunda tiene el papel de aprendiz quien debe recibir el conocimiento y la información para llevar a la práctica; en este sentido, estos roles son ocupados por los profesionales y usuarios en los servicios de asistencia sanitaria, reflejándose esta interacción en la relación médico-paciente (6).

Además, vale la pena resaltar que sin la transformación del educador no es posible el desarrollo de un modelo de educación desde una evaluación participativa orientada hacia el aprendizaje (6).

En este orden de ideas, el profesional de la salud desempeña un rol importante en todos los procesos que se desarrollan en los servicios de asistencia sanitaria, este debe ser garante de realizar los respectivos procesos de EpS en los servicios de las instituciones de salud. Por lo cual, se debe considerar a la APS como una estrategia

fundamental que permite la realización de estos procesos en los servicios de asistencia sanitaria, ya que el profesional aborda múltiples conceptos que se difunden a toda la población, los cuales son accesibles e integran un espacio de interacción con los actores sociales de la comunidad (30).

3.1.5. La práctica educativa

La práctica educativa es un lugar de aprendizaje, donde los involucrados en el proceso quieren que la relación entre la teoría y la práctica sea continua, armónica y que no se derrumbe en el espacio-tiempo; ello con el fin de que la información, conceptos, procedimientos y actitudes adquiridos durante la formación faciliten la introducción directa al entorno profesional. Durante la práctica educativa se obtiene el dominio de la disciplina al cumplir con determinadas actividades en espacios u horarios establecidos (17).

Se tienen cuatro componentes para entender la relación teoría-práctica, estos son: 1) Componente didáctico: es la idea o método para establecer la relación entre enseñanza y aprendizaje para cumplir el objetivo de formación del aprendiz. 2) Práctica como momento de utilizar la teoría: se debe actuar bajo los conocimientos obtenidos durante el proceso de formación, donde se debe dar cumplimiento a las indicaciones del tutor. 3) Evaluación del cumplimiento de requisitos: se da en la presentación, la puntualidad, la organización y el comportamiento, llevando todo en registros como diarios de campo. 4) Conocimiento producido: aprendizaje obtenido en la aplicación práctica de la teoría (17).

3.1.6. Promoción de la salud.

La promoción de la salud juega un papel importante en este proceso porque mediante ella, la comunidad toma el dominio de su situación de salud a partir de herramientas y conocimientos transmitidos por los profesionales que se desempeñan en el sector, logrando demostrar que la educación para la salud es una herramienta que permite el logro de este objetivo y una estrategia para lograr que las comunidades sean autónomas y cuenten con una capacidad resolutoria para la apropiación de su salud (19).

Según Peñaranda Correa, “la EpS y la promoción de la salud no son un asunto de campos de acción, sino del paradigma con el cual se abordan: el foco en el sujeto - el ser humano-, o en el objeto -la enfermedad- (1).

3.1. Marco Normativo

La EpS como proceso educativo e instrumento de la salud pública se soporta sobre las siguientes normas (Tabla 1):

Tabla 1. Normatividad en Salud

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978	Propuso la educación como uno de los componentes esenciales para alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000” (31).
Carta de Ottawa	Plantea la educación como eje central de la promoción de la salud y su relación con el desarrollo de las capacidades de los individuos y los colectivos para ejercer control sobre la salud (7).
Constitución Política de Colombia de 1991. Art. 11	El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte (32).
Constitución Política de Colombia de 1991. Art. 49	La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (32).
Ley 100 de 1993	El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana y brinda beneficios especiales a las personas con discapacidad (33).
Ley 100 de 1993. Art. 153	Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad,

	calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud (33).
Ley 1122 de 2007	Por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determina como objetivo la atención de los factores de riesgo y condiciones de vida saludables (35).
Resolución 3384 de 2000.	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública, donde se incluyen la educación en promoción de salud y en prevención de las enfermedades más frecuentes (34).
Resolución 3280 de 2008	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud - RIAS y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación (36).
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022, a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales (37).

*RIAS (ver anexo 11).

Tabla 2. Normatividad en Educación

Constitución Política de Colombia de 1991. Art. 67	La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura (32).
Ley 115 de 1994	Por la cual se expide la Ley General de Educación (38).
Ley 1064 de 2006	Por la cual se dictan normas para el apoyo y fortalecimiento de la educación para el trabajo y el desarrollo humano establecida como educación no formal en la Ley General de Educación (39).
Decreto 4904 de 2009	Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones (40).

3.2. Marco Contextual

El Hospital Universitario San Vicente fundación (HUSVF) se encuentra ubicado en la ciudad de Medellín entre las calles 64 y 67 y entre las carreras 51 y 52 (18).

El HUSVF fue fundado por Alejandro Echavarría Isaza, ya que en esa época en la ciudad solo existía el Hospital San Juan de Dios y allí realizaban las prácticas los estudiantes de medicina y luego el nuevo hospital lo reemplazó en lo académico y asistencial (18).

Actualmente, el Hospital Universitario San Vicente Fundación es una entidad privada de naturaleza social de carácter permanente, orientada a servicios asistenciales, educación e investigación en salud. Sus principios fundacionales son el sentido social, el humanismo, la generosidad y la caridad cristiana. El cual presta servicios de salud con énfasis en la atención al paciente con alta complejidad y cuenta con un programa de educación para la salud que se caracteriza por la educación en personas con falla cardíaca (18).

También cuenta con un modelo de atención y Unidades Funcionales Integrales- UFI. Este modelo se centra en el paciente con atención integral en salud por medio de las siguientes unidades (41):

- Materno Infantil
- Cirugía, Trauma y Osteomuscular
- Enfermedades crónicas del adulto, Oncología y Neurociencias
- Cardiopulmonar y vascular
- Trasplantes y enfermedades digestivas

Además, el hospital realiza actividades de educación a toda la comunidad para contribuir al autocuidado por medio de diferentes actividades gratuitas y abiertas al público. Desde la sede de Rionegro se busca el acercamiento educativo en salud por medio de las estrategias (41):

- Miércoles de salud
- Tertulia Saludable
- Taller de Cocina Saludable
- Campaña Somos Uno

Debido a la prevalencia de las enfermedades Cardiovasculares en el mundo, el Hospital Universitario San Vicente Fundación mediante datos estadísticos realizados en el año 2010, obtiene que el 21% de las atenciones realizadas fueron por enfermedad cardiovascular, siendo esta la segunda patología más atendida

después del cáncer, lo que ocasiona una gran preocupación por parte de los directivos y personal asistencial, ya que este estudio muestra la importancia de una intervención educativa y de un seguimiento que permita la disminución de las complicaciones, la morbimortalidad y la frecuencia de consultas a urgencias y hospitalizaciones (42).

Por esta razón, el Hospital Universitario San Vicente Fundación decide implementar una estrategia para disminuir el impacto de esta patología y así realizar un proceso de promoción y prevención teniendo como eje central la educación del paciente por medio de un programa educativo llamado “Clínica de Falla Cardíaca: Programa asistencial de atención integral a las personas con falla cardíaca” (42).

Las justificaciones principales para la creación del programa son: I) con los costos para el sistema de salud se desarrollaron estrategias como las clínicas de falla cardíaca cuyos objetivos son el tratamiento óptimo según el estadio de la enfermedad II) implementación de estrategias educativas para disminuir los factores de riesgo de dicha enfermedad y III) restablecer el bienestar del individuo (42).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Esta es una investigación descriptiva de tipo cualitativa, que “es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema y que intenta analizar una actividad en particular, interesándose más en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso en el que se da un problema”; “además, se utilizaron técnicas etnográficas, desde un paradigma interpretativo y comprensivo, donde se dio una descripción de las experiencias desde el punto de vista de los participantes en la práctica educativa del programa (43,44).

Esta investigación buscaba conocer cómo se realiza la práctica educativa desde el punto de vista de los actores que participan en el proceso de EpS en el programa de pacientes con falla cardíaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín. Además, pretendía describir los significados que el talento humano en salud y los usuarios pertenecientes al programa le dieron a la práctica educativa implementada. Para los propósitos de este estudio, se cree que el conocimiento está determinado por las características sociales y culturales de las personas que observan y experimentan fenómenos desde sus interacciones con el entorno y, por ello, es necesario tener en cuenta la percepción que los sujetos del estudio tienen acerca del programa, su funcionamiento y los efectos que trae consigo la práctica educativa llevada a cabo, pues los actores son quienes están inmersos en los procesos de educación para la salud que se desarrollan en el programa, conocen a cabalidad su funcionamiento y le dan un significado a lo aprendido (45).

Adicionalmente, esta investigación utilizó algunas técnicas etnográficas, ya que se desarrolló dentro de un paradigma interpretativo y comprensivo, donde se dio una descripción de las experiencias y los significados que los actores de la investigación le dan a la práctica educativa implementada en el programa de pacientes con falla cardíaca. Dichas técnicas permitieron recoger información la realidad subjetiva que tienen los participantes acerca del funcionamiento del programa, teniendo en cuenta su punto de vista y elaborando interpretaciones de la experiencia estudiada con base en lo que ellos expresaron, con la ayuda de entrevistas en profundidad que “intentan comprender la conducta de los miembros de una sociedad sin imponer ninguna categorización previa que pueda limitar el campo de investigación” (43,44).

Según Ruiz y Aguirre, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación - TICs -, juegan un papel importante en el ámbito educativo, ya que permiten potenciar las intervenciones educativas mediante la interacción y comunicación entre los sujetos involucrados en el proceso educativo. Esto contribuye al análisis

de los fenómenos que tienen aspectos culturales, sociales y cognitivos para profundizar en los significados que le dan al sujeto de estudio y al mundo contemporáneo (46).

4.2. Etapas de implementación del proyecto

4.2.1. Etapa #1: Acercamiento con el HUSVF

Se realizó una solicitud a la gestión académica del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín por medio de la página web para presentar la propuesta de investigación. Inicialmente, se envió un bosquejo con el planteamiento del problema, marcos y objetivos; luego la gestión académica remitió la solicitud a la dirección de proyectos de investigación del hospital y nos asignaron a la Dra. Luisa Ahunca para realizar la revisión del bosquejo de la propuesta, esta evaluadora nos hizo algunas sugerencias y remitió la propuesta a la profesional Yuly Andrea Santa quien coordina los programas educativos del hospital. Posteriormente, la propuesta fue presentada al equipo de trabajo de la coordinación de programas educativos, quienes dieron una aprobación para desarrollar la propuesta y enviar con el respectivo visto bueno a Oscar Villada Ochoa epidemiólogo e integrante del comité de ética, quien fue el enlace para obtener el aval ético de la investigación. Después de obtener el aval del comité de ética, el Doctor Oscar Villada nos citó a una reunión presencial con la enfermera Lina Marcela López Soto y el cardiólogo Jairo Alonso Gándara Ricardo para presentarles la propuesta, ya que ellos son los profesionales encargados del programa de educación en salud “*Clínica integrada de falla cardiaca*”.

4.2.2. Etapa #2: Aprobación del HUSVF

Después de realizar los diferentes ajustes solicitados por el Hospital, el proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación (**ver anexo 4**).

4.2.3. Etapa #3: Desarrollo del proyecto

Después de obtener los avales por parte del Hospital, se llevó a cabo el proyecto en el programa de pacientes con falla cardiaca.

4.2.4. Etapa #4: Evaluación.

Luego de culminar las entrevistas los investigadores analizaron los resultados, sobre los cuales se dio la discusión, luego se dieron las conclusiones y finalmente las recomendaciones sobre el proyecto.

4.2.5. Etapa #5: Divulgación.

Finalmente, se entrega un documento físico y digital al Hospital con la información obtenida en el proyecto, adicionalmente, reposa un documento físico en la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

4.3. Participantes del estudio

La población sujeta de la investigación correspondió a adultos entre 40 y 80 años, pertenecientes a la zona nororiental de Medellín con una permanencia en el programa de dos años y que asistieron al programa educativo de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín en el periodo del estudio y, adicionalmente, el talento humano en salud que realiza los procesos de EpS en el respectivo programa.

4.3.1. Estrategias para la selección de los participantes.

La muestra inicial fue de hombres y mujeres sujetos de la investigación: usuarios (afiliados a SURA EPS) y talento humano en salud (cardiólogo y enfermera jefe) pertenecientes al programa educativo de pacientes con falla cardiaca, repartidos convenientemente en el transcurso del día; el número aumentó hasta que se saturaron las categorías (8 usuarios y 2 profesionales en salud). Se hizo una selección intencional, a conveniencia o de voluntarios, lo que quiere decir que los sujetos fueron seleccionados de acuerdo con la información suministrada en la base de datos del programa, ya que semanalmente realizan sesiones (44,47).

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión de usuarios y talento humano en salud:

Los usuarios involucrados en la investigación deben ser adultos que pertenecen al programa educativo *Clínica integrada de falla cardíaca*, los participantes deben haber asistido a la mayoría de las sesiones desarrolladas por el programa y, finalmente, usuarios que estén de acuerdo en firmar el consentimiento informado.

Por otra parte, el talento humano en salud debe ser integrado por voluntarios que tengan contrato laboral vigente con la institución, deben llevar más de cuatro (4) meses desarrollando actividades en el programa educativo de pacientes con falla cardiaca y que conozcan la dinámica del programa.

4.4.2. Criterios de exclusión de usuarios y talento humano en salud:

Como criterios de exclusión se definió que no harían parte del estudio pacientes que dejaron de asistir al programa, usuarios que no quisieron participar de la investigación y, por último, usuarios con discapacidad cognitiva que no tenían las capacidades mentales para resolver los interrogantes planteados.

Por su parte, el talento humano en salud que no pudo participar de la investigación integra a quienes no pertenecían o dejaron de hacer parte del programa educativo y quienes no desearon participar de la investigación.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Para este estudio se utilizaron fuentes primarias que fueron entrevistas a profundidad diseñadas por los investigadores y se aplicaron a los participantes de manera individual, partiendo de preguntas abiertas en las cuales se pudieron abordar los interrogantes de manera discreta y respetuosa, permitiendo que los sujetos de la investigación expresaran las experiencias vividas en el proceso de educación para la salud (**Ver Anexos 1 y 2**), y fuentes secundarias como bases de datos proporcionadas por el hospital.

Las entrevistas fueron realizadas a 8 usuarios del programa posterior a las sesiones implementadas en la *Clínica integrada de falla cardíaca* en espacios adicionales programados con los participantes por medio de llamada telefónica, con el objetivo de que los datos recolectados fueran verídicos y confiables. Para la optimización del tiempo, se inició la entrevista puntualmente con preguntas de información básica y acerca del proceso de EpS, con una duración aproximada de 40 minutos y aplicada por única vez. En el caso del talento humano en salud, las preguntas estuvieron enfocadas en la experiencia que tienen para realizar el proceso de educación para la salud. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado antes de proceder con la recolección de la información.

Las entrevistas se desarrollaron de la siguiente manera:

Según la hora pactada previamente con los usuarios vía telefónica, luego de salir de la cita de control, fueron remitidos individualmente por la enfermera al lugar destinado para realizar la entrevista donde se les dio la bienvenida y se les explicó mejor en qué consistía el estudio, se les brindó información básica, se realizó lectura y firma del consentimiento informado y posterior a esto se procedió a realizar la aplicación del instrumento. Finalmente, se les dio la despedida y se agradeció por su participación en el estudio.

También se debe tener en cuenta para la recolección de la información que el entrevistador debía contar con los siguientes criterios y características (44):

- Establecer una empatía y comunicación clara con el entrevistado.
- Tener la capacidad de resolver cualquier pregunta o duda por parte del entrevistado.
- Explicar en qué consistía dicha entrevista y qué deseaba conocer con ella.
- Escuchar de manera respetuosa la respuesta del entrevistado.
- Hacer retroalimentación de las preguntas, si el entrevistado lo exige.

4.6. Plan de recolección de información

Inicialmente se envió la propuesta a la institución y se solicitó la autorización para el ingreso al Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín. Una vez aceptados por la institución y se contó con el aval para llevar a cabo la propuesta, se programó una reunión con el talento humano en salud que participa en el programa de EpS; en esta se les presentó la propuesta y se les extendió la invitación para que participaran de la investigación y se solicitó la base de datos de los pacientes del programa. Una vez obtenida la base de datos, mediante una llamada telefónica se explicó a los usuarios que hacen parte del programa, el objetivo de la investigación y su posibilidad de participar en esta; a quienes aceptaron se les hizo una breve encuesta para conocer si presentaba o no síntomas de COVID - 19 (**Ver Anexo 9**) y se programó la entrevista por mutuo acuerdo, para hacerla al salir de su cita de control. Posteriormente, se estableció una reunión con los educadores para realizar la aplicación del instrumento. Las entrevistas fueron realizadas de manera presencial e individual en un espacio habilitado por el Hospital, en el cual se mantuvo un protocolo de bioseguridad en el que se garantizó el distanciamiento social, que fuera ventilado y contar con alcohol o gel antibacterial. Durante las entrevistas se utilizó una App para grabar la sesión al momento de aplicar el instrumento. La información obtenida fue digitalizada y guardada en los computadores de los investigadores, memorias USB y discos duros para tener copia de la información y no perderla con facilidad. Finalmente, los investigadores procesaron la información mediante una matriz en Excel denominada cruce de datos de las entrevistas y se organizaron las respuestas suministradas por los entrevistados de tal motivo que se pudiera cruzar la información con las categorías propuestas para analizar e interpretar la información para reportar los resultados y sacar las conclusiones del estudio en un documento; al momento de publicar los hallazgos, la identidad de los participantes no fue revelada y fueron nombrados con un código.

4.7. Procedimientos y técnicas de análisis de datos

La estrategia para la recolección de los datos se centró en reunir los significados que los actores le dan a la práctica educativa implementada en el programa de pacientes con falla cardíaca, mediante una entrevista a profundidad realizada a los participantes de la investigación, de manera presencial en un espacio habilitado por el Hospital Universitario San Vicente Fundación para cumplir con las medidas de bioseguridad y el protocolo establecido para realizar dicha actividad (**Ver Anexo 10**); allí se dio lectura al consentimiento informado y se grabó el audio de la reunión, posteriormente se procedió a transcribir y digitalizar la información en un archivo de Excel donde se cruzaron las respuestas de los participantes del proyecto (**ver anexo 9**). Luego de firmar el consentimiento informado para prevenir el cruce de datos se aplicó la entrevista una sola vez a los usuarios y talento humano en salud que decidieron participar en la investigación de manera presencial. Las entrevistas en profundidad partieron de preguntas previamente elaboradas que facilitaron la interacción con el talento humano en salud y usuarios del programa educativo y se desarrolló dentro de las siguientes categorías:

I) Funcionamiento del programa, II) Práctica educativa del programa desde el punto de vista de los actores, III) Logros, dificultades y retos presentados en la realización del proceso de educación para la salud.

Los resultados de estas encuestas fueron analizados con el fin de crear un espacio para la reflexión de los hallazgos, de tal manera que se pudiera conocer el punto de vista de los actores involucrados en el proceso, y así, mejorar el programa educativo.

5. Consideraciones éticas

Este estudio se rige por la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.” Esta investigación se clasificó en la categoría de riesgo mínimo, ya que utilizó técnicas de recolección de información que pudieron generar algún tipo de emotividad en los participantes (48).

Además, se consideraron los principios éticos establecidos en el Reporte Belmont: beneficencia y no maleficencia, respeto por las personas y justicia (49).

Para dar cumplimiento al principio de respeto por las personas, esta investigación se llevó a cabo una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes por parte de la Universidad de Antioquia y del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín; adicionalmente, se redactó un consentimiento informado, el cual se dio a conocer a cada participante antes de su contribución en el estudio, este fue firmado por el sujeto de investigación o su representante legal de acuerdo a las excepciones previstas en la ley (**Ver Anexo 3**). En cuanto al principio de justicia, se aseguró que el tipo de muestreo elegido no discriminó a ninguna persona, cumplió los criterios de inclusión y de la posibilidad de hacer parte del estudio (49).

Por otro lado, para el cumplimiento del principio de beneficencia, el estudio buscaba contribuir al reconocimiento y al mejoramiento del programa educativo de pacientes con falla cardíaca. Finalmente, para el cuidado de la no maleficencia, se reconoció que durante las entrevistas se podía generar algún tipo de riesgo psicológico, porque algunos participantes pudieron sentirse incómodos o afectados por las preguntas diseñadas. Para controlar esta posible situación, los investigadores sólo realizaron las preguntas que fueron necesarias para el estudio; sin embargo, en los casos que se presentaron afectaciones emocionales o psicológicas, los participantes debieron dirigirse a su IPS y programar cita con un psicólogo para que tratara su caso y su participación en el estudio fue cancelada (49).

Además, para asegurar la veracidad de la información que se utilizó y proteger la privacidad de los participantes, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos (49):

- **Valor social o científico:** para ser una investigación ética, debe tener valor y se evidenció al generar nuevos conocimientos que pudieron abrir oportunidades de superación o solución a problemas. Al darle valor social a esta investigación, se aseguró que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones dando posibilidad a algún beneficio personal o social.
- **Selección equitativa de los sujetos:** La selección de los sujetos de estudio aseguró que estos fueron escogidos por razones relacionadas con la investigación, para comprender o captar los conocimientos y la experiencia

que tienen en el proceso de Educación para la Salud y que no fue una selección de personas vulnerables, con algún tipo de estigma social o porque sean incapacitados para tomar decisiones.

La información obtenida fue almacenada en medios digitales como memorias USB, discos duros, computadores de los investigadores y en medios físicos que reposan en la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Para la divulgación de los resultados se entregó un documento físico y digital al Hospital para que ellos realicen y apliquen las mejoras pertinentes al programa educativo y sigan contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población perteneciente al programa.

Los recursos económicos para la ejecución del proyecto fueron gastos de bolsillo por parte de los investigadores ya que no se buscaron patrocinadores para llevar a cabo el estudio. Por otro lado, los participantes no recibieron remuneración alguna por cooperar con la investigación.

Al momento de publicar la información, se tuvo en cuenta la protección de la intimidad e identidad de los participantes teniendo como referencia la Ley de Habeas Data – 1581 de 2012 “por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”. Su identidad no fue revelada y fue codificado para que los investigadores pudieran reconocerlo dentro del estudio (50).

De acuerdo con lo estipulado en el reglamento académico, con el fin de no incurrir en plagio y violación de la propiedad intelectual de los autores y de las distintas fuentes bibliográficas consultadas, se cumplió a cabalidad con lo estipulado en la Ley 23 de 1982 “sobre derechos de autor” y en la Resolución Rectoral 21231 de 2005 que establece el “Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad de Antioquia” (51,52).

6.Aspectos administrativos

6.1. Viabilidad y factibilidad

La importancia de comprender los significados de la práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de EpS para pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín, permite a la institución tener un panorama más amplio acerca de la evaluación y funcionamiento de éste, ya que también se puede evaluar cualitativamente a través de la percepción de los usuarios.

Teniendo en cuenta que la presente investigación se desarrolló de acuerdo con las necesidades y expectativas de la institución y de los usuarios del programa de pacientes con falla cardiaca, el hospital deseó apoyar esta labor investigativa de carácter académico y social que pretendía conocer las experiencias vividas en la práctica educativa del programa de Educación para la Salud para pacientes con falla cardiaca. Adicionalmente, se contó con la participación de los sujetos de estudio y las actividades planeadas se ejecutaron adecuadamente. La investigación se percibió bajo un proceso cognitivo y afectivo que permitió que los usuarios y la administración de la institución, pudieran comprender el proceso de educación para la salud y narrar las experiencias vividas en el programa, con el fin de identificar el desarrollo de este en los servicios de asistencia sanitaria. También fueron respetados los principios de bioética de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Para la ejecución del estudio se realizó una proyección de costos que indicó que el estudio era factible ya que para su desarrollo se contó con herramientas tecnológicas que favorecieron la aplicación del instrumento de recolección de información, logrando un mayor alcance y obteniendo con facilidad los resultados esperados; además, la capacidad técnica y financiera de la investigación no presentaron costos elevados, por lo que los investigadores asumieron el rubro de los gastos presentados durante la ejecución del proyecto. Finalmente, su ejecución fue en un tiempo no prolongado para evitar inconvenientes dentro de la institución (**Ver Anexos 4 y 5**). Además, se determinaron recursos a utilizar, así como aquellos aspectos logísticos requeridos para el trabajo de campo, teniendo en cuenta la realidad económica de los investigadores y el hospital mediante la proyección de costos mencionada anteriormente.

Los resultados de esta investigación fueron entregados al hospital por medio de un informe donde se socializaron los hallazgos, creando un espacio para la reflexión y teniendo en cuenta el punto de vista de los actores, permitiendo al Hospital conocer los significados que los actores le dan al programa de EpS y realizar las mejoras que sean necesarias y pertinentes.

7.Cronograma y presupuesto

El cronograma y presupuesto son los anexos 7 y 8, sus versiones en formato original que se encuentran en el software Project libre.

8.Resultados

El Hospital Universitario San Vicente Fundación desde el año 2010, mediante el Programa de Educación para la Salud para Pacientes Con Falla Cardíaca, realiza actividades educativas para mejorar y restaurar la salud de los usuarios que presentan patologías cardiovasculares. Actualmente, el programa cuenta con un gran número de usuarios los cuales son personas entre los 40 y 80 años; en las entrevistas realizadas se observa que el 75% son hombres (6 usuarios) y el 25% son mujeres (2 usuarias). En general, son personas residentes de la zona nororiental compuesta por las comunas 1, 2, 3 y 4 de Medellín (Popular 1, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez), pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; la mayoría tienen bajos niveles de escolaridad, distribuidos así: básica primaria incompleta, bachillerato incompleto y universitario representan el 12.5% cada uno (1 usuario) y básica primaria completa representa el 62.5% (5 usuarios).

En cuanto a la ocupación se observa que pensionados y desempleados representan el 12.5% (1 usuario) cada uno, ama de casa el 25% (2 usuarias) y empleados el 50% (4 usuarios).

En la zona nororiental habitan aproximadamente 558.865 personas, quienes representan el 23.12% de la población total de Medellín (53).

Representación gráfica de la zona nororiental (54):

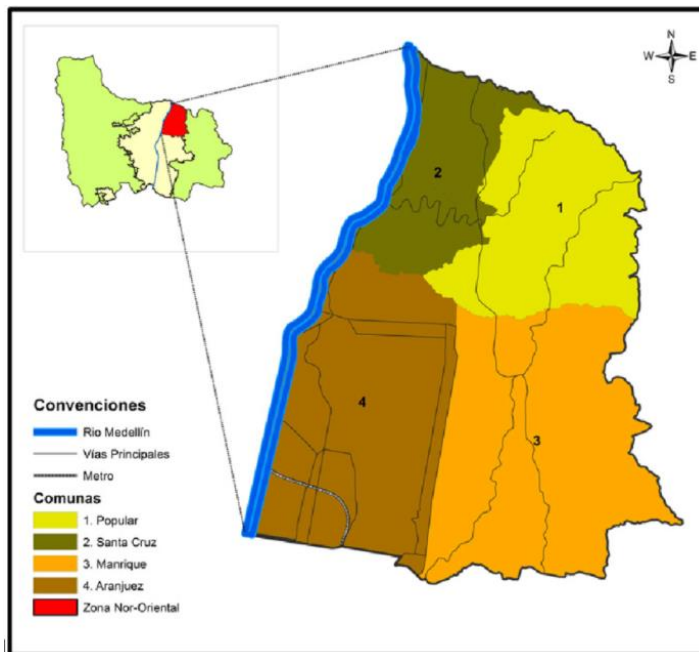


Figura 1. Zona nororiental de Medellín

Para el estudio se realizó una selección a conveniencia de los usuarios y talento humano en salud que hacen parte del programa educativo; las entrevistas se realizaron con participación voluntaria hasta saturar las categorías, obteniendo un total de 8 usuarios y 2 profesionales en salud.

Las preguntas realizadas fueron referentes a los contenidos aplicados en el programa y se abordó mediante las siguientes categorías:

1. Funcionamiento del programa.
2. Práctica educativa del programa desde el punto de vista de los actores.
3. Logros, dificultades y retos presentados en la realización del proceso de educación para la salud.

8.1. Información del programa para pacientes con falla cardíaca

La clínica integrada de falla cardíaca de El Hospital San Vicente Fundación tiene como objetivos (42):

8.1.1.Objetivo general: mejorar el abordaje clínico de los pacientes con esta enfermedad, dentro del ámbito territorial, haciendo uso racional del recurso asistencial óptimo, según el grado y fase evolutiva de la enfermedad, para reducir la morbilidad y la mortalidad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes por medio del autocuidado y la atención por medio de colaboración entre profesionales, coordinación entre proveedores y el hospital (42).

8.1.2.Objetivos específicos del programa (42):

- Realizar seguimiento y acompañamiento permanente a los pacientes con falla cardíaca y sus familias, a través de llamadas telefónicas, programas educativos y consultas, que permita la continuidad del cuidado y la optimización del tratamiento médico, solucionar sus dudas o inquietudes, identificar riesgos oportunamente y mejorar su calidad de vida.
- Brindar educación permanente a los pacientes de falla cardíaca y sus cuidadores sobre la enfermedad, tratamiento y medidas preventivas, buscando en ellos un compromiso que permita su autocuidado y manejo autónomo de la enfermedad.
- Aumentar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico buscando mejorar el estado funcional de los pacientes con falla cardíaca, la sensación de bienestar y su independencia en las actividades de la vida diaria.
- Disminuir en un año el número de consultas urgentes, hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria en los pacientes con falla cardíaca.

- Establecer vínculos con los médicos de familia locales para detectar tempranamente cambios en el curso clínico que permitan actuar rápidamente y prevenir hospitalizaciones.
- Ajustar el manejo médico a las condiciones sociales, geográficas y económicas del país.
- Realizar trabajos investigativos que contribuyan al conocimiento amplio de la enfermedad, su respuesta al tratamiento y al mejoramiento del cuidado de los pacientes con falla cardíaca.

8.2. Alcance del programa

El programa va dirigido a todos los pacientes con falla cardíaca que atiende el Hospital San Vicente Fundación, quienes por voluntad propia quieran pertenecer al programa; desde que son identificados en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa y durante todo el proceso de su enfermedad. El programa pretende incluir a los centros de atención primaria y secundaria en la red de atención regional. Adicionalmente, incluye a las familias de los usuarios y sus cuidadores como parte activa y funcional del proceso, por lo tanto, también ellos reciben instrucciones y educación en la prevención de complicaciones, dieta, control de líquidos y detección temprana de síntomas derivados del deterioro (42).

8.2.1. Requisitos de ingreso:

Para ingresar al programa se requiere el diagnóstico clínico de falla cardíaca realizado por un profesional de la medicina, la voluntad y consentimiento del paciente para pertenecer (42).

8.2.2. Criterios de inclusión de los pacientes (42):

- Diagnóstico clínico de falla cardíaca con Fracción de Eyección Ventricular Izquierda - FEVI reducida (<40%) Estadio AHA C y D.
- Clase funcional NYHA (New York Heart Association) II – IV.
- Indicación de dispositivos eléctricos en falla cardíaca (CRT, CDI).
- Más de una hospitalización por falla cardíaca aguda en seis meses o dos en un año.
- Requerimiento de inotrópico.
- Predicción de alto riesgo de mortalidad por modelo de Seattle (ambulatorios)
- Pacientes con falla derecha crónica
- Pacientes con Falla cardíaca con FEVI preservada (FEVI >40%) y síntomas persistentes a pesar del manejo médico.

8.2.3. Criterios de exclusión (42):

- Riesgos sociales: Problemas de adicciones y falta de cuidador competente de forma recurrente, dificultades logísticas para asistir al centro de salud.
- Ausencia injustificada a la atención ambulatoria programada con enfermería, cardiología u otra especialidad de apoyo o no adherencia al tratamiento
- Farmacodependencia a pesar de las intervenciones.
- No aceptación del paciente y/o el cuidador.

8.4. Contenidos del Programa

El programa de educación para la salud del Hospital se desarrolla mediante charlas magistrales y sesiones grupales e individuales que son llevadas a cabo en la consulta médica programada. Éste consta de tres talleres o seguimientos (18):

El primer taller es la comprensión de la enfermedad, donde se brinda un abordaje mediante la enseñanza al educando en temas como: qué es la falla cardíaca, cuáles son sus complicaciones y su tratamiento (18).

El segundo taller es sobre los hábitos y estilos de vida saludable y la medicación, en éste se le enseña a los educandos la importancia de la modificación de conductas para el autocuidado y el uso correcto de los medicamentos (18).

El tercer taller refleja lo aprendido en los dos talleres anteriores. De aquí en adelante se continua con un seguimiento semanal para monitorear el estado de salud de los educandos después de impartir el tratamiento para su rehabilitación. Según la mejoría de los pacientes van espaciando las consultas mensuales, trimestrales y semestrales (18).

Los resultados de las entrevistas se digitalizaron en un archivo de Excel donde se cruzaron las respuestas de los participantes del proyecto (**ver anexo 9**).

8.5. Resultados de las entrevistas

8.5.1. Categoría 1: Funcionamiento del programa.

En la primera categoría, sobre el funcionamiento del programa, la mayoría de los pacientes relataron que conocieron e ingresaron al programa de falla cardíaca por captación de la enfermera y algunos por orden médica porque su estado de salud se encontraba comprometido; además, todos coinciden en que el propósito del programa es mejorar su calidad de vida al ser conscientes de la enfermedad que tienen y evitar que la enfermedad avance, indican que están de acuerdo con todas las recomendaciones que les realizan dentro del programa e indican que todas estas les sirve para su diario vivir.

Con respecto a los educadores, ambos señalan que ingresaron al programa por designación administrativa; el profesional ETHS101102021 dijo que se sienten muy bien en este *“porque es una oportunidad valiosa para retribuir a la recuperación de los pacientes con falla cardíaca”*; además, el educador ETHS205112021 dijo que *“la experiencia ha sido formidable porque la insuficiencia cardíaca es una enfermedad catastrófica que tiene muchos desenlaces e impactos negativos en los pacientes y sus familias, es una enfermedad debilitante que tiene síntomas molestos que te desvincula de tu espacio personal, familiar y laboral y, de cierta forma, iniciar un seguimiento e impartir una serie de medidas, un acompañamiento a pacientes y su familia y, finalmente, ver que ese paciente se ve bien, que lleva una vida normal, que no ha requerido hospitalización por descompensaciones, es realmente gratificante desde el ejercicio médico, porque eso lo hace sentir a uno bastante bien en vista de que sus actos y sus acciones y el acompañamiento a los pacientes por parte de la enfermera y el cardiólogo tiene un efecto tan notable en el bienestar de las personas”*.

Adicionalmente, los educadores indican que no tienen ningún tipo de formación formal en educación para la salud y que aprendieron sobre la marcha; el profesional ETHS205112021 dijo que *“es un tema totalmente mudo”* para la formación profesional. Además, ETHS101102021 relató que el programa *“pretende que los pacientes logren unas competencias necesarias para que ellos de alguna manera autogestionen su enfermedad, se hagan responsables y partícipes del cuidado”*; el profesional ETHS205112021 informó que lo anterior se logra *“trabajando en varios objetivos que son: 1) prevenir la hospitalización, 2) mejorar la capacidad de ejercicio y 3) lograr metas de tratamiento de medicamento. Esto con el fin de impactar positivamente tres núcleos: a) alivio de los síntomas, es decir, que los pacientes puedan tener una vida como antes de su enfermedad; b) evitar hospitalizaciones para que puedan estar en casa con sus familias y c) disminuir la mortalidad aumentando el tiempo de supervivencia”*.

En cuanto a la metodología del programa, los educadores indican que los educandos deben tener mucho compromiso y que el seguimiento estrecho es una de las claves; ambos profesionales realizan educación constantemente a los usuarios del programa, ya que dicen que cada cita con ellos es una oportunidad para educarlos. Anteriormente realizaban educación grupal, pero el hospital las paró por la pandemia; sin embargo, se van a reanudar. El educador ETHS101102021 relató que lo primero que se hace con los educandos *“es un abordaje general de todo lo que es falla cardíaca, cuáles son los pilares para mejorar su estado de salud y en cuales se fundamenta también el programa, que son: la parte farmacológica, la parte de alimentación, el compromiso de ellos con las citas y las visitas al médico y la enfermera y, también la modificación de los estilos de vida... A medida que vamos teniendo las consultas y encuentros se van viendo las falencias en las cuales*

vamos redirigiendo la educación”. Por otra parte, el educador ETHS205112021 refirió que “es posible que a un educando lo vean tan cercano como sea posible, cada dos semanas intercalados entre el cardiólogo y la enfermera y en la medida que el educando se estabiliza, se logran los objetivos terapéuticos que es combinar una serie de medicamentos que, a la luz de hoy, han demostrado tener efecto y los seguimientos se van esparciendo, se cree que el punto clave es ese seguimiento que se hace de forma presencial con la enfermera y el cardiólogo o de manera telepresencial preguntándole al paciente por síntomas, indagando por el peso, por el cumplimiento de los medicamentos y por el resultados de los estudios”.

8.5.2. Categoría 2: Práctica educativa del programa desde el punto de vista de los actores

Respecto a esta categoría, todos los usuarios del programa describieron a los educadores como muy buenas personas con calidad humana, cordiales y amables, que realizan muy bien su trabajo, explicando de manera adecuada, clara y oportuna las facetas del tratamiento por la que atraviesa cada paciente, aclaran las dudas sobre la enfermedad y los hábitos saludables. Además, todos manifestaron sentirse muy bien dentro del programa y ven las mejoras en su estado de salud. En general, perciben el programa de muy buena manera, con un contenido interesante para su estado de salud. La mayoría de los pacientes piensan que toda la información brindada es oportuna y resuelven las dudas que se les generan, solo el usuario EU113092021 sugirió *“reforzar en la alimentación, qué alimentos le convienen más y cuáles no, aunque uno tiene una idea de cuáles le sirven más a uno y cuáles no, por ejemplo, grasas y azúcares, uno sabe que eso no lo debe consumir”.*

Para el caso de los profesionales en salud, ambos afirman que la relación con los educandos es muy buena y que hay mucha empatía, que es una relación de confianza, fraterna y estrecha ya que no solo se abordan temas clínicos y médicos, sino que también indagan temas personales para establecer nexos de cómo sus vidas cotidianas pueden verse afectadas en el transcurso de la enfermedad; además, dijeron que son pacientes muy receptivos y abiertos a nuevas tendencias e información; sin embargo, el profesional en salud ETHS205112021 afirmó que *“tenemos pacientes desde el punto de vista de lo receptivo, muy diferentes y va de la mano también con el nivel educativo, es decir, tenemos pacientes que son mucho más fáciles de educar, que comprenden mejor las instrucciones y hay otros que nos cuesta más, el acompañamiento tiene que ser mucho más intenso y el proceso de educación tiene que ser más insistente y por diferentes mecanismos aquí en la consulta, luego en el acompañamiento por la enfermera y reforzar por vía telepresencial”;* adicionalmente manifestó que *“la percepción es buena y tenemos una serie de indicadores que aterrizan un poco el efecto que tiene el programa sobre la salud de los pacientes... ver la evolución del paciente positiva y el bienestar que*

ellos y sus familias manifiestan, me parece que vale la pena, es útil y necesario el programa de insuficiencia cardíaca”.

Por su parte, el otro profesional en salud dijo que el programa *“impacta bastante a la organización porque son pacientes que acuden con mucha frecuencia a las citas y derivado de las citas se generan muchos exámenes y pruebas diagnósticas que se hacen acá en el hospital, entonces eso también aumenta el ingreso económico del hospital”* ETHS101102021.

Finalmente, en esta categoría, los educadores sugirieron que les gustaría tener más tiempo para dedicar al programa, ya que están cargados con otras obligaciones dentro del hospital, por lo tanto, solo se pueden dedicar a lo asistencial. Además, uno de los profesionales recomienda *“destinar un tiempo mayor a la producción de conocimientos en un proceso de investigación...es decir, producir conocimiento a través de todas esas experiencias y resultados, plasmarlos, materializarlos y mostrar cómo se vive con los pocos o muchos pacientes que tengamos el programa de insuficiencia cardíaca de la institución”* ETHS205112021.

8.5.3. Categoría 3: Logros, dificultades y retos presentados en la realización del proceso de educación para la salud.

Por último, en la tercera categoría, sobre los logros, dificultades y retos, la mayoría de los pacientes dijeron que de las recomendaciones no hay ninguna difícil de aplicar; además, dicen que no hay dificultades dentro del proceso educativo, solo un usuario dijo *“a veces seguir las recomendaciones del ejercicio y comer saludable me cuesta, primero yo soy campesino y mi trabajo no es que sea tan bien remunerado y comer saludable como nos recomiendan requiere invertir cierto dinero... Además, no cuento con un acompañamiento familiar y hasta para tramitar órdenes es un proceso complejo”* EU514092021. Adicionalmente, todos los usuarios coincidieron en que el mayor logro ha sido la mejoría en su estado de salud y la continuidad en el programa ya que por medio de este mejoran o se mantienen saludables. Finalmente, la mayoría de los pacientes informaron que no han tenido retos dentro del proceso; sin embargo, un usuario expresó: *“Los retos son más a nivel personal que del educador y es cumplir con todo con lo que nos recomiendan, entonces el reto es personal”* EU615092021.

En cuanto a los educadores, uno de ellos manifestó que el logro principal *“es que los pacientes tengan muy buena adherencia a los tratamientos y a las recomendaciones que salen del programa y que no se nos deterioren, que el paciente aumente su calidad de vida o por lo menos la mantenga”* y adiciona que es *“una sumatoria de esas variables que hacen que ellos recuperen progresivamente su estado de salud. No todos lo recuperan al mismo nivel, pero sí es importante que ellos van sintiendo la mejoría, que van haciendo cosas que antes*

no podían hacer” ETHS101102021. El otro educador dijo que los logros han sido la “prevención de la hospitalización, porque los educandos no se hospitalizan por descompensaciones del corazón y el aumento de la supervivencia... tener la oportunidad de hacer un seguimiento estrecho en la comunicación con la enfermera para alertar sobre síntomas tempranos y hacer ajustes terapéuticos... ver cómo paulatinamente el pacientes va mejorando, es una de las cosas que más se pueden palpar dentro de la evolución...otra de las ganancias grandes que tenemos dentro del programa es precisamente el conocimiento de la enfermedad y el papel que juega el seguimiento médico o telefónico, el inicio o aumento de las dosis de los medicamentos o las solicitudes de exámenes” ETHS205112021.

En las dificultades se encontró que “por pandemia no se pudieron hacer más sesiones generales porque si era importante cogerlos a todos en grupos y decirles muchas cosas de la enfermedad que ellos a veces expresan más fácilmente si están en grupo que de manera individual, a veces la comunicación se limita un poco porque hay familiares con los que ellos se sienten un poco intimidados o les da pena” ETHS101102021. Otras dificultades son “pacientes que son renuentes al proceso de acompañamiento, es decir, se les da la fórmula y no la tramitan... eso es por la barrera del plano educativo que a veces limitan un poco la formación y eso a veces va ligado con la falta de acompañamiento social y afectivo, es decir, los hijos trabajan o la esposa tiene los mismos o más años que ellos, no tiene plata para los pasajes para gestionar las vueltas, pero la dificultades han sido por voluntad de los pacientes o por falta de acompañamiento o las barreras educativas” ETHS205112021.

Finalmente, en los desafíos “que verdaderamente uno sienta que si impacta todo lo que se les informa, que uno sienta que ellos cambian su estilo de vida para que lleguen a la mejoría, eso es muy retador también para uno porque hay que inventarse la manera de que sí lo cumplan. La disposición del paciente es básica... es un trabajo de parte y parte. Yo les doy por escrito las cosas y cómo se deben tomar los medicamentos, pero si la persona no da más, no viene a las citas, no hace las modificaciones y no reclama los medicamentos, es difícil a veces” ETHS101102021. “Yo creo que hay varios desafíos; uno de ellos es superar esas barreras que tenemos en nuestra sociedad por la falta de acompañamiento para nuestros pacientes, ellos no solamente están afligidos por la enfermedad sino por la falta de acompañamiento social, administrativo y de su asegurador, eso hace más compleja la enfermedad y los resultados que podríamos tener en el programa de insuficiencia cardíaca... Otro de los desafíos es la educación comunitaria, darle el papel y la importancia que tiene la enfermedad cardiovascular hoy en día, yo creo que desde el punto de vista político tenemos una deuda enorme en sensibilizar a la gente en que hay que cuidarse, alimentarse bien, no hay que fumar, hay que tener un peso corporal normal y hacer actividad física regularmente, incluso, no estoy en

contra de la campañas del cáncer no quiero que suene así, pero si pintamos los separadores de las calles con líneas rosas y hacemos carrera y la gente dice que hay que hacerse el autoexamen, entonces también tengamos una discusión mayor acerca del papel que juegan los factores de riesgo cardiovascular de tener eventos cardiovasculares en el futuro y el impacto que puede tener en la salud eso, tenemos un desafío muy grande y es que desde estos programas se haga eco de la necesidad de educación a la población en general y, que esa educación sea con medios masivos y que la gente tenga la información, la procese y ya decida y que, por lo menos, se haga una difusión más amplia del tema" ETHS205112021.

Tabla 3. Logros, Dificultades y Retos

Usuarios			Talento Humano en Salud		
Logros	Dificultades	Retos	Logros	Dificultades	Retos
Mejoría del estado de salud	Recursos económicos	Reto personal para cumplir las recomendaciones	Buena adherencia de los pacientes a los tratamientos	Nivel educativo de los usuarios	Cumplimiento de los pacientes
Continuidad en el programa	Costumbres culturales y religiosas	Acogerse a las recomendaciones realizadas en el programa	Aumento de la calidad de vida del paciente	Limitación de la comunicación	Incrementar el acompañamiento
Buena relación con los profesionales en salud	En algunos casos, poca comprensión de lo enseñado en el programa		Prevención de hospitalización	Poca o falta de acompañamiento de los familiares	Educar a la población en general sobre riesgo cardiovascular
			Mejorar la relación médico-paciente	Formación pedagógica en EpS	Darle más fuerza al rol de la enseñanza para lograr un mayor acogimiento y comprensión por parte de los usuarios del programa

9. Discusión

Este estudio tuvo como objetivo comprender los significados de la práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardíaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, mediante la percepción de cada uno de los asistentes al programa y se establecieron categorías para analizar los pilares en los cuales se fundamenta el programa.

Principalmente se conocieron las opiniones que tienen cada uno de los actores frente a las diferentes categorías para luego realizar un análisis de cada una de las percepciones; esto permite hacer una examinación a profundidad e íntegra de los contenidos y objetivos del programa.

Todas las categorías analizadas son de gran importancia para comprender la práctica educativa del programa y conocer su funcionamiento, pero existen variables que se relacionan directamente con el panorama actual de la educación para la salud en los servicios de asistencia sanitaria, porque la literatura demuestra que existen factores que obstruyen o limitan el proceso de EpS. Uno de los artículos científicos consultados llamado *“Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia”* indicó que el actual sistema de salud colombiano es asistencialista y tecnicista y, por eso, no se le da importancia o relevancia a la EpS, lo que indica que el sistema debe garantizar la eficiencia y la rentabilidad económica, por eso este es un factor más que impide u obstruye que se pueda realizar educación para la salud de calidad. Otra barrera es el tiempo empleado en consulta; generalmente, una cita médica tiene una duración entre 20 - 30 minutos, este tiempo es limitado ya que es empleado para registrar aspectos generales del estado del paciente en la historia clínica, el estudio anterior se relaciona con ésta investigación ya que los educadores indican que para poder realizar estrategias educativas o educar a un paciente es necesario ampliar el rango de consulta y que por lo general, en los programas educativos el tiempo en consulta es más prolongado y la mayor parte de ese tiempo, es destinado a educar al paciente mediante la comprensión de la enfermedad, sus posibles complicaciones, tratamiento adecuado para generar conductas y conciencia, teniendo como finalidad originar hábitos y estilos de vida saludable. Esto al principio ocasiona un poco de temor en los educandos porque perciben un servicio diferente al empleado en una consulta ambulatoria (5,9).

Con lo mencionado anteriormente, podemos observar que existen factores que obstruyen el proceso educativo y de acuerdo con las entrevistas, la población participante en el programa presenta condiciones como bajo grado de escolaridad, bajo nivel socioeconómico de la vivienda y el desempleo es del 12.5%. Todo esto influye directamente con el estado de salud de la población y ocasiona una limitante

en el proceso educativo, ya que el grado de escolaridad es un factor clave para la comprensión de la metodología y de las estrategias educativas aplicadas en el programa.

Cabe resaltar que los educadores no cuentan con formación pedagógica en educación para la salud y que todo lo que han aprendido ha sido sobre la marcha, con las experiencias vividas desde su formación profesional e informaron que este tema no está incluido en los contenidos de los programas de pregrado. Esta afirmación acerca de la educación para la salud en los contenidos de pregrado se confirma con la literatura; ya un estudio realizado en Medellín en diferentes IES llamado *“Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia”* plantea que la formación de los profesionales del área de la salud en la EpS es un tema incipiente y débil, debido a que en los planes de estudio y los cursos relacionados con el tema no han sido suficientes y que estos contenidos deben ser reforzados en los programas de pregrados, por tal motivo, no se cuenta con profesionales suficientemente formados para realizar actividades de EpS con calidad.

Actualmente se está incorporando el tema de EpS en los contenidos de pregrado de las IES, pero el talento humano formado en años anteriores tiene poco conocimiento sobre esta temática. Por ejemplo, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia modificó el plan de estudio del pregrado de Administración en Salud con énfasis en servicios de salud para incluir los contenidos de EpS, ya que los profesionales egresados del antiguo plan de estudios, tienen falencias en EpS; esta es de vital importancia para nuestra formación profesional porque nos permite modificar barreras sociales para el acceso a los servicios de salud, acceso deficiente a la información en salud y mejorar los estilos de vida para disminuir las enfermedades crónicas que ocasionan costos elevados a las organizaciones y al Sistema General de Seguridad Social en Salud (5).

A pesar de que los participantes están abiertos a nuevas tendencias de educación y se adaptaron a una metodología mixta (presencial y telepresencial), hay que tener en cuenta que no todos los usuarios tienen buena conectividad y que, a veces, los adultos mayores necesitan de un acompañamiento para el manejo de las herramientas tecnológicas ya que ellos mismos no tienen los conocimientos necesarios para un manejo adecuado de los dispositivos tecnológicos con los que cuentan en sus hogares. Asimismo, es pertinente considerar que la virtualidad favoreció la participación de los usuarios en los procesos de formación debido a que, de un lado, no requerían recursos para desplazarse hasta el programa y se vincularon con mayor facilidad al mismo, expresando sentirse más libres sin la presencia de sus familias. A pesar de que un estudio llamado *“Significados del cuidado construidos por cuidadores de personas mayores”* reflejó los significados que los cuidadores le dan a su labor como “el amor, la preservación de la existencia,

el servicio, el sentido de vida y la responsabilidad”, se pudo observar que los pacientes no siempre se sienten cómodos con sus cuidadores al no expresarse libremente cuando están en compañía del cuidador (55). Por otro lado, la virtualidad también limitó la construcción colectiva y participación más activa, generada a través de las sesiones grupales que se vieron interrumpidas durante la pandemia.

Por lo manifestado tanto por los usuarios, como por los profesionales en salud, existe un relacionamiento humanizado por parte de los educadores, creando un ambiente de confianza y diálogo; sin embargo, en muchas ocasiones los pacientes no relatan lo que realmente les sucede al sentirse incómodos con el acompañante en la consulta; además, los educandos no cuestionan las recomendaciones que les hacen los educadores, desarrollándose una transmisión y recepción de la información, por tal motivo, no se da esa retroalimentación mediante el diálogo de saberes que Paulo Freire plantea para este concepto, porque la educación para salud es un proceso de reflexión y transformación social que genera cambios de comportamientos que modifican conductas y permiten que el individuo se empodere de su estado de bienestar con el fin romper el paradigma de la comunicación vertical impuesta por el modelo biomédico (28).

Otro factor que puede ocasionar que los educandos no cuestionen las recomendaciones de los educadores, es el diálogo de saberes, ya que, en la pedagogía del oprimido, Paulo Freire menciona que la “Educación bancaria” es un tipo de educación donde el educador es el sujeto de la educación y el educando es el receptor que recibe todos los contenidos de la sabiduría. En el programa se observa que los educandos tienden a predisponer que los educadores saben más por sus años de formación y experticia en el tema, ya que les enseñan todo lo relacionado con la enfermedad, el tratamiento, control de síntomas y seguimiento lo que ocasiona que desempeñe un rol pasivo (56).

Adicionalmente, puede que exista una tensión entre la medicina occidental y los saberes ancestrales y esto no permite cuestionar las recomendaciones del educador porque muchas veces la medicina occidental no está de acuerdo con las prácticas o saberes ancestrales; además, por la ignorancia de los pacientes en los temas de educación, se puede limitar la comunicación con el especialista al sentirse “intimidados” por no tener más conocimientos sobre la enfermedad (57).

Cabe resaltar que los participantes no saben diferenciar la práctica pedagógica de la comprensión educativa y por esto, existe una tensión que ocasiona que los educandos tengan una confusión entre lo que es una recomendación y lo que es una estrategia educativa, que busca básicamente la comprensión de la enfermedad para generar conductas que hagan que los usuarios del programa se empoderen de su estado de salud. Según Peñaranda Correa, en el estudio *“Educación para la salud. Una mirada alternativa al modelo biomédico”* las prácticas pedagógicas están

dirigidas fundamentalmente a suministrar información y a modificar los estilos de vida de los pacientes en el desarrollo de un concepto de educación que asimile el aprendizaje al logro del desarrollo de conductas predefinidas por un programa (58).

Otro factor importante de resaltar es que el programa considera que el apoyo familiar es de vital importancia para asimilar el diagnóstico y preparar a los educandos para el tratamiento y así poder brindar un acompañamiento significativo en el proceso educativo, donde el familiar o cuidador se vincula al proceso de educación como un coadyuvante, asistiendo al especialista en la realización del respectivo seguimiento del educando fuera del hospital, esto se relaciona con lo manifestado por los educadores que indican que cuando los educandos cuentan con el apoyo familiar se sienten más motivados y predispuestos a el proceso de aprendizaje.

10.Conclusiones

Podemos afirmar que los educandos son personas mayores de 55 años que pertenecen a la zona nororiental de Medellín y que su grado de escolaridad es bajo; por tal motivo, los determinantes sociales influyen en su estado de bienestar, debido a las condiciones socioeconómicas que presenta la población de esta zona. No obstante, la mayoría de los educandos son personas muy receptivas y atentas a los cambios que se van estableciendo a medida que avanzan en el proceso educativo, acatando la información que los profesionales en salud les brindan. Además, los participantes resaltan los beneficios que ha traído la asistencia al programa, no sólo para comprender la enfermedad, sino también para recuperar su ámbito emocional, familiar, social e interpersonal, lo que permite tener una mejor vivencia con su enfermedad y una adherencia al tratamiento. Por esta razón el sistema de salud debe reconocer la importancia de invertir en programas de educación para que se puedan evitar las posibles complicaciones en el estado de salud de los pacientes y reducir costos en hospitalizaciones, con el fin de beneficiar a los pacientes y a las instituciones de salud, consideramos que, en general, todos los pacientes tienen muy buena percepción del programa y que, la mayoría responden positivamente a los tratamientos realizados, pues se acogen de buena manera al proceso.

La mayoría de los pacientes ingresaron al programa por una captación que realiza la enfermera jefe para ayudar a las personas que tienen alteraciones cardiovasculares a mejorar su estilo de vida, incluso todos los pacientes que hacen parte de este programa están de acuerdo con las recomendaciones que les hacen, pues coinciden en que todo lo que el cardiólogo y la enfermera jefe les dicen, les ayuda a mejorar su estado de salud.

Por otro lado, podemos afirmar que los educadores fueron asignados al programa por parte de la unidad administrativa, ya que los anteriores profesionales dejaron el cargo; los educadores tienen buena percepción acerca del programa, porque ayuda al mejoramiento del estado de salud de los educandos y les enseñan cómo modificar sus conductas, para así, adquirir estilos de vida saludable. En este programa se hace una selección de los pacientes y solo se elige a quienes realmente lo necesitan, la constancia de los pacientes en los controles ayuda al mejoramiento del estado de salud y aporta al avance del Hospital en términos educativos en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en términos económicos al hacer uso de otros servicios por medio del programa.

Además, se puede observar que los profesionales en salud no recibieron ningún tipo de educación formal en educación para la salud durante su formación profesional y que la experiencia que tienen en el campo como educadores ha sido adquirida durante el ejercicio de su profesión e incluso dicen que este tema es

totalmente débil, mudo y pasa desapercibido en los contenidos de los programas de pregrados de las áreas de la salud, esta es una crítica que uno de los educadores le hace a las instituciones que forman profesionales en el área, ya que la educación para la salud es de vital importancia porque permite a los individuos modificar conductas y originar estilos y hábitos de vida saludable, donde los educandos o pacientes pueden tomar decisiones con respecto su estado de salud.

En cuanto a la metodología del programa, es evidente que son charlas educativas que tienen como objetivo mejorar la conducta, generar hábitos y estilos de vida saludable que permitan restaurar, mejorar o mantener el bienestar de los educandos y que la comprensión de la enfermedad permite conocer síntomas, causas, factores de riesgos, complicaciones y tratamiento de dicha patología. Además, es importante reforzar la practica educativa del programa en cuanto la formación pedagógica y didáctica del talento humano en salud para consolidar el programa. También se debe reconocer que los resultados de los procesos de educativos no son responsabilidad exclusiva del educador, sino que las instituciones y afiliados forman parte del proceso pedagógico para cumplir con los objetivos establecidos.

Tener una relación estrecha con los educandos y hacerles un seguimiento de manera particular, continua y constante, son elementos claves para conseguir los objetivos del programa y todo esto desencadena aspectos positivos para mejorar la calidad de vida de los asistentes al programa demostrando así, un trato humanizado y una buena relación educador - educando.

Otro argumento que se puede observar es que los educandos pertenecen a una EPS que les permite acceder a ciertos insumos y tecnologías que requiere el programa educativo, por lo tanto, tener este asegurador garantiza la permanencia dentro del programa porque es más fácil tramitar y aprobar órdenes enviadas por los educadores, esto comparado con otras aseguradoras que limitan el acceso a ciertas tecnologías y medicamentos por su costo, lo que ocasiona una barrera en el acceso a los servicios de salud, a pesar de que en el actual sistema de salud colombiano existe más cobertura y se ha mejorado el acceso a los servicios de salud, algunas aseguradoras siguen presentando este problema.

Por otra parte, evidenciamos que, aunque los educadores manifestaron que los educandos son receptivos, también refieren una preocupación con algunos pacientes que por más que les insistan y acompañen en el proceso no se hacen responsables de su enfermedad al no seguir las recomendaciones del programa.

También se concluye que los educadores notan con mayor facilidad las dificultades y retos de los educandos y no las de ellos mismos, por ejemplo, no tienen en cuenta que en su formación profesional no hubo pedagogía en EpS, por lo tanto, no cuentan con las herramientas o conocimientos completos para realizar la EpS.

Finalmente, se llegó a la conclusión de que el programa se fundamenta en el componente educativo para modificar conductas y generar conciencia acerca del estado de salud y bienestar del educando y que ha tenido buena respuesta ya que la mayoría de los usuarios relatan mejorías.

11.Recomendaciones

Tabla 4. Situación Encontrada y Acción de Mejora

Situación Encontrada	Acción de Mejora
Limitación en el diálogo de saberes entre educandos y educadores	Fomentar el diálogo para que la comunicación no sea solo transmisión y recepción de la información, ya que es importante que los educandos cuestionen o pregunten acerca de las recomendaciones e instrucciones que imparten los educadores.
Limitación de la comunicación por inseguridad frente al acompañante	Educar no solo al paciente, sino también al acompañante para que el paciente no llegue a sentirse intimidado y pueda expresarse libremente; en caso de ser necesario, se recomienda que el acompañante no entre a toda la consulta con el usuario, que haya un espacio solo para el paciente y otro con el acompañante.
Evaluación del Programa por medio de indicadores	Formular una nueva evaluación para el programa que refleje las experiencias y las percepciones que tienen los educandos y educadores que forman parte de este, se proponen indicadores como el aumento de calidad de vida de los pacientes ingresados al programa e indicadores que tengan relación estrecha con la práctica educativa.
Programa que combina las modalidades de atención presencial y telepresencial.	Formular un plan de acción para el seguimiento virtual si el programa desea migrar a esta modalidad, pero teniendo en cuenta las habilidades de los educandos con las TICs y el acompañamiento social para el uso de las tecnologías.
Poca o falta de acompañamiento de los familiares	Integrar al proceso educativo a los acompañantes o familiares para que sean partícipes y conscientes de la enfermedad y así incrementar el acompañamiento.
Ausencia de	Cuestionarse ¿cómo se está enseñando?; ¿qué

cuestionamientos para mejorías del programa	se está enseñando?; ¿qué no están entendiendo los pacientes?; ¿por qué no lo están entendiendo?; ¿cómo mejorar el diálogo?
Comprensión limitada por parte de los educandos	Fortalecer el proceso educativo a través de una revisión del rol de los educadores para potenciar la enseñanza y, por ende, la comprensión de los usuarios.
Generalización de la metodología	Crear técnicas gerontológicas de tal manera que se pueda trabajar con una metodología a la que se puedan adaptar los educandos según se rango de edad.
Barreras socioeconómicas se relacionan con una limitante para el proceso educativo	Adaptar el programa a las condiciones socioeconómicas que presenta la población para que el programa tenga un mayor alcance e impacto.
Suspensión de las charlas grupales por causa de la pandemia COVID-19	Retomar las sesiones grupales ya que para los educandos es más grato familiarizarse con las situaciones similares que manifiestan otros participantes.

12.Limitaciones

Esta investigación abarcó muchos procesos que permitieron lograr satisfactoriamente los objetivos; sin embargo, se encontraron diferentes limitaciones que hicieron complejo el proceso de recolección de datos. La primera limitante se dio en el momento de presentar formalmente la propuesta de investigación, ya que existió una demora al obtener el aval por parte del Comité de Ética del Hospital Universitario San Vicente Fundación, porque debido la pandemia tuvieron que hacer ajuste a sus encuentros programados para tomar este tipo de decisiones.

También se presentó una desarticulación del programa de educación para la salud del Hospital Universitario San Vicente Fundación a causa de la pandemia COVID-19 y se dividió por patologías, por lo tanto, tuvimos que hacer ajustes en el proyecto para centrar la investigación en la práctica educativa del programa pacientes con falla cardiaca.

Otra limitante fue el cambio de modalidad para realizar las entrevistas, ya que se tenía planteado realizarlas virtualmente, pero la institución propuso habilitar un espacio dentro del hospital en el área de cardiología, con todos los protocolos de bioseguridad para realizar las entrevistas, porque no todos tienen acceso a dispositivos tecnológicos e internet y/o se les dificultaba el manejo de estas herramientas.

Adicionalmente, la información por temas de pandemia fluía de manera lenta, porque constantemente se realizaban cambios a los procesos administrativos y asistenciales, por lo tanto, el proyecto tuvo retrasos en el cronograma.

Todo lo anterior fue desafiante para la investigación, porque se retrasó la recolección y análisis de datos; por lo tanto, fue necesario reestructurar la propuesta y flexibilizar el método de recolección de datos, pasando de la modalidad virtual a presencial. También se recopiló información publicada en el sitio web del hospital y otras fuentes internas, evitando así estancamientos en el proceso de investigación.

13. Hallazgos

Como hallazgo adicional a esta investigación encontramos que el rol que desempeñan los cuidadores es fundamental en el proceso educativo de los pacientes con falla cardiaca, ya que se evidenció que los pacientes que cuentan con el acompañamiento familiar tienen una mayor adherencia al tratamiento. Además, el rol del cuidador tiene una relevancia en el estado de salud del paciente por el debido acompañamiento, ya que dentro de su ejercicio brindan un apoyo a las actividades proporcionadas en el programa educativo.

Referencias

1. Peñaranda F. Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica. I. Universidad de Antioquia, editor. Facultad Nacional de Salud Pública; 2020.
2. A AG. Calidad de la atención médica de 20 minutos. 2014;203. [Internet]. [cited 2020 Oct 07]. Available from: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2532/2/Calidad_Atencion_Medica.pdf
3. Méixco G de. EPS Educación para la Salud [Internet]. [cited 2020 Oct 07] Available from: <https://www.epsnutricion.com.mx/quienes.php#:~:text=Para la Organización Mundial de, busquen ayuda cuando la necesiten>".
4. Ocampo-rivera DC. La educación para la salud: "Concepto abstracto, práctica intangible." 2016; [cited 2020 Oct 10] Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a04.pdf>
5. Díaz P, Peñaranda F, Cristancho S, Caicedo N, Garcés M, Alzate T, et al. Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2010;28(3):221–30. [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018993002.pdf>
6. Díaz Brito, Yoimy Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, Conde Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud Overview on promotion and health education. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2012;28(3):299–308. [cited 2020 Oct 14]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
7. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para Promoción de la Salud. Una Conf Int sobre la promoción la salud hacia un nuevo concepto la salud pública [Internet]. 1986;6. [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
8. Pérez Rivera FJ. Educación para la salud en la escuela: una intervención a través del currículo desde la Enfermería. 2011;583. [cited 2020 Oct 14] Available from: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1047/2010ON-PÉREZ RIVERA, FRANCISCO JAVIER.pdf?sequence=1>
9. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chil [Internet]. 2013;141(3):361–6. [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n3/art12.pdf>
10. OPS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

11. OMS. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. [cited 2020 Oct 22]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
12. OMS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. [cited 2020 Oct 22]. Available from: https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/
13. Fundación Española del Corazón. Insuficiencia cardíaca [Internet]. [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>
14. Olmos Salamanca J, Madrid Murcia PV, Mejía Liñan GA, Narváez Martínez MA. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *Repert Med y Cirugía* [Internet]. 2016;25(2):89–94. [cited 2020 Oct 25] Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/88/74>
15. Perea Quesada R. La Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. *Educ XX1* [Internet]. 2001;4(0). Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/361/314>
16. Clínica Cardio VID. Clínica de falla cardíaca [Internet]. [cited 2020 Nov 05]. Available from: <https://www.cardiovid.org.co/index.php/clinica-de-falla-cardiaca/>
17. Rodríguez Gómez HM. *Práctica pedagógica. Una tensión entre la teoría y la práctica. Pedagogía y Saberes.* 2006.
18. Fundación HSV. Hospital San Vicente Fundación. QUIENES SOMOS [Internet]. [cited 2020 Oct 07]. Available from: <https://www.sanvicentefundacion.com/nuestras-entidades/hospital-medellin>
19. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables: [revisión]. *Rev Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2010;15(1):128–43. [cited 2020 Nov 11]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
20. Martínez Sánchez LM, Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Arch Med* [Internet]. 2020;20(2):490–504. [cited 2020 Nov 20] Available from: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3487/6045>
21. Fundación Index. Educación para la salud [Internet]. [cited 2020 Nov 20]. Available from: http://www.fundacionindex.com/blog_oebe/?page_id=100

22. Fortunity M, Gallego J. Investigaciones y experiencias: Educación para la salud. *J Agric Meteorol* [Internet]. 1990;46(2):97–101. [cited 2020 Nov 19] Available from: <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:50a454b4-4bb5-413c-b213-641b134f48b7/re28713-pdf.pdf>
23. Torres Fermán, Irma Aida Beltrán Guzmán, Barrietos Gómez Javier , Lin Ochoa Carmen, Martínez Dolores PG. La investigación en Educación para la Salud. Retos y perspectivas. *Rev Médica la Univ Veracruzana /Vol8 N° 1* [Internet]. 2008;8:45–55. [cited 2020 Dec 07] Available from: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol8_num1/articulos/investigacion.pdf
24. WHO. Promoción de la Salud: Glosario. *Minist Sanid y Consum* [Internet]. 1998;36.[cited 2020 Dec 07]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
25. García EP. Tesis Doctoral EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PEDAGOGÍA DE LA MUERTE. 2012; [cited 2020 Dec 07]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=110185>
26. Carrasco Marín F, Herrador Quero JA. Educación para la salud en el trabajo enfermero. *Inquietudes Rev enfermería* [Internet]. 2005;11(31):14–21. [cited 2021 Jan 15]. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1161205&info=resumen&idoma=SPA>
27. Organización Panamericana de la, Salud. Educación Para La Salud Con Enfoque Integral. *Organ Panam la Salud* [Internet]. 2014;3. Available from: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/35/42>
28. Peñaranda C. F, Giraldo L, Barrera LH. La enseñanza de la educación para la salud: ¿una confrontación a la teoría y la práctica de la salud pública como disciplina? *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;33(3). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a04.pdf>
29. Ferrer Agualeles JL, Ruiz Muñoz E PMS. Educación para la salud. 38(6) [Internet]. 2015;55–60. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5189652>
30. Herrera Achón N, Torres Hernández M, Mujica Utrera E. Normas y procedimientos de la educación para la salud. *Minist Salud Pública Unidad Promoción Salud y Prevención Enfermedades* [Internet]. 2015;1–28. Available from: <http://files.sld.cu/upp/files/2016/04/Normas-y-procedimientos-.pdf>
31. Organización Panamericana de la Salud. Declaracion De Alma-Ata. *Conf Int sobre Atención Primaria Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978* [Internet]. 2012;1–3. Available from:

- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
32. Senado S del. Consitución Política de Colombia de 1991 [Internet]. 1991. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#11
 33. Republica de Colombia. Ley 100 del 1993. D Of [Internet]. 1993;1993(41):80. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD EN LEY 100 DE 1993.pdf>
 34. Ministerio de Salud. Resolución 3384 del 29 de Diciembre del 2000. Minist Salud [Internet]. 2000;2000(Diciembre 29):1–58. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ResoluciÓN 3384 DE 2000.pdf
 35. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Normas sobre salud [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SaludDiscapacidad.aspx>
 36. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. 2018 Aug [cited 2021 Dec 14]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf
 37. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013-Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. D Of 48811 [Internet]. 2013;326. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
 38. Senado S del. Ley 115 de 1994 [Internet]. [cited 2021 Dec 18]. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0115_1994.html
 39. Congreso de la República de Colombia. LEY 1064 de 2006. D Of Año Cxlii N 46341 [Internet]. 2006;(26 JULIO):100. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-104704_archivo_pdf.pdf
 40. Ministerio de educación. Decreto 4904 de 2009 [Internet]. [cited 2021 Dec 22]. Available from: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-educacion/Paginas/educacion-para-el-trabajo-y-el-desarrollo-humano.aspx>
 41. ENEL. Informe De Sostenibilidad 2019 Grupo Enel (Codensa-Emgesa). 2019;311. Available from: https://intranet.enel.com/es-es/Documents/Local/Colombia/Informe_sostenibilidadd.pdf

42. Jaramillo Cataño AN. CLÍNICA DE FALLA CARDÍACA Programa integrado para la asistencia de pacientes con falla cardíaca.
43. Universidad de Colima. Fenomenología [Internet]. Available from: <https://recursos.ucol.mx/tesis/fenomenologia.php>
44. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados E. Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la invstigación cualitativa en psicología. Pensando Psicología [Internet]. 2019;15(25):1–24. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/2956/2771>
45. Peralta C. Etnografía y métodos etnográficos* 1 Escuela Normal Superior de Montería. Análisis Rev Colomb Humanidades [Internet]. 2009;74(Universidad Santo Tomás):33–52. [cited 2021 May 22]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5155/515551760003.pdf> <https://www.redalyc.org/pdf/5155/515551760003.pdf>
46. Ruiz Méndez M, Aguirre Aguilar G. Etnografía virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. Estud sobre las Cult Contemp. 2015;(41):67–96.
47. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación [Internet]. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
48. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Resolución 8430. Explor Econ Hist [Internet]. 1993;24(6):ETG 5-1-ETG 5-17. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eeh.2020.101342>
49. USA. Informe Belmont. J Comput Assist Tomogr [Internet]. 2008;32(3):475–9. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
50. Colombia C de la R. Ley 1581 de Octubre de 2012. 2012;1–15. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=49981
51. Congreso de la República de Colombia. Congreso de la república ley número 23 de 1982 (28. 1982;1982. Available from: <http://derechodeautor.gov.co:8080/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>
52. Universidad de Antioquia. Resolución Rectoral 21231 de 2005. IEEE Int Conf Acoust Speech, Signal Process 2017 [Internet]. 2019;41(2):84–93. Available from: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/03dd8bdb-126d-4370-afad-39a12f24f0cb/024+Resolucion+rectoral+21231+Propiedad+intelectual.pdf?MOD=AJPERES>
53. Alcaldía de Medellín. Encuesta de calidad de vida [Internet]. Encuesta de calidad de vida. 2013. [cited 2022 Mar 15] Available from:

https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadsticas/SharedContent/EncuestaCalidaddeVida/ECV2013/PDFs/01Poblacion.pdf

54. Escobar J. Zona nororiental [Internet]. [cited 2022 Mar 20] Available from: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Ubicacion-geografica-de-la-Zona-Nor-Oriental-de-Medellin-area-de-estudio-para_fig1_290434625
55. Zuluaga-Callejas MI, Galeano-Marín ME, Giraldo-Giraldo CB, Vélez-Escobar VM, Sánchez-Vallejo SM, Lopera-Arango AM, et al. Significados del cuidado construidos por cuidadores de personas mayores. Vol. 18, Revista Ciencia y Cuidado. 2021. p. 54–65.
56. Ocampo J. Paulo Freire Y La Pedagogía Del Oprimido. Rev Hist la Educ Latinoam [Internet]. 2008;(10):57–72. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf>
57. Santisteban KM. Disputas y tensiones a partir de la medicina ancestral mapuche en Puelmapu (Patagonia Argentina). 2020;87–100. Available from: <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/6881/1/document.pdf>
58. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N AA. Educación para la salud. Una mirada alternativa al modelo biomédico. Editores,. Universidad de Antioquia, editor. Medellín; 2011. 182 p.
59. Ministerio de salud. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Anexos

Anexo 1. Guía de preguntas para la entrevista del talento humano en salud

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DIRIGIDA AL TALENTO HUMANO EN SALUD QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA EDUCATIVO DE PACIENTES CON FALLA CARDIACA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN

Esta entrevista consta de unas preguntas abiertas y le garantizamos que la información suministrada por usted será utilizada para fines académicos. Estos datos servirán para comprender el proceso de educación para la salud realizados por el talento humano en salud y por eso le pedimos el favor que sea lo más sincero posible al responder.

Si usted autoriza, nos gustaría grabar la entrevista para tener más detalle de todo lo que podamos consignar en esta. La información que usted nos suministre será confidencial y quedará registrada con un código para almacenarla sin que se sepa su identidad.

Nombre: _____
N° de identificación: _____
Cargo que desempeña: _____
Código de identificación: _____ **Sexo:** F____ M____

Sobre la experiencia en el programa

1. ¿Cómo ingresó al programa y por qué?

2. ¿Cuál es su experiencia como educado? ¿Ha recibido formación en pedagogía o educación para la salud?

3. ¿Cómo se ha sentido en el programa y explique su respuesta brevemente?

4. ¿Cuál es la percepción que tiene del programa y explique?

5. ¿Qué pretende el programa?

6. ¿Cómo hace el programa para lograr lo que pretende? ¿Cómo es la metodología?

7. ¿Cuáles son los resultados?

8. ¿Cómo son los educandos con los que trabaja?

9. ¿Cómo es la relación con el educando?

10. ¿Cuáles han sido los principales logros que se han presentado en el proceso educativo del programa?

11. ¿Cuáles han sido las dificultades que se han presentado en el proceso educativo del programa?

12. ¿Cuáles son los desafíos que se presentan en el proceso educativo del programa?

13. ¿Qué sugerencias le hace al programa?

Anexo 2. Guía de preguntas para las entrevistas de los usuarios

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE PACIENTES CON FALLA CARDIACA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN

Esta entrevista consta de unas preguntas abiertas y le garantizamos que la información suministrada por usted será utilizada para fines académicos. Estos datos servirán para comprender el proceso de educación para la salud y también para identificar la experiencia vivida en dicho proceso. Por eso le pedimos el favor que sea lo más sincero posible al responder.

Si usted autoriza, nos gustaría grabar la entrevista para tener más detalle de todo lo que podamos consignar en esta. La información que usted nos suministre será confidencial y quedará registrada con un código para almacenarla sin que se sepa su identidad.

Información Básica

Nombre:	_____	
N° de identificación:	_____	Edad: _____
Fecha de nacimiento:	_____	
Estado civil:	_____	
Grado de escolaridad:	_____	
Ocupación:	_____	Sexo: F_____ M_____
EPS:	_____	Régimen: C_____ S_____
Tiene hijos:	Si _____ No _____	N° de hijos: _____
Con quién vive:	_____	
Dispone de dispositivos Con acceso a internet	_____	
Código de identificación:	_____	

Sobre la experiencia vivida en el programa

1. ¿Cómo se enteró y cómo ingresó al programa educativo?

2. ¿Cómo se ha sentido usted en el programa y Cuál es su percepción del programa?

3. ¿Cuál es el propósito del programa?

4. ¿Cómo son los educadores del programa?

5. ¿Cómo es la relación con el educador?

6. ¿Con cuáles recomendaciones que le hace que le hace el programa está de acuerdo y cuáles no está de acuerdo y por qué?

7. ¿Cómo realiza la práctica educativa el talento humano en salud del programa?

8. ¿Hay algo adicional que piensa le deberían enseñar y ahora no se está haciendo?

9. De lo enseñado en el programa ¿qué es difícil aplicar en su vida cotidiana?

10. ¿Cuáles han sido los principales logros presentados en el proceso educativo del programa?

11. ¿Cuáles son las dificultades que se han presentado en el proceso educativo del programa?

12. ¿Cuáles son los retos que se presentan en el proceso educativo?

Anexo 3. Consentimiento Informado

Significado del proceso y práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de educativo de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín

DATOS DE LOS INVESTIGADORES		
Nombre	Jose Nicolas Gómez Bedoya	Jessica María León Mocosó
Filiación institucional	Estudiante de pregrado Administración en Salud	
Dirección	Cra. 40 #100-17	Cra. 45 #102-37
Teléfono	3135007349	3186952023
Correo electrónico	josen.gomez@udea.edu.co	jessica.leon@udea.edu.co
Sitio donde se llevará a cabo el estudio	Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín	
Entidad que respalda la investigación	Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia	

DATOS DEL PARTICIPANTE	
Nombre	
Código de identificación	

Los investigadores del presente proyecto son estudiantes del programa de Administración en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia y están llevando a cabo un estudio sobre el proceso de Educación Para la Salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín en el segundo semestre de 2021. El objetivo de esta investigación es **comprender el proceso** educativo y su práctica desde el punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín.

Este consentimiento está dirigido al talento humano en salud y a los usuarios del programa educativo del Hospital que serán partícipes de dicho proyecto de investigación. Se recomienda leer este consentimiento para tener claridad de la finalidad del estudio y cuál sería su aporte en la misma. Posteriormente, usted va a ser entrevistado y responderá las preguntas desde sus vivencias personales. La entrevista tardará aproximadamente 30 o 40 minutos; sin embargo, usted podrá finalizar cuando lo considere necesario. Si usted, por alguna razón desea no responder a alguna de las preguntas será comprendido y respetado.

Estimado usuario:

Con el fin de conocer cómo se realiza el proceso y la práctica educativa en el programa de EpS para pacientes con falla cardíaca en los servicios de asistencia sanitaria, se considera de suma importancia conocer la experiencia y sus vivencias acerca de este tema a través de una entrevista que ayude a comprender y recolectar la información. Se invita cordialmente a decidir si participa o no de este estudio, después de leer el siguiente consentimiento en el que se exponen los beneficios y/o consecuencias que podría traer si su respuesta es un sí.

Los beneficios que se obtendrán con este estudio serán una contribución sobre el proceso de EpS en el Hospital, tratando de ampliar su conocimiento sobre este tema y pueda actuar de manera oportuna para obtener estilos de vida saludables y mejorar su bienestar. Usted no corre riesgos al participar de este estudio ya que no se van a realizar procedimientos de experimentación ni se va a alterar su salud física o mental.

Su participación es libre, voluntaria y anónima. Es importante que tenga en cuenta que usted no tiene que participar en el estudio si no desea hacerlo, por lo anterior, en cualquier momento puede retirarse del estudio sin recibir ningún tipo de penalización. Cabe resaltar que en el estudio usted será identificado con un código para que su identidad no sea revelada.

Los horarios y lugares dispuestos para las correspondientes entrevistas serán consensuados entre los investigadores y los participantes; pero siempre buscando el beneficio y la facilidad suya como elemento esencial para este estudio.

Para dar **confidencialidad de la información** que usted suministre en la entrevista, se le informa que las únicas personas que tendrán acceso a la información proporcionada son los investigadores del estudio y solo se hará uso de esta para fines académicos. Además, al momento de publicar los resultados, no estará implicado su nombre.

La participación no tendrá ningún costo ni remuneración. Usted no tiene que pagar por participar en el proyecto ni recibirá ninguna clase de compensación por las entrevistas brindadas.

Esta investigación tiene un riesgo mínimo para su salud física o mental. Las entrevistas están hechas únicamente para conocer las experiencias y vivencias en el proceso de Educación Para la Salud, en caso de que el participante presente alteraciones psicológicas o afectaciones de emotividad, deberá dirigirse a su prestador de servicios de salud y programar cita con un psicólogo que pueda tratar su caso y su participación en el estudio será cancelada.

Compromiso de los participantes

1. Debe cumplir con la cita programada para realizar la entrevista.
2. Brindar sus datos personales verídicos.
3. Debe comunicar y actualizar datos como cambios de residencia o de teléfono de contacto.

4. Debe comunicar si presenta síntomas de covid-19 antes o después de realizada la entrevista.
5. Debe comunicar si desea retirarse del estudio.

Compromiso de los investigadores

1. Informar a los participantes en qué consiste el estudio.
2. Solucionar las inquietudes de los participantes.
3. Guardar confidencialidad de los datos de los participantes.

Resultados

Esta investigación es realizada con fines académicos, por lo tanto, la información reposará en la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública y los resultados obtenidos serán entregados al Hospital Universitario San Vicente Fundación para que apliquen las mejoras que sean necesarias y pertinentes en el programa educativo de pacientes con falla cardíaca.

Si tiene dudas sobre la investigación, las puede aclarar en este momento ya que los investigadores se tomarán el tiempo de resolver todas sus inquietudes con respecto al estudio para su posterior participación en él, si surgen preguntas más tarde se puede contactar con Jessica María León Moscoso, cel.: 3186952023, e-mail: jessica.leon@udea.edu.co o José Nicolás Gómez Bedoya, cel.: 3135007349, e-mail: josen.gomez@udea.edu.co. En caso de requerir comunicarse con una persona externa al estudio debe remitirse al comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, podrá comunicarse con el comité de ética salud pública mediante el e-mail: eticasaludpublica@udea.edu.co

En caso de aceptar, proceda a llenar la información de los espacios en blanco:

Yo, _____, identificado con C.C _____, actuando en nombre propio o en representación legal de: _____, identificado con documento N° _____, manifiesto que he leído completamente la información y que no he recibido ninguna clase de presión verbal, escrita o gestual para participar en el estudio. Dicha decisión es tomada de manera consciente y autónoma, en pleno uso de mis facultades mentales y físicas, sin estar bajo efectos de medicamentos, sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas. Acepto participar en esta investigación y soy consciente que tengo derecho a retirarme del estudio, si así lo deseo, en cualquier momento.

Nombre del participante: _____
Firma del participante: _____
C.C: _____ de _____
Fecha: _____

Nombre del testigo: _____
Firma del testigo: _____
C.C: _____ de _____
Fecha: _____

Nombre del investigador: _____
Firma del investigador: _____
C.C: _____ de _____
Fecha: _____

Nombre del investigador: _____
Firma del investigador: _____
C.C: _____ de _____
Fecha: _____

Anexo 4. Aval de la Dirección de Investigación del HUSVF



Medellín, 19 de marzo de 2021

Doctor
CARLOS ALBERTO CARDEÑO
Presidente
Comité de Ética de la Investigación
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl
Ciudad

Asunto: Solicitud de evaluación Comité de Ética de la Investigación

Cordial saludo.

Le estamos solicitando la evaluación ética al proyecto: **“La experiencia del talento humano en salud y los usuarios del programa de Educación Para la Salud del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín”** el cual está clasificado sin riesgo. El proyecto será acompañado por Yuli Andrea Santa, Jefe del servicio de enfermería del Hospital Universitario San Vicente Fundación.

El proyecto cuenta con la aprobación metodológica y de viabilidad por parte de la Dirección de Investigaciones del Hospital y únicamente tiene pendiente el concepto ético. Adjunto a esta carta recibirá la copia del protocolo.

Atentamente,

Oscar Alonso Villada Ochoa
Médica Epidemiólogo
Dirección de investigaciones
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl
Oscar.villada@sanvicentefundacion.com



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Medellín, 28 de Abril del 2021

Doctores
José Nicolás Gómez Bedoya
Jessica María León Moscoso
Investigadores Principales

ASUNTO: Evaluación de protocolo de investigación

Respetados Drs.

Me permito informarle que en la reunión del comité de ética de investigación del DS de Abril de 2021 según consta en el Acta N° 10-2021, se evaluó y aprobó el proyecto:

- **La experiencia del talento humano en salud y los usuarios del programa de Educación Para la Salud del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín.**

Atentamente,



COMITÉ DE
ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN

Carlos Alberto Cardozo Castro
Presidente Comité de Ética de la Investigación
Fundación Hospitalaria San Vicente Paúl
Dirección: Calle 64 # 51D – 154 Medellín
Bloque 11, piso 1 (Hospital Infantil)
Teléfono 4441333 Ext: 3388
Correo Electrónico: comite_etica_investigacion@sanvicentefundacion.com

Anexo 6. Carta de Presentación del Proyecto



FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

Medellín, 04 de marzo de 2021

Doctora
Luisa Fernanda Ahunca Velásquez
Md.Neuropsiquiatra - Epidemiología
Dirección de Investigaciones
Hospital Universitario San Vicente Fundación

Cordial saludo,

Los estudiantes, **Jessica María León Moscoso** CC. N° 1.036.668.034 y **José Nicolás Gómez Bedoya** CC. N° 1.067.290.635, se encuentran matriculados, en el programa Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en el curso Trabajo de Grado desarrollando el tema "La experiencia del talento humano en salud y los usuarios sobre el proceso de educación para la salud en el programa de educativo de pacientes con falla cardíaca del Universitario San Vicente Fundación de Medellín.". Respetuosamente le solicitamos su colaboración, permitiendo a los estudiantes recopilar la información necesaria para la realización de la propuesta de trabajo de grado.

Se aclara que la información será utilizada únicamente con fines académicos y debe ser entregada directamente a los estudiantes, según los datos que ellos suministren.

Los estudiantes se identificarán con came de la Universidad.

Agradezco la colaboración que pueda brindarles.

Elkin Fernando Ramírez Rave
Coordinador
Administración en Salud énfasis en Gestión de Servicios de Salud
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

CC: Yuly Andrea Santa Mejía
Directora de enfermería Adultos HSVFM
yuly.santa@sanvicentefundacion.com

Anexo 7. Cronograma

Se adjunta archivo en el programa Project Libre.

Anexo 8. Presupuesto

Se adjunta archivo en el programa Project Libre.

Anexo 9. Matriz de entrevistas

Se adjunta archivo en documento de Excel.

Anexo 10. Protocolo de Bioseguridad

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA PARA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-
19**

Pregunta	SI	NO
1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura mayor a 37.5 °C)		
2. ¿Ha tenido tos o cualquier otro signo de dificultad respiratoria en los últimos 14 días?		
3. ¿Ha tenido en los últimos 14 días o tiene en el momento diarrea u otras molestias digestivas?		
4. ¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?		
5. ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?		
6. ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de COVID-19?		
7. ¿Tiene o ha presentado la enfermedad de COVID-19?		
8. ¿Está vacunado contra el COVID -19?		

Si respondió afirmativamente la pregunta 7, responda la siguiente pregunta:

Pregunta	NO APLICA	SI	NO
En caso de haber presentado la enfermedad, ¿ya cumplió 21 días de aislamiento?			

Yo, _____, con Cédula de Identidad No. _____, por voluntad propia y debidamente informado(a) consiento participar del estudio y realizar la entrevista durante la pandemia de COVID-19.

Entiendo que:

- El virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso y es imposible determinar quién es portador del virus y quién no.
 - A pesar del seguimiento de normas de bioseguridad en el hospital, debido a la presencia de otros pacientes, a las características del virus, existe un riesgo de contraer el virus, por el solo hecho de permanecer en el consultorio.
 - Los organismos nacionales e internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 2 metros, lo cual es posible mantener durante la encuesta.
 - Ratifico que no presento ni he presentado en los últimos 14 días ninguno de los síntomas de COVID-19 de la siguiente lista: fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, etc.
 - Declaro que no he estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.
 - Ratifico que durante la sesión utilizaré mascarilla.
- Garantías para desarrollar la entrevista
- Durante la sesión se le garantizara acceso a gel antibacterial y alcohol para la desinfección de manos y superficies.
 - Durante la entrevista se proporcionará un espacio donde se garantiza la distancia entre el entrevistado y el entrevistador
 - El lugar donde se realiza la entrevista fue habilitado por el hospital para realizar dicha actividad y cumple con las normas de bioseguridad, como desinfección de superficie, distanciamiento social y ventilación.

Por todo lo anterior acepto participar en el estudio y responder la encuesta

Nombre del participante: _____

Firma _____ **CC:** _____

Nombre del estudiante encuestador: _____

Firma _____ **CC:** _____

Lugar y fecha:

Anexo 11. Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS

Definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores (59).

Las RIAS están constituidas por tres tramos (59):

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo: dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.
2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.