



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Estrategia de educación virtual en salud para la
promoción de una atención humanizada en la ESE
Hospital
Mario Gaitán Yanguas de Cundinamarca**

Autora

Karol Tatiana Colorado Barrios

Universidad de Antioquia

Facultad de Educación

Medellín, Colombia

2020



Estrategia de educación virtual en salud para la promoción de una atención humanizada en
la ESE Hospital

Mario Gaitán Yanguas de Cundinamarca

Karol Tatiana Colorado Barrios

Tesis o trabajo de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Educación

Asesora:

Yaneth Liliana Franco Cano

Línea de Investigación:

Línea de Educación y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

Universidad de Antioquia

Facultad de Educación.

Medellín, Colombia

2020

Para Joaquín, el sol de mi vida. Mi tesis es para ti que, con paciencia, te sientas día a día a mi lado para acompañarme a estudiar, escribir y crear. Tu presencia y amor me motivan a ser una mejor mujer, profesional, estudiante y madre.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer en estas líneas la intervención de todas las personas que prestaron su tiempo y apoyo a mi proceso de investigación.

A mi asesora Yaneth Liliana Franco, por su guía, entrega y motivación continua para mi trabajo. A Tatiana Eugenia Díaz por apoyarme fielmente en el camino de la investigación en salud pública.

A mi familia. Mi esposo, el amor de mi vida. Quien siempre cree en mí y me anima a romper barreras a favor de los sueños. Mis padres, por quienes conozco el valor de la educación, la paciencia y la superación en este camino llamado vida. Mis hermanas, heroínas valerosas quienes con su apoyo incondicional alegran mi vida.

Indudablemente a los trabajadores de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas, a los profesionales Ad honorem, a la Secretaría de Salud, la Secretaría de TIC y la Secretaría de Prensa de Cundinamarca. Gracias a todos ustedes que compartieron sus conocimientos en pro de la educación en humanización para mujeres gestantes y recién nacidos.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como principal objetivo identificar cómo la implementación de una estrategia en educación virtual, dirigida a empleados de la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas, en adelante HMGY, incide en el mejoramiento de la prestación de servicios en salud de mujeres gestantes y recién nacidos en esta institución. Todo lo anterior en apoyo a la generación de cambios en el proceso atención y resultados en salud favorables en la población atendida por este personal.

Se partió de la necesidad de implementar con el personal que labora en el HMGY una estrategia de educación virtual al alcance de sus competencias, tiempo, acceso y gratuidad. Tratándose de una propuesta de formación del talento humano, específicamente de educación en salud, que promovió en estas personas la capacidad de mejorar la relación con el paciente especialmente el trato hacia madres gestantes y recién nacidos.

Se realizó una búsqueda especializada de literatura en publicaciones, tesis, libros y artículos científicos relacionados con la humanización en salud, la normatividad vigente sobre atención en salud, estrategias educativas virtuales y educación en salud para reconocer la agenda académica en la cual soportar y diseñar una estrategia educativa mediada por TIC con los trabajadores de la salud de un hospital que permitiera mejorar la atención a sus usuarios.

Teniendo en cuenta el aporte que las tecnologías aplicadas en el ámbito educativo pueden brindar a los empleados del sector salud y con la intención de aportar al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud, esta investigación se situó en el paradigma interpretativo, con un alcance descriptivo, con enfoque mixto y a partir del diseño metodológico estudio de caso para dar respuesta los objetivos y pregunta formulados.

El trabajo se presenta en cinco capítulos. El primero expone el problema y la revisión de la literatura a partir de los conceptos clave de la investigación relacionados con la educación mediada por TIC y el sistema de salud desde la situación materno perinatal. En un segundo capítulo se plantea el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. En el tercer capítulo se describe el marco teórico que sustentó este trabajo. En un cuarto capítulo se presenta la metodología implementada por fases para dar respuesta a los objetivos y pregunta de la investigación. Finalmente, el capítulo cinco detalla los resultados del procesamiento de datos y análisis mixto y expone los resultados, conclusiones y recomendaciones que surgieron a lo largo de la intervención.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LITERATURA	7
1.1. Atención humanizada en salud	11
1.2. Educación mediada por TIC	22
1.3. Sistema de salud: morbilidad materna y perinatal en cundinamarca.....	27
2. OBJETIVOS	37
2.1. Objetivo general.....	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. MARCO TEÓRICO	38
3.1. Teoría sociocultural	38
3.2. Constructivismo	40
3.4. Educación y TIC	53
3.5. Educación a distancia.....	55
3.6. Educación virtual	57
3.7. Humanización en salud.....	66
4. METODOLOGÍA.....	72
4.1. Diseño metodológico	74
4.2. Participantes de la investigación.....	76
4.3. Técnicas e instrumentos.....	78
4.4. Trabajo de campo.....	78
Fase de exploración	81
Fase de preparación	81
Fase de intervención	88
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	101
5.1. Categorías de análisis.....	102
5.2. Resultados	105
6. CONCLUSIONES.....	121
6.1. Implementación del curso de educación continua en modalidad virtual y de enfoque participativo.....	121
6.2. Descripción de la relación entre la construcción colaborativa del curso virtual y los procesos de aprendizaje logrados.....	123

6.3. Recomendaciones a los procesos de formación virtual dirigidos a empleados de las instituciones de salud del departamento de Cundinamarca.....	126
6.4. Incidencia del curso de humanización materno perinatal en la prestación del servicio de salud de madres gestantes y recién nacidos en la ese HMGY	128
7. BIBLIOGRAFIA	131

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LITERATURA

En la actualidad existe un reconocimiento por el papel central que la educación desempeña en los procesos de desarrollo humano, “predomina la tendencia en la región a considerar que la educación constituye un elemento decisivo para el desarrollo, entendido este como un proceso de transformación complejo multidimensional” (Sunkel, 2006, p.1). Es por esto que, sumado al uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), se complementan los procesos pedagógicos actuales, teniendo en cuenta que estos permiten, según Almenara (2007), crear entornos más flexibles para el aprendizaje; favorecer el aprendizaje independiente y el auto aprendizaje; y ofrecer nuevas posibilidades para la orientación y la tutorización de los estudiantes.

Por su parte Echeverría (2000), afirma que “hay que diseñar ante todo nuevos escenarios educativos donde los estudiantes puedan aprender a moverse e intervenir en el nuevo espacio telemático” (párr. 1), incorporando las TIC en un entorno participativo pedagógico que logre interrelación entre los actores: estudiante-maestro que interactúan con un ambiente multimedia al cual llama el autor *tercer entorno* (Echeverria, 2000, párr. 14). Esto señala otra ventaja que se asocia a las TIC en educación: las posibilidades interactivas que ofrecen, y que permiten que el usuario se convierta en un participante activo, sensible y consciente de información (Cabrero, 2007).

La Gobernación de Cundinamarca implementó desde el año 2012, en la plataforma Moodle versión 2.1, la gestión de cursos virtuales que denominó Escuela Virtual Cundinamarca. La Secretaría de TIC fue la primera dependencia en utilizar esta plataforma de educación virtual y desde allí se han implementado diferentes servicios hacia otras secretarías de esta entidad

estatal. La Secretaría de Salud a la fecha es una de las que más ha aprovechado este recurso con la creación de 12 cursos virtuales a 2020.

Tabla 1. Número de cursos virtuales por secretarías en la Gobernación de Cundinamarca 2012-2020

SECRETARÍAS	NÚMERO DE CURSOS CREADOS DE 2012 A 2020
Secretaría de Alta Consejería para la Felicidad	1
Secretaría de Educación	6
Secretaría de la Mujer y Equidad de Género	1
Secretaría de Planeación	8
Secretaría de Salud	12
Secretaría de TIC	5
Secretaría General	2
Secretaría de Gobierno	0
Secretaría de Competitividad y Desarrollo económico	1
Secretaría de la función pública	5
Secretaría de Desarrollo e inclusión social	1

Elaboración propia a partir de aulavirtual.cundinamarca.gov.co

“La Escuela Virtual Cundinamarca de la Gobernación de Cundinamarca, se constituye como un escenario virtual para el seguimiento y gestión de los procesos de formación del talento humano de la entidad en la región Cundinamarqués”(Gobernación de Cundinamarca, 2019).

Desde el año 2015 se evidenció la importancia de mejorar el uso de la herramienta Moodle, cuyo liderazgo técnico fue entregado a la Secretaría de TIC la cual, con solicitud y asesoría de las

demás secretarías de la Gobernación, ha buscado mejorar la calidad del uso de la plataforma virtual, la que tiene a su vez diferentes intereses educativos relacionados con las necesidades de los actores departamentales. A la fecha, la Escuela Virtual Cundinamarca no cuenta con un documento oficial que incluya la medición de los niveles de satisfacción de los usuarios participantes, solo en el año 2018, basados en la política de calidad, se realizó una encuesta de satisfacción en uno de los cursos ofertados y por los resultados arrojados se vio la necesidad de adquirir el software Survey Lime el cual mide los resultados de satisfacción de los usuarios en los cursos.

A nivel general la Secretaría de TIC revela que en todos los cursos ofrecidos hasta el momento aproximadamente el 80% de los participantes culminan las actividades propuestas, sin embargo, no se tiene soporte de cada uno de los cursos sobre la metodología educativa utilizada, ni de su impacto. Para el año 2019 se continúa usando Moodle en la versión 3.2.1 y las razones son: que cuenta con un diseño *responsive* (adaptable a cualquier pantalla), es flexible, intuitiva, tiene gran variedad de herramientas, permite personalizar el diseño y se puede modificar según necesidades (Internetya, 2018).

El común denominador en los cursos virtuales ofertados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca a la fecha es la participación de los profesionales del área de la salud, viendo una brecha considerable con otros actores relacionados con el sistema de atención en salud, como lo son el personal administrativo, trabajadores de servicios generales, seguridad y demás relacionados que laboran en las diferentes IPS del departamento y que tienen contacto directo con los usuarios cuando acceden a los servicios de salud.

La salud materno perinatal es aquella relacionada con la mujer gestante y el recién nacido hasta 28 días después del alumbramiento. Su adecuada atención y manejo están expuestos en el

tercer objetivo de desarrollo sostenible del Programa de Naciones Unidas a nivel mundial, que impacta el desarrollo de salud y sostenibilidad de los países en vía de desarrollo, con enfoque en las acciones multisectoriales basadas en derecho y con perspectiva de género, las cuales son esenciales para abordar las desigualdades relacionadas con la salud (ONU, 2018).

La Gobernación de Cundinamarca junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2016, se articulan en la creación de una estrategia que consiste en realizar encuentros educativos magistrales llamados Nodos de Humanización. Para el año 2017, el Departamento de Cundinamarca prioriza 14 Empresas Sociales de Estado (ESE) que, junto con otras entidades de orden nacional como Empresas Promotoras de Planes de Beneficios (EAPB) anteriormente llamadas Empresas Prestadoras de Salud (EPS), participan de dicha estrategia. Para el año 2018, se extiende a 53 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) las cuales participan en encuentros quincenales. Para el año 2019, se cuenta con la participación de 147 entidades dando continuidad a través de experiencias exitosas de humanización y felicidad de la mano de las oficinas departamentales de la alta consejería de la felicidad y participación ciudadana (Rincón, 2019).

De los 12 cursos ofertados por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca a 2020, solo existe uno relacionado con la humanización en servicios de salud desde el referente de calidad en seguridad del paciente y la normatividad vigente. Este curso aborda la normatividad vigente y el papel administrativo en el cumplimiento de metas institucionales. Sin embargo, no promueve en los funcionarios y personal relacionado con el servicio de atención, el trato humanizado hacia los usuarios, mucho menos en la atención materno perinatal. A partir de agosto del 2019 la Sociedad Colombiana de Ginecología junto con la Universidad del Rosario ofertan un curso de “Atención Humanizada en Salud Materno-Perinatal, actualización en Buenas Prácticas” en modalidad virtual, con un valor cercano a un salario mínimo legal vigente (SMLV),

cuyo objetivo es “realizar una actualización general en buenas prácticas, aplicable al campo de la salud materna y perinatal” (Universidad del Rosario, 2019, párr. 1).

1.1. Atención humanizada en salud

La deshumanización en la atención a los usuarios por parte del personal de salud en las IPS del país es un problema evidente y expresado por las personas que día a día usan el sistema de salud colombiano. Es tan evidente este tema que se ha ligado a las evaluaciones de calidad de las instituciones de salud pública y privada del país, y sus resultados muestran una falla en el direccionamiento de la educación para mejorar la atención de los usuarios por parte del talento humano que labora en las clínicas y hospitales (Minsalud, 2018) Por esto es relevante que no solo las instituciones de salud, sino las secretarías de salud, universidades y demás entidades relacionadas con la educación del personal de la salud, prioricen en su oferta académica la humanización en servicios de salud, teniendo en cuenta la preparación de los profesionales, tecnólogos y técnicos para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios.

Como lo expresa (Correa, 2016), referenciando a Bermejo-Higuera JC, esta formación “debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo atiende al paciente y se suplen las necesidades básicas a nivel físico, emocional, intelectual y social” (p.35). El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia realizó en el 2014 un trabajo de campo con entidades territoriales de salud departamentales de Nariño, Cundinamarca, Antioquia, Valle y Quindío para la elaboración de un diagnóstico de los problemas de la calidad en operación de salud. En este estudio se evidenció deshumanización en la atención por parte de personal asistencial y administrativo de las IPS hacia los usuarios, esto soportado en los indicadores de calidad del Observatorio Nacional de Calidad en Salud (Correa, 2016). El concepto emitido por

la entidad pública fue: “tenemos como reto incorporar al sistema de salud la humanización como imperativo ético, más allá de ser tan solo un atributo del servicio, producto o información de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman” (p.32). Es necesaria la articulación de todos los actores del sistema de salud tanto internos: médicos, enfermeros, administrativos y demás personal sanitario, como externo: EAPB, Ministerio de Salud y protección social, Secretarías de salud y universidades (Correa, 2016, p. 30).

Educación en Humanización en Salud

Es importante educar en correspondencia con los valores y la ideología que sustenta la sociedad, no solo en la que se vive, sino en la que se necesita construir para vivir (Balhuendis et al., 2014) adicionalmente, se requiere priorizar en los profesionales sanitarios "la comunicación, la relación profesional-paciente, las habilidades sociales y el trato humano” (Naranjo & Ricaurte, 2006, p. 97).

La humanización tiene como referente que la amabilidad, la atención personalizada y el respeto, son una particularidad que hace que el servicio se brinde con calidad en la atención. Aunque la vocación es la principal variable al momento de trabajar con seres humanos que ameritan unos cuidados especiales. (Cobaleda, 2015, p. 25)

En la relación entre educación y humanización, la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar cuidados de calidad (Saucedo-Isidoro, 2016), Por esta razón, la educación en humanización para los trabajadores de un ámbito salubre, no solo deriva de la calidad humana sino también de la calidad en el servicio. Éste es uno de los ejes primarios en el funcionamiento de una entidad enfocada a dar a sus pacientes una atención de mayor calidez y calidad,

considerando que, para hablar de este tema y brindar una atención humana, se requiere de la sensibilización del equipo de trabajo en función del bienestar (Cobaleda, 2015).

Esto se podría lograr respetando la diversidad y promoviendo mediante la educación el desarrollo de habilidades, actitudes y valores que favorezcan la convivencia justa y armónica (Oliveros, 2016), potenciando un genuino interés por los otros; "reconociendo sus propias limitaciones y encontrando herramientas psicoemocionales en pro de la superación personal y social" (Navarro, 2016, p. 5).

Durante la revisión de literatura se encontraron estudios relacionados con la atención humanizada en salud, varios de ellos enfocados en la atención del parto, los cuales apuntan al binomio madre y recién nacido. En su estudio Araoz (2017), argumentó que "muchas veces las madres prefieren tener a sus hijos en sus casas debido al temor que tienen de asistir a un centro de salud, donde el trato es por lo general muy frío y vertical" (p. 4). Esto considerando la humanización como una herramienta que no solo mejora el trato hacia el paciente sino que además aporta beneficios como contacto piel a piel (madre e hijo), mejoramiento de la lactancia, estrechez del vínculo madre e hijo, bienestar emocional de la pareja (permitiendo participación del padre), mejoramiento de parámetros oxigenativos en el recién nacido, disminución de sufrimiento fetal, entre otros (Macias, 2018).

En Colombia la humanización se incluye en el modelo de calidad en salud del país. Cada entidad o secretaría de salud municipal o departamental es libre de crear su propio modelo basado en las necesidades de sus pacientes y trabajadores. El fenómeno de deshumanización de los cuidados, como se ha tratado de mostrar, es el resultado de una red de factores asociados que se desprenden, en parte, del orden social y de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias; otros parte de la formación y consecuente práctica de los profesionales y algunos más

de los pacientes (Arredondo-González & Siles-González, 2009). Por esto, las instituciones de salud o entidades territoriales de salud enfocan sus modelos en diferentes principios o valores permitiendo así identificar las necesidades detectadas para mejorar la relación paciente-trabajador.

A partir de estos resultados el Gobierno Nacional diseñó una serie de guías de atención para el manejo clínico de maternas, puérperas y recién nacidos: como código rojo, preeclampsia, parto seguro, entre otras. También estableció anexos técnicos como la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones; el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; y el Decreto 2309 de 2002 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; la Ley 1438 de 2011 con la que se reforma este último sistema, se dictan otras disposiciones y el Plan Nacional del Mejoramiento de la Calidad en Salud (en adelante PNMCS). Todos estos lineamientos tienen como fin direccionar la gestión de la calidad en la atención en las entidades territoriales de nivel departamental y municipal, EAPB e IPS.

Esta normatividad y legislación brindan una ruta para que los trabajadores de la salud hagan parte de una cultura de humanización en su ambiente laboral, permitiendo así garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención materno perinatal, reconociendo el contexto sociocultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo (Minsalud, 2016).

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos

reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

(Minsalud, 2020, párr. 1)

Lo que pretende la Ley 1122 de 2007 es priorizar y mejorar la prestación de servicios de salud en Colombia a la luz de las necesidades de los usuarios. En ella se encuentran aspectos relacionados con la financiación, dirección, universalización y racionalización de los actores de salud en el país; se insta al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a ser líder en dicho cumplimiento, haciendo rectoría a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) quienes son las principales receptoras de los asegurados y precisa la articulación de estas con las Instituciones de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, exigiendo a estas últimas indicadores positivos de calidad en la atención a los usuarios. (Ministerio de salud.pdf, s. f.)

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. (Minsalud, 2016)

Este sistema se encuentra normado por el Decreto 780 del 2016 y la Resolución 3100 de 2019. En ellos se definen conceptos relacionados con la habilitación y acreditación de las IPS, y con estas certificaciones se puede verificar que las instituciones de salud cumplen o no con estándares de calidad para la atención de usuarios, permitiéndoles ser competitivos en la atención

brindada a sus pacientes. Para brindar una guía a los prestadores se crea el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), el cual tiene una vigencia de 2016 a 2021.

El plan propone las principales estrategias y acciones para que se impulsen modelos de gestión orientados a la excelencia y a la generación de valor social. En este sentido plantea como principal objetivo, el fortalecimiento de la gestión y la articulación de los agentes para el mejoramiento continuo y el logro de los resultados en salud. Por otro lado, expone la importancia del desarrollo de habilidades y capacidades para el talento humano en salud, especialmente en temas de humanización y gestión de organizaciones, con el fin de fomentar la excelencia e innovación en el sistema. (Minsalud, 2016)

En el PNMCS se evidencia la deshumanización en salud como uno de los principales problemas en calidad en Colombia e insta a las IPS a contar con mecanismos que cumplan con este objetivo estratégico de calidad en salud, apoyándose en herramientas de innovación y gestión del conocimiento. Dentro de las actividades a desarrollar propone:

1. Desarrollo de una estrategia de aprendizaje colaborativo, que fomente la articulación entre los agentes del sistema.
2. Desarrollar, validar e implementar metodologías de mejoramiento de la gestión institucional, que induzcan en los agentes del sistema prácticas humanizadas, seguras, coordinadas y transparentes.
3. Diseñar y desarrollar estrategias para el reconocimiento de experiencias exitosas en materia de calidad y humanización.
4. Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano y en las instituciones de salud, que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones. (Minsalud, 2016, p. 14)

Dentro de los procesos de apoyo de la implementación de la Ruta de atención materno perinatal se encuentra la educación del talento humano de las IPS, la cual está ligada directamente al cumplimiento del objetivo de calidad de la humanización en salud para mujeres gestantes y en puerperio. “La humanización de los espacios sanitarios es parte del concepto más amplio de humanización en el ámbito de la salud, se enfatiza el rol de la ética y la educación, y se destacan los valores que deben regir la conducta de los miembros del equipo de salud” (Oliveros, 2016, p. 34). Actualmente, el sistema de salud colombiano encamina a las instituciones de salud a reforzar la necesidad de brindar servicios de atención en salud más cercanos a sus usuarios. Viendo a estos no solo como pacientes sino como personas con necesidades; fomentando en diferentes espacios la importancia de enfocarse también en los valores de los trabajadores del sector; priorizando sobre todo a los usuarios pertenecientes a población vulnerable como gestantes, adultos mayores y recién nacidos.

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

El Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) anterior Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), pretende articular acciones que beneficien el tratamiento, prevención y promoción de la salud, a través de las RIAS. Estas son “un instrumento que contribuye a que las personas familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan” (Minsalud, 2018).

Dentro ellas se encuentran procesos relacionados con:

- Procesos Misionales: gestión de la prestación de servicios de salud e intervenciones colectivas, Vigilancia en Salud Pública, Inspección Vigilancia y Control (IVC) y aseguramiento

- Procesos estratégicos: Planeación integral en salud, coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, participación social y gestión del conocimiento.
- Procesos de apoyo: gestión administrativa y financiera, insumos de salud pública y talento humano.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), prioriza para su implementación 16 grupos de riesgo:

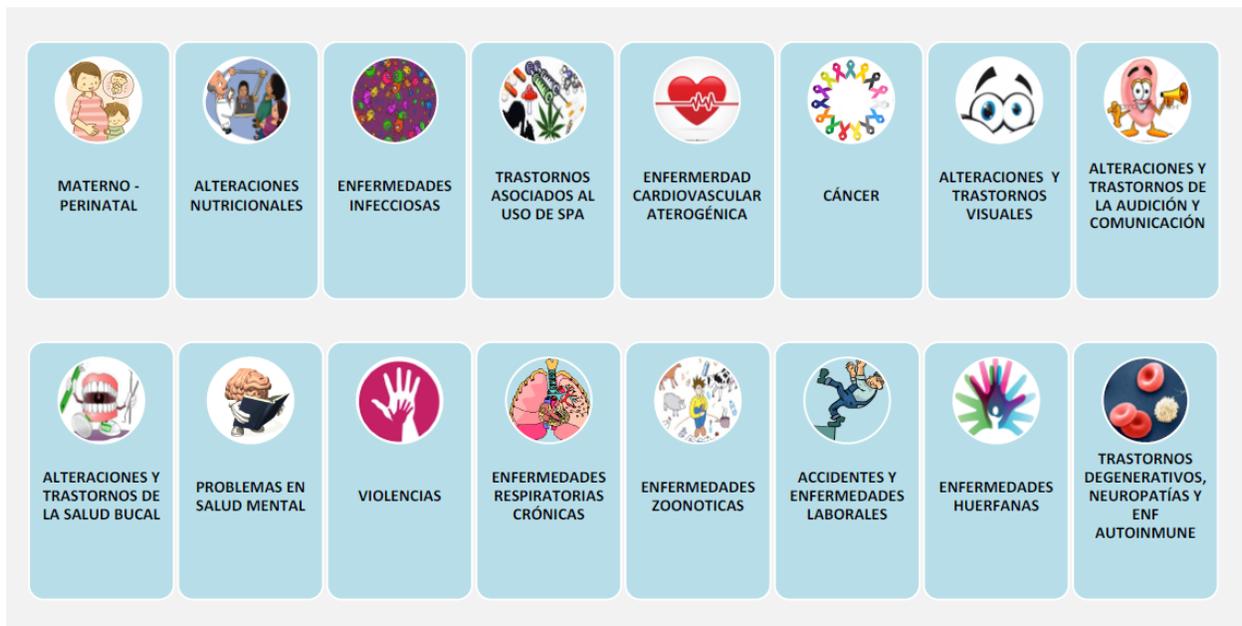


Figura 1. Grupos de Riesgo RIAS, MSPS

De estos grupos de riesgo se prioriza la creación de dos RIAS: (a) Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y (b) la Ruta materno perinatal, las cuales, según la Resolución 3202 de 2016, deben ser implementadas a nivel nacional con todos sus procesos anexos

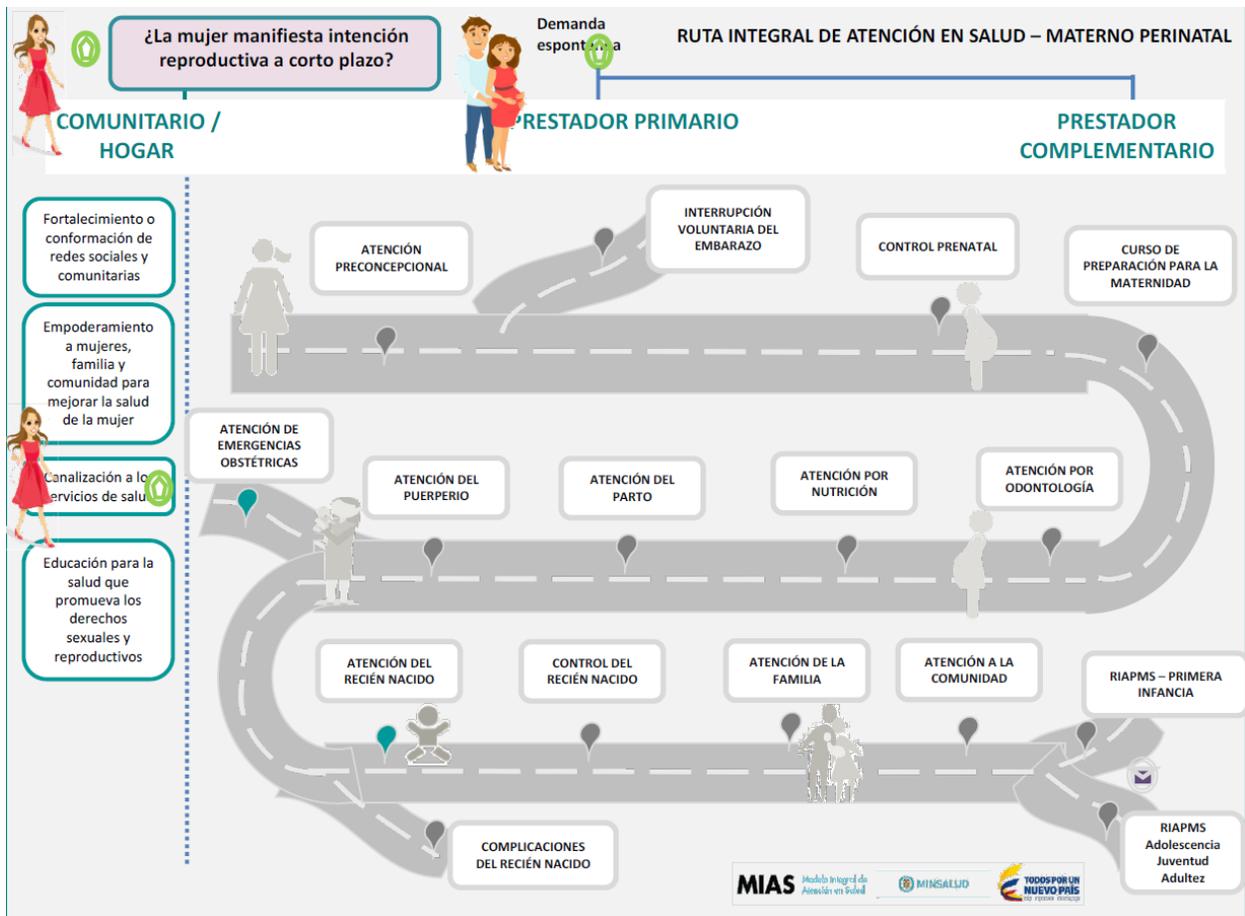


Figura 2. Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, MSPS

Con estas estrategias, más la implementación de seguridad del paciente, guías de práctica clínica, protocolos de manejo, prestadores de salud acreditados y habilitados, se pretende mejorar la calidad de la atención en salud en el país, dando acceso público a la verificación del cumplimiento de estas metas mediante la implementación del Observatorio Nacional de Calidad en Salud. Éste tiene como objetivo la realización de un monitoreo permanente del PNMCS, mejorando las capacidades de los trabajadores de la salud mediante ciclos de aprendizaje e innovación. En el objetivo 5 de ese Plan se insta a las instituciones de salud a incentivar la gestión de conocimiento, además divulga, a través del Observatorio, información sobre la calidad

de la atención en salud que reciben los colombianos (Minsalud, 2018). Dicho observatorio permite:

1. Gestionar la información disponible en conocimiento e indicadores que permitan comprender las condiciones de calidad en la atención en salud y su contexto.
2. Realizar el monitoreo permanente de los cambios en las condiciones de calidad en la atención en salud y sus tendencias.
3. Desarrollar e implementar modelos predictivos y de alertas tempranas sobre el comportamiento y evolución de las condiciones de calidad en la atención en salud.
4. Promover la producción de conocimiento sobre la calidad en la atención en salud a partir de la conformación de redes de expertos soportadas en las tecnologías de la comunicación y la información.
5. Poner a disposición de los Usuarios, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la información y el conocimiento disponible sobre la calidad en la atención en salud en condiciones de igualdad y transparencia. (Minsalud, 2018, párr. 2)

Si tomamos como referencia la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas (en adelante, HMGY), los siguientes son los resultados en los indicadores relacionados con la humanización en salud.

Tabla 2. Indicadores de atención HMGY, Cundinamarca y Colombia 2019.

Indicador año 2018	HMGY	Colombia	Cundinamarca
Experiencia en la atención - Satisfacción Global de los usuarios en IPS	94.4%	95.8%	94.9%

Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	97.4%	79.7%	98%
Número de casos de Mortalidad Materna Temprana	3	477	17
Número de casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal	125	9432	452
Número de casos de Morbilidad Materna extrema	102	23677	1674

Elaboración propia basada en caja de herramientas de Minsalud y SIVIGILA, 2019.

Estos indicadores muestran una necesidad en humanización en salud en la ESE HMGY, puesto que, al contar con indicadores de satisfacción al cliente por debajo del promedio nacional y departamental, se reflejan dificultades en la consecución de una satisfacción mayor. Además, se presenta en la institución de primer nivel de atención, una carga de enfermedad alta en eventos de interés en salud pública como: mortalidad materna, mortalidad perinatal y en menores de 28 días de nacido, casos de mujeres con riesgo de muerte alto en su gestación o parto.

En relación con esto, Yépez-Chamorro (2018), apunta que la manera en que el paciente percibe el servicio, debe ser una condición indispensable en todo proceso de calidad, por esta razón se fundamenta la necesidad de realizar estudios que permitan aproximarse a las experiencias de los usuarios frente a los procesos de atención sanitaria. (p. 12)

Siendo la calidad de la atención en salud un tema trascendental en el que se encuentra inmersa la humanización en la prestación de los servicios, el uso de las TIC en el siglo XXI es procedente, puesto que se encuentran al alcance de todos y representan un acercamiento al mundo educativo para personas que no tienen la posibilidad de asistir a un centro educativo, por

ejemplo. Además, dicha autonomía genera la satisfacción del auto aprendizaje basada en la creación y reconstrucción de conocimientos puestos en práctica y en beneficio de sus labores habituales en salud que posibilitan un mejor trato, conexión y relación con los usuarios.

1.2. Educación mediada por TIC

Las TIC se apoyan técnicamente en la multimedia (integración de textos, sonido e imágenes en computadora), en una realidad virtual (simulación de la realidad mediante computadoras) y en las llamadas autopistas de la información (sistemas interactivos que se conectan a través de medios como el cable, satélite o telefonía móvil). Estas herramientas para la información y las comunicaciones facilitan el acceso a conocimientos de diversos ámbitos, su creación y expansión, a medida que se mejora el acceso a personas con necesidad de adquirir nuevos conocimientos y capacidades; evidencian una relación favorable con la educación, mostrando funcionalidades como: medios de expresión, canales de comunicación, procesamiento de información, gestión administrativa y tutorial, didáctica, generación de escenarios formativos, lúdicas, desarrollo cognitivo y contenido curricular (Márquez, 2012).

Las TIC ofrecen diversidad de recursos de apoyo a la enseñanza: material didáctico, software educativo, entornos virtuales, internet, blogs, wikis, webquest, foros, chats, mensajería, plataformas, videoconferencia y otros canales de comunicación y manejo de información con lo que se posibilita aún más, el desarrollo de la creatividad, innovación y entornos de trabajo colaborativo, brindando la posibilidad de promover el aprendizaje activo con significado y flexible.

En el año 2020 es difícil imaginar un sistema educativo que no incorpore las TIC en sus procesos de enseñanza, aprendizaje y gestión. Conocer su potencial y limitantes es importante y útil para la planeación e implementación de proyectos o actividades. Algunas de las ventajas que

ofrecen estas tecnologías están reflejadas en la autonomía para aprender, la accesibilidad, el uso de diversos dispositivos móviles y de comunicación para acceder a la información, el manejo del tiempo y, en algunos casos, la gratuidad.

Colombia, en los últimos planes de gobierno desde el componente educativo, ha priorizado la implementación de las TIC, sin embargo, la educación mediada por TIC no solo se ve como una política pública nacional, sino como parte de la evolución que tiene el proceso educativo mundial, donde se tienen en cuenta las necesidades de los estudiantes y los profesores; quienes aprovechan las herramientas para sacar el mayor beneficio en la construcción de conocimiento.

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia (MEN), tomando como referentes teóricos a Michael Huberman, Lugo y Kelly, Sir Ken Robinson, Andrade y Gómez (2013), definió la innovación educativa con uso de TIC como un

proceso en el que la práctica educativa, con la mediación de TIC, se reconfigura para dar respuesta a una necesidad, expectativa o problemática, desde lo que es pertinente y particular de un contexto, propiciando la disposición permanente al aprendizaje y la generación de mejores condiciones en las realidades de los actores educativos (p.17).

Ahora bien, estos beneficios no solo cobijan a los entornos educativos que estamos acostumbrados: escuelas y universidades, también aportan en la educación de otros actores como los trabajadores de la salud: auxiliares, técnicos, profesionales, administrativos y sanitarios de una institución prestadora de servicios de salud (IPS). En este contexto se evidencia la necesidad de mantener el personal capacitado y la educación mediada por TIC permite promover o fortalecer las competencias necesarias para mejorar esta labor ocupacional diaria y el desarrollo personal de estas personas.

Teniendo en cuenta los planes de estudio técnicos y profesionales de las universidades y demás instituciones educativas relacionados con el área de la salud, el sistema educativo colombiano no incluye temas relacionados con humanización de la atención en la oferta educativa actual, por el contrario, este saber debe ser adquirido de manera individual mediante cursos adicionales, diplomados, cursos y plenarias, de las cuales muchas son con costo para los participantes. También existe una oferta de cursos presenciales gratuitos para este público desde las entidades territoriales de salud, pero muchos ellos están disponibles solo para personal priorizado por cada gerente de IPS.

Hoy por hoy la educación a distancia dirigida al personal de salud, además de presentar un costo muchas veces inalcanzable para personal técnico y administrativo, representa otra limitante como lo es el tiempo, el cual es escaso debido a que estas son ocupaciones de turnos rotativos 24/7; lo que dificulta el desplazamiento a centros educativos de manera periódica.

A nivel latinoamericano la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuenta con un campus de educación virtual específico para temas de salud pública, donde se puede participar de cursos de aprendizaje autónomo y cursos con tutoría. Estos cursos están categorizados en ocho temas.



Figura 3. Cursos por categorías de tema, campus virtual PAHO

A la fecha ninguno de ellos se ha realizado para el tema específico de humanización en la atención y respecto al ámbito materno perinatal solo se evidencian cursos de manejo clínico y epidemiológico. Estos cursos están dirigidos a 121.905 usuarios en PAHO Colombia, país que ocupa el tercer lugar de participación en Latinoamérica y el 37% de estos usuarios en Colombia son de profesión enfermeros.

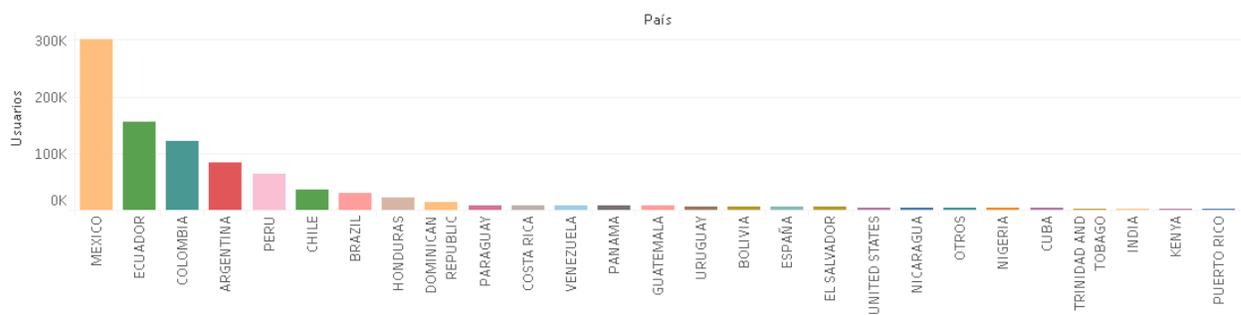


Figura 4. Usuarios campus virtual PAHO por país

El Ministerio de Salud y Protección Social, por su parte, ofrece actualmente 4 cursos virtuales relacionados con discapacidad, enfermedades no transmisibles, inducción a rurales y

mejoramiento de la calidad en las IPS. A pesar de la relevancia y necesidad de incluir en la oferta educativa el tema de humanización, las entidades públicas nacionales no la ofrecen y menos aun relacionada con la humanización en la atención al público materno perinatal.

Universidades públicas como la Universidad de Antioquia, que ha apostado por incluir en su portafolio educativo virtual aspectos relacionados con educación en salud como cursos, talleres, simposios, conferencias, diplomados; ofrece en total 494 espacios coordinados por las facultades de Medicina, Enfermería y Nacional de Salud Pública. De estos cursos, no se evidencian a la fecha temas directos con la humanización en salud (UDEA, 2019).

Tomando como referencia dos estudios latinoamericanos en educación continua modalidad virtual para personal de salud realizados en Ecuador y Chile, se resaltan las ventajas de la educación a distancia. “Los resultados obtenidos demostraron que la educación continua a distancia es efectiva en transmitir conocimientos para generar cambios en el quehacer laboral” (Salinas et al., 2014, párr. 29). Este tipo de acciones puede aumentar la confianza laboral, adquirir habilidades y conocimientos útiles y pertinentes para mejorar su práctica, contribuir a la promoción de esta forma de educación, particularmente útil en países donde la educación presencial demanda altos costos.

Es relevante señalar que, en razón del tamaño y carácter crítico del sector salud en la sociedad, es habitual que en la mayoría de los países este tenga un nivel importante de desarrollo institucional y estratégico, donde la alta capacidad interna de formación es relevante. Frente a los permanentes cambios que afectan a los sistemas de salud, su misión de contribuir al desarrollo del país y enfrentar los múltiples desafíos relacionados con la satisfacción de las necesidades de la población, es clave que estos posean un buen nivel de autosuficiencia, con capacidad de crecimiento, mantención y fortalecimiento del capital de conocimientos (Carabantes, 2010).

1.3. Sistema de salud: morbilidad materna y perinatal en cundinamarca

La salud materna e infantil es una prioridad a nivel mundial. La mortalidad materna es un indicador sensible del grado de desarrollo de un país, es por ello que fue incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), pues mide la importancia que un país le da a la salud materna, perinatal y de los niños. Colombia se comprometió con estos objetivos al fijar la meta universal de reducir a tres cuartas partes en el periodo 1990-2015 los casos de muertes maternas. Además, a través del Conpes 140 de 2011 denominado “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio”, Colombia definió como propósito reducir a 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (PNUD, 2020).

Para el 2015, estas metas fueron evaluadas y alrededor del mundo y se encontró una reducción importante en mortalidad materna, que cayó casi en un 50% desde 1990. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna –la proporción de madres que no sobreviven en el parto en comparación con aquellos que lo hacen– en las regiones en desarrollo es 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas y sólo la mitad de las mujeres en las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan (PNUD, 2020).

Por lo anterior, además de otras condiciones, la Organización de Naciones Unidas estableció los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con los que se busca que los países que se adhieran a estos objetivos puedan disminuir esas brechas de inequidad que existen entre la población. “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (p. 1), es el objetivo 3 de desarrollo sostenible, que busca reducir en un 75% la mortalidad materna registrada en el año 2010, es decir, alcanzar una razón de mortalidad materna de 24 por cien mil nacidos vivos.

La muerte marterna se define como defunción materna la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo; debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Por defunción materna tardía, se entiende la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo (Avila, 2017, p. 4).

Para dar contexto a este tema, se presenta el análisis de determinantes en salud pública basado en la información recolectada a través del Sistema de la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBEW). Bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS) y con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS - Colombia y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer Reproductiva), la Organización Mundial de la Salud Ginebra (OMS), los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC), el Centro Nacer en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia y bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); están cooperando técnicamente en el desarrollo, aplicación y evaluación del SVEMMBEW (OPS & OMS, 2019, p. 2).

Basado en este subsistema de información y tomando como criterios de inclusión los casos analizados de muerte materna con residencia departamental, se realiza un estudio descriptivo retrospectivo donde se descargan los módulos 4, 5, 6 y 7:

MÓDULO 4 A - Entrevista familiar: tiene como objetivo identificar los factores no médicos relacionados con la muerte materna.

MÓDULO 5 - Resumen de la Atención clínica de la mujer fallecida: tiene el objetivo de recolectar la información de los factores médicos y de la atención en salud que influyeron en la muerte materna.

MÓDULO 6 - Resumen de caso e informe técnico: es uno de los insumos más importantes y tiene como objetivo resumir los factores médicos y no médicos que influyeron en la muerte materna y después del análisis en el comité, clasificar la muerte materna como evitable o no evitable.

MÓDULO 7 - Planes de mejoramiento: busca establecer actividades de mejoramiento de los “determinantes intervenibles” médicos y no médicos que influyeron en la muerte materna. (OPS & OMS, 2019, p. 2)

De todos los determinantes en salud pública los más representativos fueron los relacionados con:

- Número de controles prenatales
- Percepción negativa de servicios de salud
- Inadecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia
- Deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos
- La mujer fallecida no realizó consulta pre-concepcional
- La mujer fue dada de alta de manera inadecuada
- No se realizó vigilancia adecuada del puerperio
- No se identificó oportunamente la severidad de las complicaciones por parte del equipo de salud.
- La mujer durante el proceso de atención de la enfermedad que la llevó a la muerte, fue atendida en un sitio de complejidad inferior a la requerida.
- Diagnóstico inoportuno

Teniendo en cuenta el porcentaje de número de controles prenatales por nacidos vivos arrojado por DANE y el presente análisis, es evidente la disminución de adherencia a contar con más de 4 controles prenatales en las gestantes o puérperas que mueren en Cundinamarca resultados que, a pesar de mostrar un aumento casi al doble entre los años 2017 a 2018, en el preliminar de 2019 baja un 10% con relación al 2018.

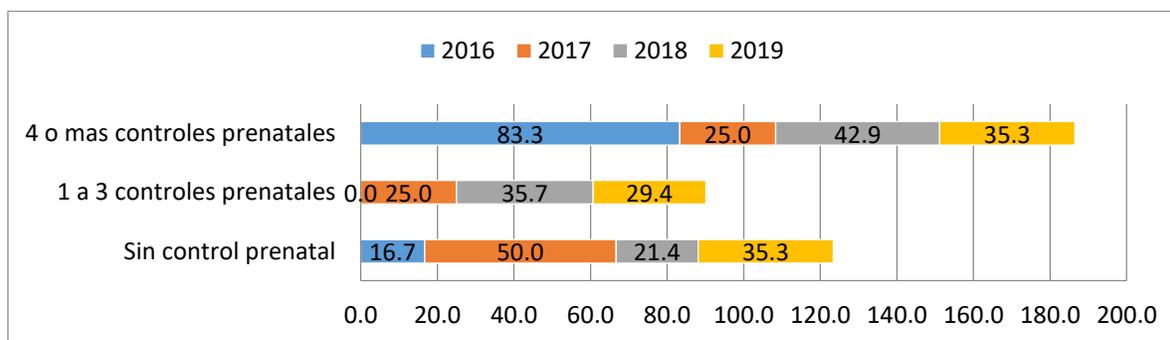


Figura 5. Proporción de número de controles prenatales en muerte materna, Cundinamarca 2016-2019.

Otros determinantes relacionados con el sistema de salud como *la falta de consulta pre-concepcional* reflejada en los casos de muertes maternas de Cundinamarca, expresan un buen comportamiento para los dos últimos años en los cuales desciende casi unas tres cuartas partes con relación al año 2016. En cambio, *la deficiencia de inducción a la demanda en servicios preventivos*, a pesar de tener tendencia a la disminución está presente en la mitad de los casos y refleja una debilidad en la oferta y demanda por parte de las EAPB e IPS de atención primaria. *La mujer dada de alta de manera inadecuada* es un indicador que está presente en casi una cuarta parte de los casos sin embargo, debe ser resuelto mediante estrategias apoyadas en educación efectiva del talento humano asistencial.

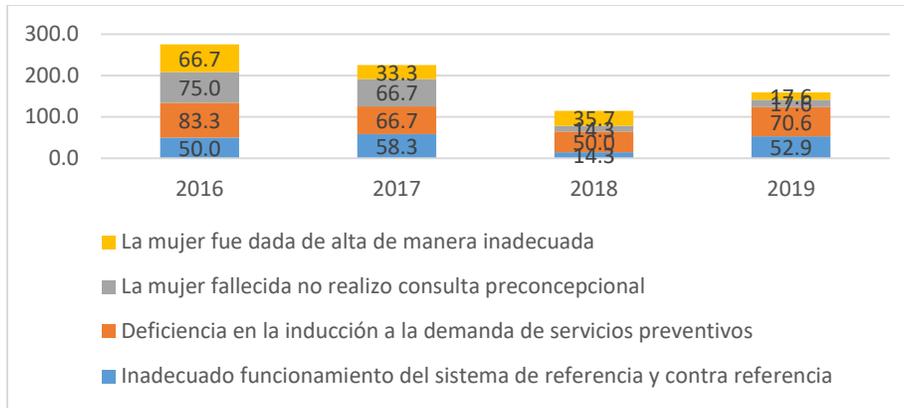


Figura 6. Determinantes más significativos del sistema de salud en la muerte materna, Cundinamarca 2016-2019.

El diagnóstico inoportuno evita un tratamiento oportuno y es una falla en el conocimiento de guías de atención en emergencias obstétricas, para las muertes materna analizadas. Dicho hallazgo ha estado presente en más del 25% de los casos en los últimos cuatro años, así como *la atención en sitios no acordes a la complejidad requerida*, la cual está conforme a la falta de red de atención y número de camas en servicios de tercer y cuarto nivel. La vigilancia del puerperio es crucial para una oportuna atención en complicaciones obstétricas, de los tres años observados se ha evidenciado esta falla en tres de ellos.

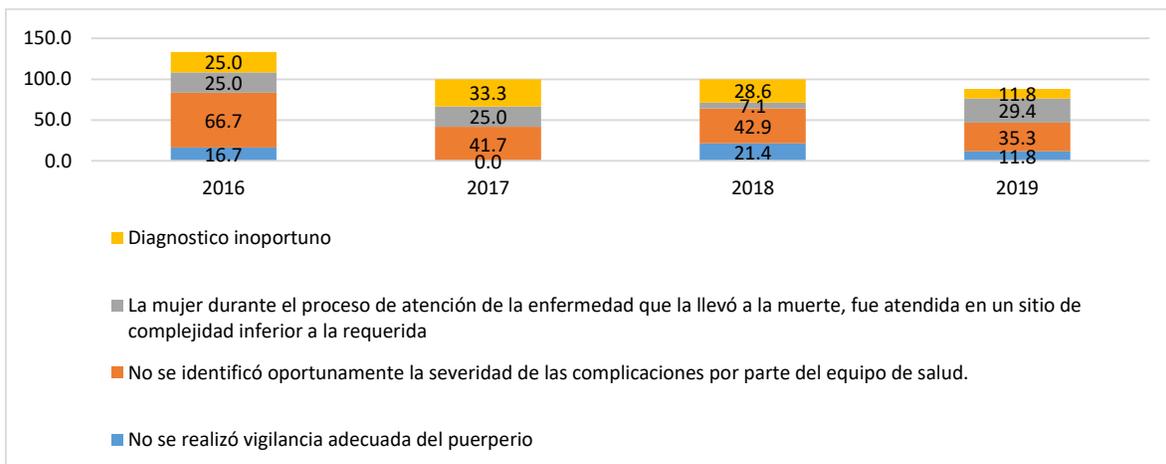


Figura 7. Determinantes de calidad de atención en muerte materna, Cundinamarca 2019-2019.

La humanización de servicios, además de ser un indicador de calidad, refleja la empatía con los usuarios, así como el uso de esta para mejorar la adherencia a consultas, ya sean de promoción y prevención como a servicios de urgencia en casos de signos de alarma. Por ende, este indicador, al estar presente en muerte materna, refleja una necesidad de educar al personal que tiene contacto con la mujer y su familia en servicio humanizado y manejo del duelo. Como indicador trazador en las unidades de análisis de Muerte Materna se toma la percepción negativa de la familia a los servicios de salud durante la atención de la paciente

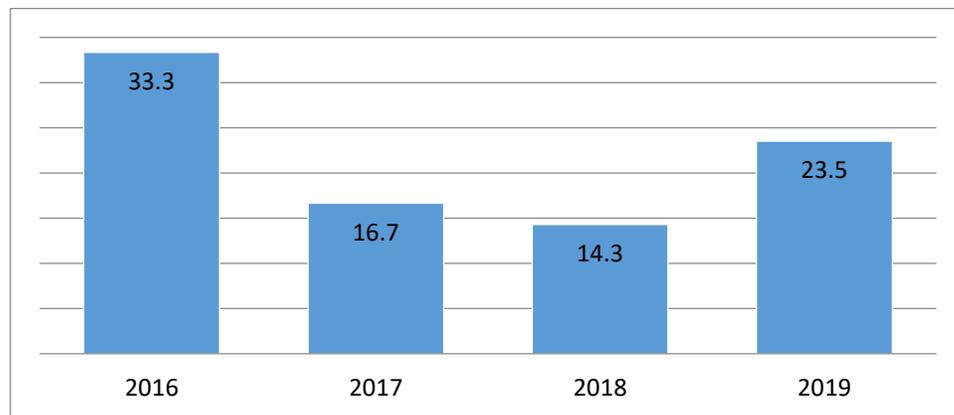


Figura 8. Percepción negativa de la familia a los servicios de salud en los casos de muerte materna, Cundinamarca 2016-2019

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la define como “una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (p. 1).

La Morbilidad Materna Extrema (MME) es un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal. Éste es un evento que ingresa a la vigilancia nacional a partir del año 2012 con instituciones centinelas en diferentes departamentos. En el año 2015 se encuentran incluidas las IPS de baja, mediana y alta complejidad de atención del país y para el año 2016 se adicionan dentro de los criterios de inclusión los diagnósticos de preeclampsia y ruptura uterina.

El Departamento de Cundinamarca ha realizado en los últimos 4 años un análisis de los determinantes sociales teniendo en cuenta las categorías de: mujer y familia, comunidad y servicios de salud.

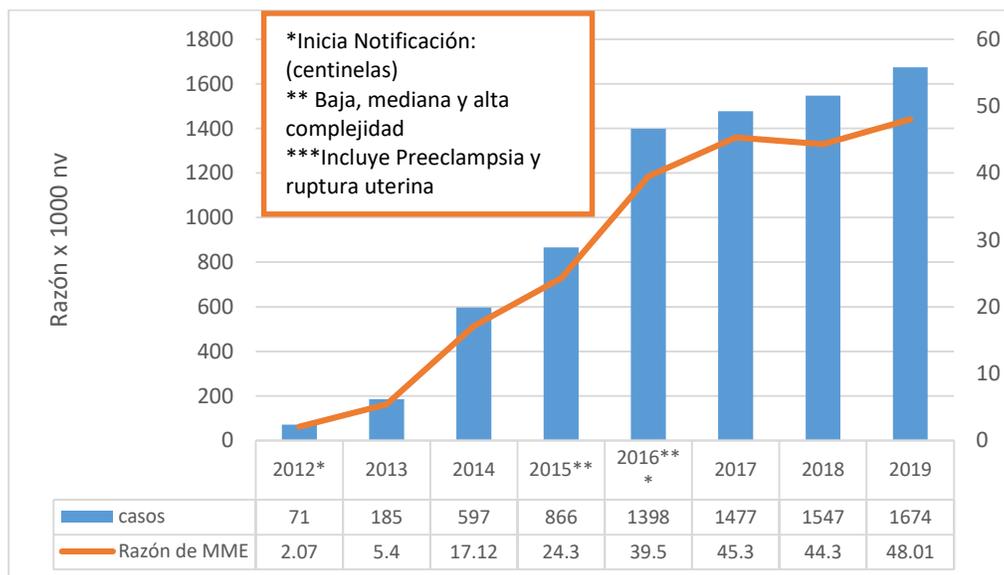


Figura 9. Casos vs Razón de MME x 1000 NV, Cundinamarca 2012-2019

Como variable determinante del servicio de salud en el evento de MME, se toman los criterios de inclusión relacionados en el protocolo del INS donde el departamento de Cundinamarca pasa de 42% de casos con 3 criterios o más a una proporción de 33/100 mujeres

notificadas en 2019. El comportamiento de la preeclampsia y la falla vascular son más altos que los relacionados con patologías ligadas al código rojo; sin embargo la ruptura uterina durante 2018 y 2019 presenta una proporción mayor al 20%. Es evidente la necesidad de UCI para casi un tercio de casos de MME del departamento, teniendo en cuenta la debilidad en la red de atención del departamento con pocas IPS de 3 y 4 nivel de atención.

Tabla 3. Determinantes sistema de salud MME Cundinamarca, 2016-2019.

		2016	2017	2018	2019	
Variable	Categoría	proporción	proporción	proporción	proporción	
Sistema de Salud	Numero de criterios de inclusión	mas de 3 criterios	42,9	38,8	35,4	33,6
	Criterios de inclusión	Eclampsia	4,9	3,7	3,4	4,3
		Preeclampsia Severa	10,4	70,1	65,5	67,7
		Sepsis o infección sistémica severa	7,7	5,4	6,8	7,9
		Hemorragia Obstétrica Severa	15,0	14,7	22,4	21,0
		Ruptura Uterina	10,4	0,5	0,2	0,5
		Cardiaca	6,3	4,8	6,9	6,9
		Vascular	31,1	28,4	27,6	33,3
		Renal	14,9	10,5	10,7	11,5
		Hepática	15,4	9,9	10,8	13,6
		Metabólica	4,2	2,0	3,6	3,9
		Cerebral	2,6	2,6	1,9	3,0
		Respiratoria	4,3	3,9	4,5	4,2
		Coagulación	0,1	10,2	7,0	6,0
		Necesidad de UCI	33,4	27,6	23,7	23,6
		Necesidad de Procedimiento Quirúrgico	9,9	9,9	13,9	8,8
		Necesidad de Transfusión	14,9	13,2	14,7	15,8
Razón de mme		39,5	45,3	43,9	49	

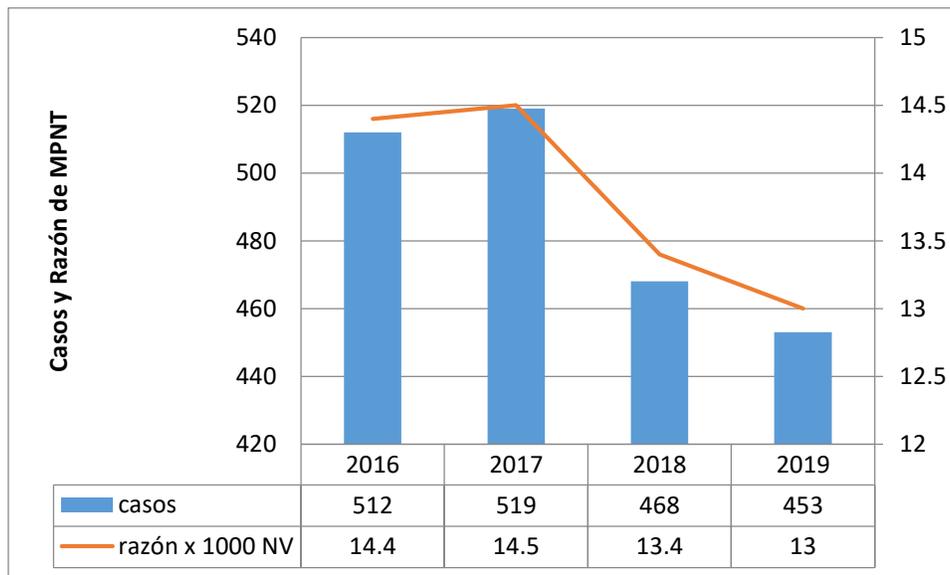
SIVIGILA, 2016 – 2019

Según el protocolo vigente de mortalidad perinatal y neonatal, una muerte perinatal es aquella que ocurre entre la semana 22 de gestación o que el peso fetal sea de 500 gramos y va hasta los 7

días posteriores al nacimiento, y la muerte neonatal ocurre cuando sucede dicha muerte posterior al nacimiento y hasta los 28 días completos de vida.

Como indica Gutiérrez (2017), en 2016 se establece para el país la Política de Atención Integral en Salud, que tiene como propósito garantizar integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, por medio de herramientas que permiten la consolidación de acciones a través de rutas integrales de atención en salud (RIAS), dentro de las cuales se prioriza la población en condición materno – perinatal.

Tabla 4. Casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Cundinamarca 2016-2019.



Para el Departamento de Cundinamarca dicho indicador ha disminuido en los últimos cuatro años, sin embargo, al revisar las muertes y su relación con el sistema de salud en los dos últimos años, se evidencia un aumento de estas causas sobretodo, las relacionadas con la salud materna, controles prenatales y atención del parto con un incremento aproximado al 0.2%.

Tabla 5. Análisis de los periodos perinatales de riesgo matriz BABIES, Cundinamarca 2018-2019.

Año	Salud Materna	Cuidados prenatales	Atención del Parto	Atención del Recién Nacido	Atención Neonatal
2018	7,1	3,3	0,3	1,6	0,8
2019	7,4	3,6	0,4	1,6	1,1

SIVIGILA, 2016 – 2019

Con el propósito de aportar al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud esta investigación busca responder a la siguiente pregunta: *¿De qué manera la implementación de un curso de educación continua en modalidad virtual dirigido a los empleados del HMGY de Cundinamarca sobre atención humanizada, influye en la prestación del servicio de salud a madres gestantes y recién nacidos?*

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo general

Identificar la incidencia de una estrategia en educación virtual dirigida a empleados del Hospital Mario Gaitán Yanguas en el mejoramiento de la prestación de servicios en salud en esta institución.

2.2.Objetivos específicos

- Implementar un curso de educación continua en modalidad virtual y de enfoque participativo con los empleados del HMGY sobre prestación de servicios en salud y atención humanizada hacia las madres gestantes y recién nacidos.
- Describir la relación entre la participación de los empleados en la construcción colaborativa del curso virtual y los procesos de aprendizaje logrados por ellos.
- Proponer recomendaciones a los procesos de formación virtual realizados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca que están dirigidos a los empleados de las instituciones de salud de Cundinamarca.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Teoría sociocultural

Viendo la educación en un contexto social y salubrista, se hace necesario tomar una guía teórica que enmarque las estrategias de aprendizaje de manera enriquecedora hacia la práctica educativa, “se trata, por lo tanto, de analizar teorías que nos lleven a reflexionar sobre nuestras creencias y prácticas pedagógicas, con el propósito de ofrecer una educación más humana y contextualizada” (Chaves Salas, 2011, p. 59).

La teoría sociocultural cuenta con un actor representativo quien es Lev Vygotsky, “psicólogo quien se interesó en estudiar las funciones psíquicas de los humanos, su énfasis se centró en argumentar que los factores genéticos juegan un rol menor en la génesis del desarrollo, mientras que los factores sociales son absolutamente determinantes (Vielma & Luz, 2000, p. 32). Esta concepción lo hizo pionero en postular en primer lugar el proceso social al antecedente genético. Uno de los teóricos de base para comprender los procesos de construcción del conocimiento fue Vygotsky con su aporte en cuanto a la incidencia de factores sociales que determinan el desarrollo de los seres humanos. Para este teórico los significados provienen del medio social externo, pero deben ser asimilados o interiorizados por cada individuo. “La ley fundamental de la adquisición de conocimiento para Vygotsky afirmaría que éste comienza siendo siempre objeto de intercambio social, es decir, comienza siendo interpersonal para, a continuación, internalizarse o hacerse intrapersonal” (Severo, 2012, p. 5). La teoría sociocultural tiene una influencia en la concepción de la actividad como eje de la humanización, como explica Severo (2012). En esta adquisición del conocimiento, será la conciencia quien juega un rol fundamental: Vygotsky centrará su trabajo en el estudio de los procesos psicológicos de la conciencia (Severo, 2012). Según este autor, Vygotsky divide estos procesos psicológicos en dos:

PPE: Procesos psicológicos elementales, los cuales son involuntarios, son usados para garantizar la supervivencia y no es necesaria la utilización de instrumentos para el aprendizaje

PPS: Procesos psicológicos superiores, estos dependen de la cultura y el desarrollo, ayudan en el autoregulamiento, organizan conductas a largo plazo, son voluntarios, consientes y aquí los instrumentos de mediación son necesarios, esta subclasificación de procesos se divide a su vez en procesos psicológicos superiores rudimentarios (PPSR) y procesos psicológicos superiores avanzados (PPSA) (Severo, 2012, p. 6)

Para Severo (2012), la enseñanza y la educación constituyen formas universales del desarrollo psíquico de la persona y el instrumento esencial de enculturación y humanización (Chaves Salas, 2011, p. 61). En términos de Raynaudo & Peralta (2017) “La mera maduración no alcanza para desarrollar las funciones psicológicas superiores, ya que estas se generan a partir de la interacción social, con la incorporación de las pautas culturales y sociales” (párr. 21).

Uno de los aportes vygotskyanos en el campo educativo es la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP). Este concepto “designa las acciones del individuo que al inicio él puede realizar exitosamente sólo en interrelación con otras personas, en la comunicación con éstas y con su ayuda, pero que luego puede cumplir en forma totalmente autónoma y voluntaria” (Matos, 1996, p.8). Para llevar al estudiante a esta zona es importante que el docente promueva la construcción de conocimiento a partir del planteamiento de preguntas, situaciones reales, autocuestionamientos y acompañamiento sin ocupar el lugar constructivo del alumno. Lo que se busca es que el docente cumpla un papel de mediador o guía que permita al alumno aprender en el contexto social (Chaves Salas, 2011).

De acuerdo con Chaves-Salas (2011), Vygotsky aporta reflexiones importantes para ser consideradas por los docentes durante la práctica educativa:

1. Partir de los contextos socioculturales de nuestros estudiantes para ofrecerles una educación con sentido y significado, por lo que es necesario analizar a profundidad los significados de cada cultura
2. Ofrecer a las estudiantes y los estudiantes experiencias de aprendizaje que partan del contexto sociocultural, de su nivel de desarrollo y de lo que tiene significado.
3. Crear ambientes de aprendizaje que provoquen la actividad mental y física de las alumnas y los alumnos, el diálogo, la reflexión, la crítica, la cooperación y participación, la toma de consciencia y la autorregulación; ambientes que contribuyan a clarificar, elaborar, reorganizar y reconceptualizar significados que permitan interpretar el mundo.
4. Concebir al educando como una ser activo, protagonista, reflexivo, producto de variadas interrelaciones sociales que ocurren en un contexto histórico-cultural específico y que reconstruye el conocimiento con las otras y los otros.
5. En síntesis, se trata de pensar y repensar nuestra práctica pedagógica con el fin de ofrecer una educación más humana, que respete la diversidad cultural en todas sus dimensiones. (Chaves Salas, 2011, p. 64)

3.2. Constructivismo

El constructivismo es una corriente pedagógica donde Piaget y Vygotsky aportan con sus teorías de desarrollo cognoscitivo. “Mientras que la teoría de Piaget se construye en el marco filosófico Kantiano, la de Vygotsky fue profundamente influenciada por el trabajo de Marx” (Raynaudo & Peralta, 2017, párr. 28). Dentro de las teorías del aprendizaje, el constructivismo se destaca por no ver al estudiante como un receptor pasivo de experiencias sino como un constructor activo de sus estructuras de relación, logrando equiparar el aprendizaje con la

creación de significados a partir de experiencias, mediante actividades relacionadas a su entorno (Severo, 2012).

El constructivismo prioriza la solución de problemas, la experimentación, y el razonamiento lógico. En los postulados, Piaget propone entender cómo el alumno interpreta al mundo en diferentes edades y Vygotsky guía hacia la comprensión de procesos sociales que influyen en la adquisición de habilidades intelectuales (Olvera, 2013). Estos dos enfoques son de gran importancia para el proceso de la enseñanza.

Jean Piaget, “a partir de la observación del desarrollo cognitivo de niñas y niños, pudo deducir que el aprendizaje se construye por medio de la adaptación a la interacción con el entorno” (Guillen, et al., 2016, pág. 11). Estos mismos autores destacan las siguientes contribuciones de este teórico:

1. Aprender a aprender: ver a los estudiantes como pensadores creativos, inventivos e independientes.
2. Exploración: el conocimiento se construye a partir de diferentes actividades sean estas físicas o mentales. Construir activamente el conocimiento
3. Intereses prioritarios: adecuar actividades de aprendizaje al nivel de desarrollo conceptual para que no sean demasiado difíciles ni aburridoras.
4. Interacción social: Ninguna actividad intelectual puede llevarse a cabo mediante acciones experimentales e investigaciones espontáneas sin la colaboración voluntaria entre individuos, esto es, entre los estudiantes (pp. 107-108).

A Vygotsky se le considera uno de los primeros críticos de la teoría piagetiana del desarrollo cognoscitivo. En su perspectiva, el conocimiento no se construye de modo individual como propuso Piaget, sino que se co-construye entre las personas a medida que interactúan (Olvera, 2013, p. 227). Es por esto que Vygotsky gracias a los aportes de Piaget reordena y propone pensar que el desarrollo cognoscitivo consistía en “internalizar” conceptos usados para construir representaciones internas de acciones físicas externas o de operaciones mentales (Olvera, 2013).

Según Olvera 2013, Vygotsky admite que el aprendizaje no es lo mismo que el desarrollo, sostiene que “el aprendizaje constituye un aspecto necesario y universal del proceso de adquirir funciones psicológicas organizadas culturalmente y propias del ser humano” (p. 90). Este teórico también recapacita sobre la instrucción formal, la cual es base del pensamiento; y la instrucción informal conjunta, la cual genera aprendizaje.

Para Olvera (2013), Vigotsky y Piaget brindan conceptos enriquecedores como:

1. Sus teorías se centran en cambios cualitativos del pensamiento.
2. Vygotsky concede más importancia a las interacciones sociales, sustentando que el conocimiento no se construye de modo individual sino que se co-construye
3. En la teoría de Vygotsky, las funciones cognoscitivas elementales se transforman en actividades de origen superior a través de las interacciones con adultos y compañeros más conocedores.
4. Vygotsky describió los cambios evolutivos en el pensamiento en función de las herramientas culturales con que interpreta su mundo. (Ejemplo: uso de computadores y celulares).
5. Piaget y Vigotsky, en sus enfoques constructivistas en el proceso enseñanza – aprendizaje, fomentan que el alumno forme su propio conocimiento del mundo en el que vive.

6. Zona de desarrollo proximal: Si un adulto o compañero le ofrece el apoyo u orientación idóneos, generalmente podrá alcanzar un nivel más alto de desempeño que por su cuenta. (Olvera, 2013, pp. 244)

Siendo la educación un proceso social que cada día se ve enfrentada a retos de interacción, sobre todo en el siglo pasado con la introducción de nueva tecnología; la formación virtual “se manifiesta como uno de los marcos de actividad educativa con mejor perspectiva para aprovechar este potencial tecnológico para la interacción social” (Guerrero, s. f., p. 54). Para lograr esta relación con los participantes de un entorno educacional y social, existen dos conceptos que apoyan la construcción y reelaboración de conocimientos: la colaboración y la cooperación.

Las suposiciones básicas de la teoría de Piaget y de Vygotsky muestran importantes diferencias. Los dos coinciden en que el alumno debe construir mentalmente el conocimiento, sólo que Vygotsky concede mayor importancia al papel de las interacciones sociales en este proceso. Para él, la construcción del conocimiento no es un proceso individual. Más bien se trata fundamentalmente de un proceso social en que las funciones mentales superiores son producto de una actividad mediada por la sociedad. Los principales medios del cambio cognoscitivo son el aprendizaje colaborativo y la solución de problemas, Vygotsky piensa que la cultura contribuye de manera decisiva a moldear el desarrollo cognoscitivo (Olvera, 2013).

Constructivismo social

Desde el constructivismo es importante resaltar que la construcción de conocimiento es un proceso activo y puede ser logrado con el apoyo de herramientas tecnológicas y de otros participantes, se trata del modelo de interacción social-tecnológico-individual del socioconstructivismo.

El constructivismo social tiene como premisa que cada función en el desarrollo cultural de las personas aparece doblemente: primero a nivel social, y más tarde a nivel individual; al inicio, entre un grupo de personas (interpsicológico) y luego dentro de sí mismo (intrapsicológico). Esto se aplica tanto en la atención voluntaria, como en la memoria lógica y en la formación de los conceptos. Todas las funciones superiores se originan con la relación actual entre los individuos. (Hernández & Requena, 2008, p. 27)

Uno de los aportes más significativos de Vygotsky en el enfoque sociocultural es el uso de herramientas y signos para entender los procesos sociales. Estas herramientas sirven como conductores entre la actividad y los sujetos, también la intervención de otros miembros del grupo social como mediadores entre cultura e individuo (Cabrera & Mazzarella, 2001). A medida que las ventanas al mundo permiten a estudiantes y profesores el acceso a información en cualquier momento, la comunicación con compañeros y colegas de todo el planeta para intercambiar ideas y materiales, para trabajar juntos. En este contexto aparece un modelo de enseñanza mucho más personalizado, centrado en el estudiante y basado en el socioconstructivismo que, sin olvidar los contenidos curriculares, promueve en los estudiantes competencias que la sociedad demanda como el uso de TIC, la curiosidad, aprender a aprender, la iniciativa y responsabilidad, el trabajo en equipo.

Sobre la articulación entre aprendizaje y personas Chica (2010), afirma:

La interacción entre personas propicia la maduración del aprendizaje según términos vygotskianos. Por consiguiente, la independencia en la autogestión del conocimiento se logra en compañía de otros alumnos, quienes se encargan de conducir paulatinamente al inexperto a las metas ideales de aprendizaje mediante un proceso de imitación que muestra un camino evolutivo de acceso al conocimiento intelectual, aceptando y reconociendo las reglas de trabajo en equipo.

La imitación no es sinónimo de actuar de manera mecánica, pues implica actuar conscientemente en la zona de desarrollo próximo. (Chica, 2010, p. 183)

3.3. Socioconstructivismo y TIC

Los estudiantes del siglo XXI necesitan nuevas estrategias de aprendizaje en entornos virtuales que les permita aprender de manera social usando distintas las herramientas para construir y colaborar, herramientas con las que se sientan identificados, y, como mencionan Díaz, Hernández y Rigo (2008), se requiere de un diseño flexible y por módulos. Facilitar la construcción del conocimiento por ejemplo en el uso de foros, es indispensable la participación activa del tutor, se debe proporcionar las herramientas adecuadas no solo para organizar y estructurar la actividad sino también para realizar seguimientos, por último los autores recomiendan proporcionar apoyos para la construcción virtual.

Con la llegada del internet se abren posibilidades de trabajar de manera colaborativa entre estudiantes, permitiendo interacciones en la construcción de nuevos conocimientos. Actualmente se cuenta con diferentes recursos que permiten dicha interacción, la siguiente tabla es una adaptación de la recopilación de Ruiz, Martínez y Galindo (2012), sobre los recursos tecnológicos que favorecen el aprendizaje colaborativo y algunas de sus aplicaciones en la enseñanza en línea, (p.2).

Tabla 6. Recursos tecnológicos que favorecen el aprendizaje

Recurso	Descripción	Algunas aplicaciones en la enseñanza en línea
Blogs	Es un sitio Web en donde los individuos escriben comentarios de un tema en particular. Los visitantes pueden comentar o ligar hacia otro blog. Algunos escritores	-Apuntes. -Comentarios de uso post clase.

	<p>utilizan los blogs para organizar sus ideas, mientras que otros redactan para grandes audiencias en la Internet.</p> <p>Son un medio de comunicación colectivo que promueve la creación y consumo de información original que provoca, con mucha eficiencia, la reflexión personal y el debate.</p>	<p>-Actualizaciones informales en habilidades del curso y asuntos relacionados.</p> <p>-Evaluación de la eficiencia del curso.</p>
Salas de Trabajo (breakout rooms)	<p>Brindan una comunicación de fácil uso, generalmente apoyada por audio, pizarrón blanco y chat. Usados para grupos pequeños dentro de aulas virtuales o en una conferencia en línea.</p>	<p>-Trabajo sincrónico en equipo durante una clase virtual de grupos.</p> <p>-Reuniones de grupos pequeños.</p>
Chats	<p>Dos o más participantes comunicándose en tiempo real (sincrónicamente) por texto.</p>	<p>-Juego de roles.</p> <p>- Toma de decisiones en equipo.</p> <p>- Trabajo en equipo.</p> <p>- Estudio colaborativo entre pares.</p> <p>- Preguntas o comentarios durante una presentación virtual.</p>
Correo electrónico	<p>Dos o más participantes comunicándose en tiempo diferido (asincrónicamente) por texto. Los mensajes se reciben y envían desde un sitio de correo electrónico individual.</p>	<p>-Trabajo en equipo.</p> <p>- Intercambios del estudiante-tutor.</p> <p>- Actividades colaborativas entre pares.</p>
Pizarrón de mensajes	<p>Cierto número de participantes se comunican de forma asincrónica, anotando una pregunta o comentario en el pizarrón para que otros lo lean y respondan</p>	<p>-Discusiones de temas científicos.</p> <p>- Estudio de casos.</p> <p>- Comentarios</p>

Conferencias en línea	Un número de participantes en línea con acceso a audio, pizarrón blanco, recursos multimedia y chat.	<ul style="list-style-type: none"> - Conferencias magistrales. - Clases virtuales. - Trabajo en equipo.
Wikis	En estructura y lógica es similar a un blog, pero en este caso cualquier persona puede editar sus contenidos, aunque hayan sido creados por otra. Puede ser controlado para editar/previsualizar por un pequeño grupo o por todos.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo colaborativo en el desarrollo de un documento. - Actualización de un repositorio de información del curso. - Construcción colaborativa del material del curso.
Pizarra compartida	Es una versión electrónica del rotafolios utilizado en las reuniones presenciales, permite visualizar documentos e intercambiar ideas. Con esta herramienta dos personas pueden dibujar o llenar hojas de cálculo desde distintos puntos geográficos.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio colaborativo entre pares. - Trabajo colaborativo en el desarrollo de un documento.
Foro de discusión	Recurso Web que le da soporte a discusiones en línea de manera asincrónica. Esta herramienta se basa el principio del correo electrónico, con la diferencia de que se utiliza para enviar a un grupo de usuarios (1 a N), los mensajes quedan registrados a lo largo del tiempo, de tal forma que se acumulan y entre los usuarios los van complementando.	<ul style="list-style-type: none"> - Discusiones grupales. - Trabajo en equipo para resolver casos. - Análisis grupal de contenidos revisados.

Ambientes Virtuales (ACAV), Galindo, Martínez & Ruiz, (2012)

Estas interacciones son usadas en lugares llamados de Aprendizaje Colaborativo en Ambientes Virtuales (ACAV), Galindo, Martínez & Ruiz, (2012), quienes afirman que:

“La construcción del conocimiento como actividad social, que influye en los procesos cognitivos de los sujetos que interactúan e intercambian información, percepciones, experiencias, sensaciones y conceptos, donde la comunicación mediada por el asesor y por los recursos tecnológicos proporcionan los medios didácticos y técnicos para almacenar, organizar, procesar y reformular las ideas aportadas por cada participante, a fin de construir de manera colaborativa conceptos de la realidad intersubjetiva, con significados orientados a favorecer procesos cognitivos individuales creados desde la colectividad, para enfrentar y resolver problemas, analizar situaciones o crear nuevos escenarios para la reflexión, la producción y la transformación de la información a conocimientos” (p.82)

Promover el aprendizaje colaborativo en un ambiente virtual desde el enfoque socioconstructivista permite concebir la construcción de conocimiento desde una colectividad participativa, donde todos los participantes hacen parte del proceso de aprendizaje.

Díaz, Hernández y Rigo (2008), consideran que una propuesta pedagógica basada en el socioconstructivismo contempla una posible mejora en las interacciones del triángulo didáctico: Docente-Alumno-Saber, en donde, al realizar actividades según la herramienta escogida, tanto el alumno como el docente generan conocimientos de manera dinámica

Tabla 7. Relaciones potenciales en el triángulo interactivo y la propuesta socioconstructivista

Tipo de relación del triángulo didáctico	Actividades potenciales
Alumnos/Herramientas cognitivas/Contenidos	Búsqueda y selección de la información relevante, organización de la información, interpretación de la información, codificación de la información, y transcodificación a otras modalidades, análisis de la relaciones, investigación, comprensión de la información, etc.

Alumnos/Herramientas sociocognitivas/Alumnos	Actividad de comunicación y discusión de ideas, influencia recíproca entre alumnos, procesos de colaboración (planificación, supervisión, revisión conjunta), uso de estrategias para colaborar y construir conocimiento conjuntamente.
Profesor/Herramientas sociocognitivas/alumnos	Actividades de planteamiento de las tareas, seguimiento del proceso de participación de los alumnos, evaluación de las alumnos sobre los procesos y productos de la actividad constructiva realizada
Profesor/herramientas cognitivas/contenidos	Estrategias didácticas para organizar, clasificar, analizar la información. Estrategias para gestionar la presentación de los contenidos al alumno y plantear tareas problema.

Díaz, Hernández y Rigo 2008

“La utilización de los entornos virtuales de aprendizaje es cada vez más común en todas las etapas de la educación” (Ardura & Zamora, 2014, p. 1). Garrison, Anderson y Archer (2005), proponen un modelo conceptual de aprendizaje online con el fin de construir, facilitar, validar la comprensión y desarrollar capacidades que se dirijan a una continuidad en la formación, fomentando, simultáneamente, la independencia cognitiva y la interdependencia social. La característica primordial de este modelo reside en su potencial comunicativo e interactivo.

Tabla 8. Modelo comunidad de indagación

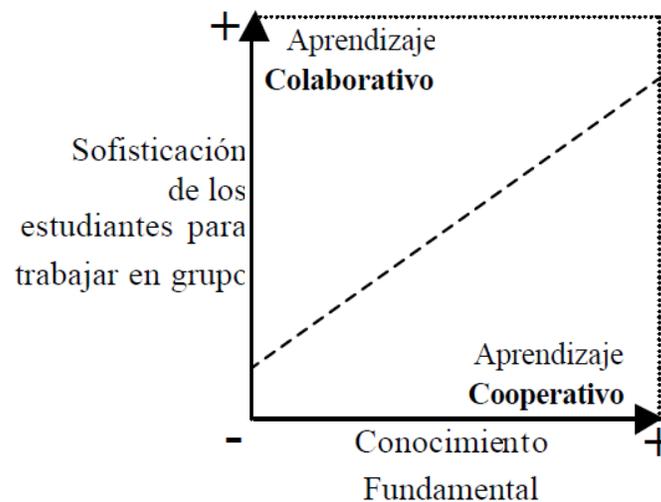
PRESENCIA SOCIAL			
Afecto	Comunicación Abierta		Cohesión
Expresión de emociones Recurrir al humor Expresarse abiertamente	Seguir el hilo Citar los mensajes de otros Referirse explícitamente a los mensajes de otros Hacer preguntas Expresar aprecio Expresar acuerdo		Vocativos Dirigirse o referirse al grupo usando pronombres inclusivos Elementos fáticos, saludos
PRESENCIA COGNITIVA			
Hecho desencadenante	Exploración	Integración	Resolución
Evocativo (inductivo)	Inquisitivo (divergente)	Tentativo (convergente)	Comprometido (deductivo)
PRESENCIA DOCENTE			
Diseño Educativo e organización	Facilitar el discurso	Enseñanza directa	
Fijar el programa de estudios Diseñar métodos Establecer un calendario Emplear el medio de forma efectiva Establecer pautas de conducta y cortesía en la comunicación electrónica (netiquette) Plantear observaciones en el nivel macro del contenido de los cursos	Identificar áreas de acuerdo/desacuerdo Intentar alcanzar un consenso Animar, reconocer o reforzar las contribuciones de los estudiantes Establecer un clima de estudio Extraer opiniones de los participantes, promover el debate Evaluar la eficacia del proceso	Presentar contenidos/cuestiones Centrar el debate en temas específicos Resumir el debate Confirmar lo que se ha entendido mediante la evaluación y el feed-back explicativo Diagnosticar los errores de concepto Inyectar conocimiento desde diferentes fuentes, por ejemplo libros de texto, artículos, Internet, experiencias personales Responder a las preocupaciones técnicas	

Garrison y Anderson, 2005

Construcción colaborativa

En un espacio educativo mediado por tecnología se puede decidir la relación que se desea desde el apoyo estudiantil, desde la cooperación o la colaboración. Cooperar es trabajar en conjunto, en sincronía para lograr un resultado. En la cooperación puede existir un líder que guíe la acción final. Colaborar es trazar un objetivo común y todos aportar de manera individual a lograrlo, más adelante se ampliarán dichos conceptos. Es por ello que, teniendo clara la relación y los aportes que se esperan recibir de los estudiantes en el proceso de aprendizaje, se define cuál metodología aplicar. Si el proceso va a ser dirigido por el profesor se debe optar por el modelo

cooperativo; pero si la responsabilidad del diseño principalmente recae en el estudiante, el modelo colaborativo sería el indicado (Gros, 2005). El concepto de aprendizaje colaborativo surge en los años noventa, donde Koschman citado por (Gros & Adrian, 2004), lo relaciona con la teoría histórico-cultural, entre otras, apoyado en las teorías constructivistas. Gros (2005), propone un gráfico en el cual se puede identificar las diferencias entre el aprendizaje colaborativo y el aprendizaje cooperativo.



Gráfica 1. Aprendizaje colaborativo Vs aprendizaje cooperativo

Según Begoña Gros (2005), “el aprendizaje fundamental es el conocimiento básico, representado por creencias justificadas socialmente en las cuales todos estamos de acuerdo: gramática, ortografía, procedimientos matemáticos, hechos históricos” (p. 6). Según la autora estos son aprendidos de mejor manera al utilizar estructuras de aprendizaje cooperativo o liderado por el maestro; mientras que el aprendizaje colaborativo mayormente liderado por el

estudiante mejora el nivel de sofisticación o articulación que puede alcanzar un grupo, programa o curso.

Es por ello que el método colaborativo ha sido utilizado en enfoques multimedia que apuntan a generar propósitos educativos, adicional a ello y de acuerdo con Dillenbourg (1996), se considera que el aprendizaje colaborativo requiere dividir tareas, en donde todos los participantes cumplen un objetivo común. Gros (2009), apunta que en este caso “el educador propone un problema e indica qué debe hacer cada miembro del grupo, responsabilizándose cada uno por la solución de una parte del problema. Esto implica que cada estudiante se hace cargo de un aspecto y luego se ponen en común los resultados" (p.6). Al existir un esfuerzo investigativo en la colaboración ocurre el proceso de construcción de conocimiento en los alumnos (García y Pineda, 2010). El modelo colaborativo en un espacio virtual puede generar un vínculo más cercano del estudiante hacia el conocimiento a adquirir, relacionándolo de manera más estrecha con el objetivo educativo al que se quiere llegar.

Roselli (2016), resume las principales características del aprendizaje colaborativo, así:

Porque es activo; el docente es un facilitador; la enseñanza y el aprendizaje son experiencias compartidas; los estudiantes deben asumir la responsabilidad de su aprendizaje; se les anima a reflexionar sobre sus procesos cognitivos, y las habilidades sociales y de trabajo en equipo se desarrollan a través de la construcción de consensos. (p.15)

No solo existe colaboración mutua estudiante-docente y estudiante-estudiante, sino que también fomenta el pensamiento crítico y apoya la retención a largo plazo del material aprendido (Garrison, Anderson & Archer, 2001). La colaboración brinda oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, actitudes positivas hacia las personas, cohesión grupal y construcción de relaciones sociales (Fernandez & Valverde, 2014). Este tipo de aprendizaje,

posee mayor flexibilidad, permite disminuir costos y facilitar que los estudiantes puedan formarse en su hogar.

La utilización de cursos interactivos y dinámicos en tecnología web como medios del proceso de enseñanza-aprendizaje, "puede contribuir a elevar la calidad y los resultados del trabajo independiente de los estudiantes, retar al estudiante e impulsarlo a niveles superiores de independencia cognoscitiva" (Guevara, s. f., p. 9). Sin olvidar la importancia de incluir la práctica en los participantes, los estudiantes pueden ser guiados por el docente que lidere la herramienta teniendo en cuenta que "la plataforma educativa es sólo un medio por el cual se distribuye, organiza e imparte el conocimiento" (Reyes, 2014, p. 17). Es por esto que el papel de un administrador es clave para la evolución positiva de un entorno virtual educativo, ya que su relación con la construcción colaborativa es la de guiar a los participantes en la creación de nuevos conocimientos.

3.4. Educación y TIC

La educación es un elemento vital para el mejoramiento personal, incluso su influencia puede transformar no sólo a un individuo sino a una sociedad entera (Angulo et al., 2015.). La era del Internet exige cambios en el mundo educativo y los profesionales de la educación tienen múltiples razones para aprovechar las nuevas posibilidades que proporcionan las TIC para impulsar este cambio hacia un nuevo paradigma educativo más personalizado y centrado en la actividad de los estudiantes. Además es necesaria la alfabetización digital de los alumnos y del aprovechamiento de las TIC para la mejora de la productividad, la reducción del alto índice de fracaso escolar y potenciar la creciente multiculturalidad de la sociedad. Todas ellas son poderosas razones para lograr una educación más eficaz e inclusiva (Marquez, 2012).

Las siglas TIC esbozan tres conceptos: tecnología, información y comunicación, estos no solo están relacionados a la electrónica, según Zambrano (2009), el término se refiere a las tecnologías dedicadas a almacenar, procesar y transmitir información, haciendo que esta se manifieste en forma de texto, imagen o video (Angulo, 2015). Las TIC se utilizan tanto para el trabajo individual como para el desarrollo de procesos de aprendizaje colaborativo entre grupos de alumnos (tanto presencial como virtualmente). Cuando se planifica una lección, proyecto o actividad con TIC debe explicitarse tanto el objetivo y contenido del aprendizaje curricular como el tipo de competencia o habilidad tecnológica que promueve. “El uso de las TIC no debe planificarse como una acción paralela al proceso de enseñanza habitual; se debe integrar” (Marquez, 2012, p. 13).

Uno de los hallazgos más consistentes es el impacto de las TIC en variables intermedias, como la motivación y concentración del alumno, ello asociado a las posibilidades dinámicas e interactivas utilizando animaciones, simulaciones y otras herramientas que favorezcan la participación significativa de los alumnos. Otro variable es la alfabetización digital o grado de destrezas adquiridas por el estudiante en el manejo funcional de las tecnologías; así como el desarrollo de destrezas transversales y habilidades cognitivas, como la comunicación, colaboración, autoaprendizaje y el trabajo en equipo (Angulo et al., 2015, p. 128)

En el sentido educativo de la tecnología se observa una evolución de la educación que pasa de ser magistral a virtual. Las TIC se difunden muy rápidamente en todos los ámbitos de nuestra sociedad, especialmente en los entornos laborales, pues instituciones y empresas no pueden desarrollar su actividad con eficiencia y competir sin aplicarlas estratégica e intensivamente.

Ahora bien, si hablamos de un modelo para la educación virtual en un ambiente virtual de aprendizaje AVA, Rivera (2017), afirma que “el modelo que orienta la educación en la

virtualidad exige del docente y del estudiante la capacidad de interactuar desde los recursos técnicos, lo que significa que, a partir del mismo, el docente será capaz de crear los ambientes educativos propicios y pertinentes que faciliten la elaboración del saber hacer (p. 53).

Continuando con Rivera (2017):

Un modelo educativo para AVA, en primer lugar, deberá responder al proceso enseñanza-aprendizaje de un estudiante o aprendiz y de un docente tutor o acompañante del aprendizaje; esto implica, entonces, que tanto estudiante como docente-tutor han de mantener una actitud de apertura a la didáctica desde lo técnico-educativo. En segundo lugar, el modelo determina en gran medida la investigación como elemento inherente a la didáctica; Y en tercer lugar, el modelo ha de ser flexible y adaptable a las circunstancias históricas de quienes aprenden, lo que repercute en el dinamismo propio de una didáctica inmersa en el mundo de lo técnico. (p. 53)

Entonces el uso de las TIC envuelve tanto al campo educativo tradicional como el campo educativo laboral, teniendo este un efecto progresivo en la cantidad de alumnos a los que se puede llegar teniendo como guía un objetivo pedagógico y de aprendizaje delimitado, “el imparable desarrollo de las tecnologías, principalmente Internet, ha permitido ampliar el campo de las posibilidades educativas, admitiendo la apertura de nuevos espacios, pero sin perder de vista la calidad del aprendizaje, ya que el compromiso como facilitadores es con el aprendizaje, no con la tecnología” (Angulo, 2015, p. 123).

3.5.Educación a distancia

Los conceptos de educación a distancia y educación virtual son propios del siglo XX. Para el MEN (2009):

“la educación a distancia apareció en el contexto social como una solución a los problemas de cobertura y calidad que aquejaban a un número elevado de personas, quienes deseaban beneficiarse

de los avances pedagógicos, científicos y técnicos que habían alcanzado ciertas instituciones, pero que eran inaccesibles por la ubicación geográfica o bien por los elevados costos que implicaba un desplazamiento frecuente o definitivo a esas sedes”. (p. 3)

Castillo y Ortiz (2016), basados en la Asociación Colombiana de Instituciones de Educación Superior con Programas a Distancia (ACESAD); Virtual Educa (año); Chacón (1997); y Taylor (1999); agrupan la educación a distancia en cinco generaciones:

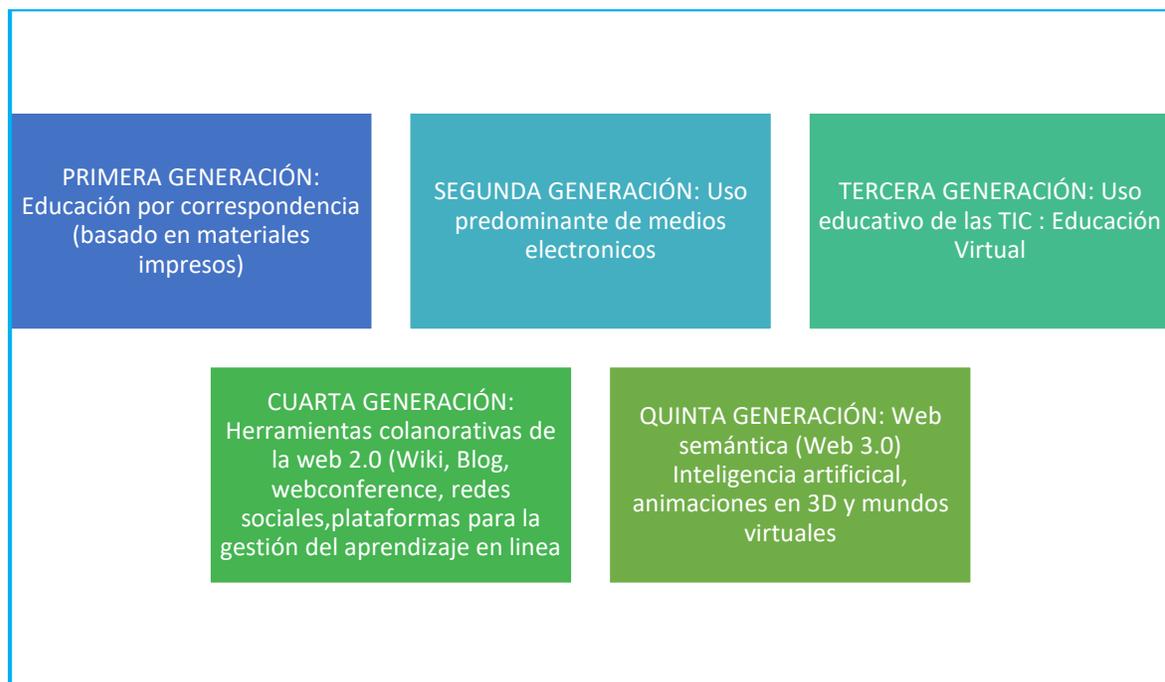


Figura 10. Generaciones de la educación no presencial

La educación a distancia es conocida por la aplicación con estudiantes adultos, los cuales recurren a ella por la facilidad en el manejo que pueden darle a sus espacios educativos y las limitaciones de desplazamiento a los lugares donde se imparten las clases. Este tipo de educación permite además realizar actividades laborales y cotidianas en su día a día sin dejar a un lado la adquisición de nuevos conocimientos. En el ámbito de educación dirigida a los adultos, y con el

propósito de encaminarlos hacia un efecto esperado, ya sea a corto o largo plazo, se deben tener en cuenta aspectos centrales como los expuestos por Díaz (2011), quien ve la educación virtual en esta población como un modelo pedagógico, que tiene las siguientes características:

La comunicación se presentará mediante un entorno virtual, con el apoyo de computadores, tablets o teléfonos móviles (Díaz, 2011, p. 90):

- El entorno de enseñanza se realizará en aulas virtuales
- El proceso educativo puede darse de forma sincrónica y asincrónica
- Se utilizarán diferentes herramientas virtuales para transmitir el conocimiento
- Se podrán generar aprendizajes en grupo de tipo colaborativo.

“Todo lo anterior nos lleva a afirmar que en el siglo XXI, la enseñanza y el aprendizaje electrónico ya no son una opción, se convierten en una necesidad, para ir al ritmo frenético permitido por los medios digitales hacia la construcción de sociedades de conocimiento” (Castillo et al., 2016, p. 7).

3.6. Educación virtual

La educación virtual o educación en línea, se refiere al desarrollo de programas de formación que tienen como escenario de enseñanza y aprendizaje el ciberespacio, sin que se dé un encuentro cara a cara entre el profesor y alumnos y donde es posible establecer una relación interpersonal de carácter educativo. Desde esta perspectiva, la educación virtual es una acción que propicia espacios de formación, apoyándose en las TIC para instaurar una nueva forma de enseñar y de aprender. (MEN, 2009, p.1)

Este tipo de educación acarrea diferentes retos: “encontramos la necesidad que lo técnico esté supeditado a lo didáctico, de manera que no se introduzcan virtuosismos que lleven al estudiante

a distraerse de la información clave y significativa, y a perderse en los detalles insignificantes” (Marquez, 2012, p. 19). También se debe tener en cuenta la capacidad de contar con instrumentos tecnológicos que faciliten la educación virtual como: tabletas, computadores, celulares, internet, entre otros. Pero no todo son desafíos, también existen diferentes beneficios de la educación virtual como “la economía y la ecología ya que el estudiante no requiere pagos en transporte, material impreso, fotocopias, infraestructura educativa, entre otros” (Castillo et al., 2016, p. 6). Otra ventaja es, en muchos casos, que se promueve la autonomía del estudiante, el acceso y diversidad de recursos de apoyo didáctico, la facilidad de trabajo grupal en tiempo real y asincrónico, entre otros. Sin olvidar que en la educación virtual “lo relevante debe ser siempre lo educativo, no lo tecnológico, las TIC no tienen efectos mágicos sobre el aprendizaje, ni generan automáticamente innovación educativa” (Márquez, 2012, p. 10).

“Desde la perspectiva de la educación en la virtualidad, la educación es la misma y el medio presencial o virtual es el ambiente (el camino, el espacio) en el que se desarrolla el aprendizaje” (Lasso et al., 2017, p. 21). Sumado a esto, y al involucrar a los integrantes en la experiencia educacional, les brindará a los estudiantes la posibilidad de pertenecer a un equipo, creando una identidad social que los hace sentir entusiasmados y los estimula, logrando motivación para aprender y que se sientan felices al realizar las actividades relacionadas con el proceso (Hernández Requena, 2008). “La cuestión es particularmente crucial si lo que se busca son cambios en los modelos de atención y de participación, lo que representa una transformación en las reglas de juego de las instituciones” (Davini, s. f., p. 4).

E – learning

Al proponer “una educación para todos” esta intención se asocia a la modalidad llamada E learning (aprendizaje electrónico), que permite al estudiante una conectividad e interacción

totalmente virtuales para cumplir los objetivos educativos a través de herramientas tecnológicas. Esta modalidad promueve en los estudiantes un aprendizaje autónomo y el contacto con el docente también es virtual.

Este entorno pone en manifiesto una evolución del estudiante pero también del maestro que ahora deberá concentrar sus capacidades educativas no solo en una metodología presencial sino que además debe estar abierto al cambio, mejorando sus capacidades comunicativas, tecnológicas, socio-humanistas y pedagógicas; usando herramientas que pueden optimizar su rol y trabajo colaborativo como los son: los editores de drive, encuestas en línea, blogs, foros y hasta las redes sociales. (FAO, 2014, p. 14)

Espacios educativos como Moodle fomentan el aprendizaje autónomo y son útiles cuando se trata de dar autonomía a los estudiantes en el entorno educativo. “El aprendizaje autónomo fomenta la responsabilidad en el estudiante bajo estándares de autorregulación y bajo la premisa que es él mismo el centro de su proceso de aprendizaje y que de éste depende el ritmo de avance y la construcción de conocimiento” (Castillo et al., 2016, p. 8). Estas capacidades sumadas a las posibilidades del medio electrónico y virtual, permiten que el estudiante, además de avanzar a su propio ritmo, elija los temas de mayor interés, se motive, interactúe con otros estudiantes y docentes, vincule y asocie los contenidos con sus saberes e intereses y logre las metas de aprendizaje. Todo lo anterior apoyado de las experiencias cognitivas visuales, auditivas y textuales que menciona Castillo y Bedoya (2014), como lo son: diseño del contenido, artículos científicos, bases de datos entre otros.

Moodle es una plataforma educativa, basada en la corriente constructivista, que hace especial énfasis en las actividades de aprendizaje y en la participación de los estudiantes. Además cuenta

con una comunidad virtual conformada por importantes universidades de diversas partes del mundo, encargada de su desarrollo como un producto de software libre. (Agudelo, 2009, p. 8)

En el marco del entorno de aprendizaje constructivista MOODLE fue creado desde la filosofía de la pedagogía social, donde convergen los principios del constructivismo, construccionismo y el constructivismo social; logrando así “aprender desde el punto de vista de los estudiantes, en vez de limitarse simplemente a proporcionarles la información que cree que necesitan saber”(MoodleDocs, s. f., párr. 13) . La plataforma permite además cambio de roles de alumno a profesor y viceversa, ayudados por la conexión y necesidades de aprendizaje para así lograr objetivos en común.

Moodle cuenta con diferentes actividades como foros, wikis, tareas, exámenes, bases de datos y más ayudas que permiten guiar a los docentes y estudiantes en un camino construido en conjunto; proporciona diferentes ventajas como lo son su flexibilidad y adaptabilidad, gratuidad y el contar con un espacio suficiente para ofrecer actividades de calidad a los participantes y sus comunidades que actualmente cuenta con más de 190 millones de usuarios.

Diseño instruccional en educación virtual

El enfoque de aprendizaje colaborativo apoyado por la computadora o CLSCL por sus siglas en inglés: Computer Supported Collaborative Learning, resulta relevante para estudiantes y docentes que mediante interacciones facilitadas por la tecnología logran llegar a un fin educativo. Desde la perspectiva socio constructivista y tomando como referencia autores como Ruben, Emans, Leinonen, Gomez y Simons, quienes sintetizan el proceso educativo colaborativo en entornos virtuales en seis principios citados por Barriga y Ramirez (2008):

1. Diseño flexible y por módulos adaptado a la práctica pedagógica escogida.

2. Contar con herramientas de apoyo a la participación en discusiones centradas en la construcción del conocimiento, como por ejemplo el uso de foros
3. Indagación progresiva de conceptos en el estudiante
4. Participación activa del tutor: seguimiento, recapitulaciones, guía dinámica y veraz.
5. Herramientas de apoyo para incentivar participación de los estudiantes
6. Finalmente, hay que proporcionar apoyos para la construcción de la comunidad. Es decir, hay que construir herramientas que permitan a una comunidad total o parcialmente virtual manejar sus actividades colaborativas, construir su propio sentido de comunidad y lograr la comprensión mutua (p. 11) .

Ahora bien, si se desea cumplir el proceso y se habla de diseñar un espacio educativo virtual es importante primero contar con una previa planificación de lo que se requiere; para Amaro (2011) “la planificación tiene como propósito fundamental garantizar la cobertura curricular y preparar la enseñanza en correspondencia con las especificaciones curriculares y necesidades que emergerán durante el proceso de enseñanza y aprendizaje (p.133).” luego de esta etapa aparece el diseño instruccional que “es la forma particular como cada docente desde sus propias concepciones genera estrategias para llevar a la práctica lo planificado” (Amaro, 2011, p. 133)

Todo esto puede ser llevado a cabo con una adecuada mediación didáctica donde el papel del docente como intermediario entre el sujeto que construye el curso y el estudiantes, este proceso requiere de una serie de acciones donde todas las decisiones deben estar tomadas en pro de la practica pedagógica para poder así lograr potencializarla si es el caso, donde el entorno del aprendizaje constructivista sumado a diferentes etapas y fases logran potenciar un mejor resultado para la consecución de metas educativas en los estudiantes.

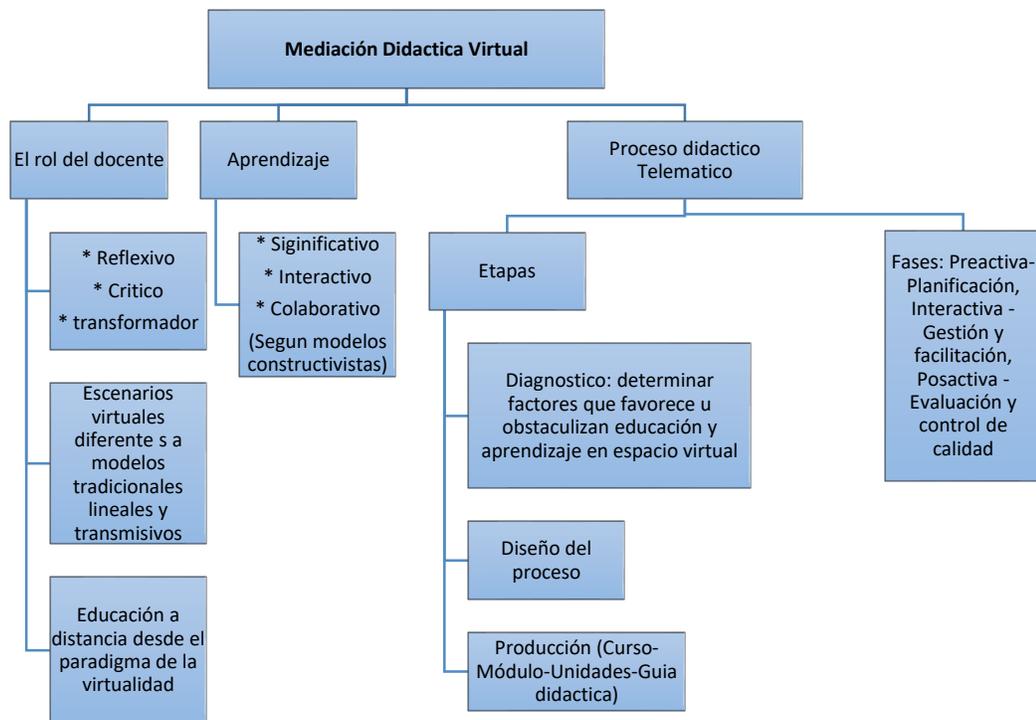


Figura 11. Aspectos conceptuales en la mediación didáctica virtual

Si se cuenta con condiciones ideales para practicar este proceso como lo son: docentes comprometidos con la educación mediada por TIC, interés institucional, herramientas tecnológicas al alcance de docentes y estudiantes, es recomendable implementar al menos 5 fases en el diseño para la creación de un proceso didáctico en entornos virtuales.

Se pueden tomar diferentes modelos como lo son: El Análisis, Diseño, Desarrollo, Implantación, y Evaluación (ADDIE), PRADDIE el cual amplía al modelo ADDIE en agregar la etapa de pre análisis, el modelo DPIPE: Diseño, Producción, Implementación, Publicación, y Evaluación y el modelo ASSURE el cual por sus siglas en inglés y gracias a su carácter constructivista contempla según Benites (2010) seis pasos: análisis de las características de los estudiantes, establecer estándares y objetivos de aprendizaje; selección de medios y materiales; utilización de medios y materiales; la participación de los estudiantes, evaluación, revisión de la

implementación y resultados del aprendizaje aplicados a la Educación a Distancia (Amaro, 2011, p. 144)

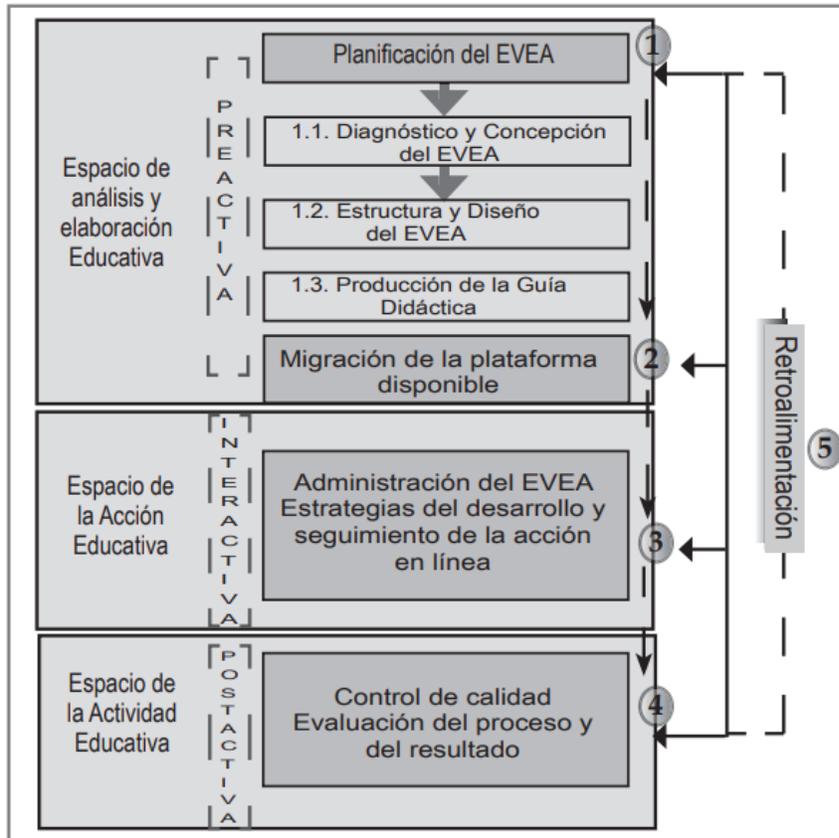


Figura 12. Diseño del proceso Didáctico: aspectos implicados.

El diseño instruccional se plantea como un proceso sistémico con actividades interrelacionadas que nos permiten crear ambientes que realmente faciliten, de forma mediada, los procesos de construcción del conocimiento. Si estos ambientes de aprendizaje no utilizan un diseño instruccional adecuado a la modalidad virtual no seguirán una planificación apropiada del proceso formativo con una propuesta didáctica definida y, por ello, los beneficios de las actividades de aprendizaje pueden verse disminuidos notablemente. Por tanto, el diseño

instruccional no debe dejarse de lado en la producción e implementación de ningún recurso educativo o ambiente virtual de aprendizaje, sino que sirve como garantía de rigor y validez de todo el proceso (Belloch, 2017).

Se podría concluir también que un buen modelo implementado en la creación de un diseño instruccional debe poseer no solo teorías pedagógicas y tecnología sino que también es relevante los interés tanto docentes como estudiantiles, los cuales serán aplicados al paso y paso definido teniendo en cuenta el propósito final al cual se quiera llegar.

Educación virtual en salud

Educación, salud y virtualidad son tres conceptos que se articulan para poder generar en los beneficiarios resultados en pro de adquisición de nuevos conocimientos, una triada que se ha venido usando los últimos años alrededor del mundo buscando mejores resultados académicos y pedagógicos en los trabajadores del sector salud.

La educación es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación. (OPS, 2012, p.1)

El enfoque educativo en salud pretende incidir, e impactar no solo en las personas que se les brinda el conocimiento sino además a aquellas que van a recibir las acciones “aprendidas” dentro de un marco social, el cual puede estar delimitado no solo por la edad como: niños, adolescentes, adultos mayores, sino que también pueden incidir en otras culturas sociales como: trabajadores

de salud, población étnica, trabajadores multidisciplinarios, entre otras. Generando escenarios propicios para orientar la formación de los profesionales hacia en el desarrollo de competencias para el uso de las mismas, y reintegrando esa información en conocimiento útil para la sociedad (Avella & Parra, 2013, p. 22).

La educación en salud es un proceso complejo que requiere de la incorporación de conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para formar profesionales en el área, además de estrategias que permitan una evaluación integral de las competencias adquiridas (Barrios et al., 2011, párr. 1).

La educación en salud virtual ha dado saltos al pasar de una cátedra virtual a una etapa práctica virtual, donde la tecnología brinda no solo el rol de poder realizar procedimientos virtuales como toma de exámenes diagnósticos previos a tener contacto con los pacientes también llamado simulación computarizada, hasta expresar en un blog las experiencias laborales en salud mediante fotos, videos o foros interactivos, permitiendo “el desarrollo de estrategias cognoscitivas superiores, más que la adquisición de solo conocimiento, lo que a la larga fomenta el logro de competencias” (Barrios et al., 2011, párr. 1).

Gracias a la evolución de la educación que ha pasado de un ambiente presencial a uno virtual, la educación en salud ha podido realizar mayor cobertura hacia los trabajadores a quienes se quiere dirigir el conocimiento. Sin embargo, esta transición no ha sido por la necesidad de educación virtual con mayor número de estudiantes, sino que el uso de TIC en el sistema de salud inicia su incursión con otros propósitos, eso sí, todos ellos pensados en el pro de la salud de los pacientes. Por ejemplo, las carreras en salud han usado en los últimos años varios sistemas tecnológicos dirigidos al diagnóstico de pacientes como las imágenes radiológicas, la gestión virtual de historias clínicas, uso de equipos de punta para laboratorio clínico, y demás relacionadas con estos sistemas que proporcionan datos a los trabajadores de la salud para tomar

decisiones e investigaciones en favor de los pacientes. En Latinoamérica, específicamente en Cuba, desde la época de los 90, ha querido involucrar el avance tecnológico con la educación en salud creando espacios como la Universidad Virtual en Salud (UVS) y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), las cuales “ofrecen cursos abiertos, discusiones clínica, estudios de casos, preguntas a expertos y diferentes recursos como los blog, wiki”(Muñoz & Vidal, 2016, p. 68).

Otra ventaja que ofrece la educación virtual en salud es la posibilidad de compartir experiencias con compañeros de estudio que laboran en áreas relacionadas con la salud y con participación colaborativa se adquieren nuevos saberes. Así como lo expresa Barriós, Masalán y Cook (2011), en su investigación “trasponer esta visión de la educación en salud al ambiente de aprendizaje ayuda a aclarar cómo influye en las interacciones de estudiantes la auto eficacia y la conectividad, y demuestra la necesidad de estudio y de participación en compartir perspectivas sobre las experiencias clínicas” (p, 63).

Muñoz y Vidal (2016), manifiestan que el empleo de las TIC en educación en salud favorece un cambio de paradigma en la esfera de la dirección en salud, diseñando estrategias de capacitación sobre las herramientas de trabajo colaborativo, beneficiando el desarrollo de habilidades en las mismas y un mejor desempeño en los trabajadores de la salud que redunde en mayor eficiencia y eficacia de su trabajo. Por lo tanto la educación en salud debe estar orientada hacia una formación de personal en salud que propenda por el desarrollo del ser humano, con metas y objetivos claros de superación y autorrealización.

3.7.Humanización en salud

Hoy en día los usuarios del sistema de salud están exigiendo una atención humanizada. Esta atención ha trascendido hasta convertirse en una necesidad de las instituciones de salud hacia una mayor calidad de la atención, como menciona Bermejo citado por Arredondo y Siles (2009):

El fenómeno de deshumanización de los cuidados, es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden en parte, del orden social y de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias, otros de la formación y consecuente práctica de los profesionales y algunos más de los pacientes. Por todo esto, humanizar la salud, es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria y la formación de los profesionales. (p.34)

Como lo mencionan los autores, la deshumanización en el ámbito de salud o sanitario, puede tener una causa multifactorial, algunas de ellas son el cambio cultural, la presión laboral la formación del trabajador de salud y hasta el propio paciente, cuando la salud deja ser un derecho y se convierte en una empresa y el factor económico es el centro y no el paciente ni sus trabajadores, cuando el cuidado, eje central de la doctrina de los mayores representantes del área de enfermería, se ve transgredida por una carga laboral más alta, un pago discriminatorio o un trato inequitativo a sus capacidades físicas y emocionales. “El cuidado de enfermería no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. Por esta razón, la enfermera como instrumento terapéutico y experto técnico, debe tener conocimientos, clarificar sus valores y estar comprometida con el cuidado”(Arredondo & Siles, 2009, párr. 9).

Es por ello que este choque entre la cultura empresarial y el área de la salud impactan en alguna medida el trato humanizado hacia el paciente. La primera promueve valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad y las otras, la participación, el respeto, el bien común y la equidad. Estas variables resultan contrapuestas (Hospital y Guallart, 2004). Al parecer, a nivel general, predominan valores técnicos-científicos y otros intereses sobre la calidad y la calidez que debería imperar en la atención en salud.

Teoría del cuidado humanizado

Jean Watson, enfermera norteamericana, especialista en salud mental y con doctorado en psicología de la educación, es la creadora de la Teoría del Cuidado Humano, referente teórico de la enfermería actual sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería” (Palacios, s. f., p. 15). Es así que, aunque esta teoría está enfocada entre la relación enfermero-paciente, puede ser referente para todo el personal que tiene a su cuidado pacientes desde las áreas clínicas como administrativas.

La teoría de Watson J, se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), sostiene que el Cuidado Humano comprende: un compromiso moral (proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (mostrando interés profundo a la persona). El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado (Guerrero et al., 2017, p. 17)

Guerrero, Meneses y De la Cruz (2015), afirman que “la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, representa un compromiso profesional, factor motivador esencial en el proceso de cuidado; a través de normas éticas y basado en un enfoque humanista que sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en los profesionales de la salud” (p.135).Esta teoría ha sido

replicada por profesionales de la enfermería en todo el mundo y usada en diferentes áreas del cuidado. Un estudio realizado en Chile por Hermosilla, Mendoza y Contreras (2016), quienes aplicaron un instrumento de medición para valor el cuidado humanizado en personas hospitalizadas demostró que:

- La mirada actual a través de la formación profesional, los estudios científicos y literatura indican la necesidad de enfatizar los cuidados hacia la visión humanística por sobre la resolución de las necesidades biológicas y el área procedimental de enfermería, donde tanto profesionales de enfermería como pacientes estiman que el cuidado debe ser abordado desde el punto de vista biológico, espiritual y emocional
- Es importante considerar que los cuidados humanizados educativos brindados por el profesional de enfermería, deben ser orientados a través de una relación de enseñanza y aprendizaje mutuo, donde la participación, opinión y comprensión del significado y razón del proceso de ser cuidados distinga las preferencias espirituales, culturales y emocionales de los usuarios, para favorecer el entendimiento y su compromiso con su situación de salud. (párr.21)

Aquí se observa que la humanización y el cuidado necesitan del apoyo educativo para brindar un mejor trato trabajador de la salud – paciente, esperando no solo cumplir con los estándares de calidad de las instituciones de salud públicas y privadas colombianas, sino también lograr una atención con sentido humano intrínseca en el trabajador; consiguiendo articular los dos conceptos: calidad y humanización para lograr la satisfacción del paciente que es “un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados que se prestan a través de un cuidado humanizado” (Guerrero et al., 2017, p. 135).

Humanización y educación

Ahora bien tomando la formación como un factor transversal, posiblemente causante de la deshumanización, es importante promover en los estudiantes el cuidado con empatía, con respeto, independiente del diagnóstico y de los modelos de atención que tenga para ello considerando principios éticos y el respeto a la persona humana” (Ceballos, 2010).

Rego, Gomes, Siqueria y Batista (2008), referenciados por Bracarence et al., (2014), invitan a reflexionar sobre las transformaciones experimentadas por las sociedades contemporáneas y sus repercusiones en la educación médica. Estos investigadores señalan la humanización como uno de los temas orientadores del proceso de enseñanza aprendizaje (p. 74), esto puede ser visto cuando se incorpora la humanización en las políticas públicas colombianas lideradas por el Ministerio de Salud, sin embargo se sigue observando un vacío de las pautas de humanización en las instituciones educativas colombianas.

“En el enfoque académico del tema de la humanización, está claro que las universidades que invierten en este tipo de capacitación pueden contribuir a mejorar la atención médica, por lo tanto, inversiones en capacitación, el logro académico a través de estrategias dirigidas a mejorar la enseñanza trae como consecuencia cuidado de la salud más calificado y humanizado” (Bracarence et al., 2014, p. 80).

Basado en un estudio realizado por profesionales de enfermería en Brazil, se observan reflexiones sobre procesos de capacitación en salud para los trabajadores luego de que la humanización fuera incluida como prioridad en el sistema unificado de salud (SUS), “está claro que esto no puede restringirse a conocimiento de áreas técnico-científicas; las universidades deben invertir en la formación de ciudadanos y trabajadores de la salud, capaz de articular la postura ética, respeto técnico y científico por la autonomía” (Bracarence et al., 2014, p. 24).

Esto nos lleva pensar en alternativas educativas para actualizar el concomitamiento de humanización. Durante el siglo XXI se ha apoyado la educación sanitaria en la tecnología, la cual “no es necesariamente opuesta a la atención humanizada, más bien, es complementaria” (Barnard y Sandelowski 2001; Escudero, 2003). Se unen los beneficios de la educación virtual y las necesidades de formación en humanización y se crea “un modelo de educación, que contemple la formación integral (social y personal) del ser humano, la comunicación consigo mismo y con los demás, el manejo corporal armónico, el pensar en su salud y en la de los que lo rodean de una forma coherente, el desenvolvimiento emotivo y la expresión creativa, será pilar del nuevo paradigma de educación integral humanista” (Rozo de Arévalo, 2002, p. 1).

4. METODOLOGÍA

Para identificar la incidencia de una estrategia en educación virtual dirigida a empleados del Hospital Mario Gaitán Yanguas en el mejoramiento de la prestación de servicios en salud en dicha institución, la investigadora se sitúa en el paradigma interpretativo cualitativo, el cual permite reconocer, reconstruir y describir el fenómeno desde las percepciones de los sujetos de investigación y observar el objeto de estudio, en este caso un proceso de educación en modalidad virtual, concebido como una acción humana (Sánchez, 2013). El paradigma interpretativo aporta características coherentes con la presente investigación como las mencionadas por Lincoln y Guba (1985):

1. Ambiente natural: los fenómenos no pueden ser comprendidos si son aislados de sus contextos
2. Conocimiento tácito: ayuda al investigador a apreciar los sutiles fenómenos presentes en los ámbitos objeto de indagación.
3. Uso de métodos cualitativos
4. Las interpretaciones se realizan desde la particularidad del caso y fenómeno analizados y dependen del contexto en concreto.

El carácter cualitativo que caracteriza al paradigma interpretativo busca profundizar en la investigación, planteando diseños abiertos y emergentes desde la globalidad y contextualización. Las técnicas de recogida de datos más usuales son la observación participativa, historias de vida, entrevistas, los diarios, cuadernos de campo, los perfiles, el estudio de caso, etc. Tanto las conclusiones como la discusión que generan las investigaciones que comparten la doctrina del paradigma interpretativo están ligadas fundamentalmente a un escenario educativo concreto

contribuyendo también a comprender, conocer y actuar frente a otras situaciones. (Lorenzo, 2006, p. 17)

Para dar respuesta a los objetivos y pregunta de investigación este estudio aplica el enfoque metodológico mixto, pues permite comprender los fenómenos educativos de este tipo (Pereira, 2011). Según Creswell (2014), este enfoque “utiliza una colección de datos de tipo cuantitativo, cualitativo o de ambos” (p. 577), pero además de la naturaleza de los datos, el análisis también se realiza desde ambas perspectivas, con mayor predominancia del análisis cualitativo, para complementar y enriquecer los resultados de la investigación.

La investigación tiene un alcance descriptivo dado que en la actualidad se cuenta con una agenda importante de estudios sobre educación virtual, prestación de servicios en salud y enfoque participativo en educación. Este trabajo propone describir el fenómeno de convergencia entre estos campos de estudio, detallar y pormenorizar las características, las manifestaciones y propiedades que se logran en esa indagación por la incidencia de la educación virtual en los procesos de atención en servicios de salud.

La investigación cualitativa y el análisis interpretativo hacen parte de un proceso dinámico que permite una amplia comprensión del fenómeno y proporcionan la perspectiva de nuevos caminos. Este enfoque investigativo permite que la investigadora comprenda una realidad social, dando peso argumentativo a las experiencias contadas, puntos de vista subjetivos y testimonios recogidos en la investigación que proporcionan datos relevantes para el análisis, su flexibilidad permite ampliar la investigación, recolectar datos adicionales, lo que permite que los hallazgos derivados de dicho estudio también sean dinámicos y profundos.

“El hecho de que los datos cualitativos sean considerados como ricos obedece a la atención que los investigadores cualitativos prestan a los detalles más intrincados, lo cual es favorecido,

por la proximidad y el contacto que existe entre el investigador y el fenómeno a ser estudiado” (Ugalde & Balbastre, 2013, p. 183).

El proceso cuantitativo define una perspectiva objetiva en la definición de problemas o caracterización de estos; mientras que el cualitativo contribuye a una comprensión subjetiva y situada, basada en el mejoramiento del rigor metodológico que esta entrega (Oliveros Donohue, 2016). Aunque el enfoque cuantitativo permite adoptar una estructura secuencial en el fenómeno a estudiar, trabajar con poblaciones de gran tamaño, extrapolar datos estadísticos, generar datos con mayor precisión, entre otras ventajas; se queda corto en una investigación educativa donde la acumulación de hechos no es suficiente para explicar fenómenos socioculturales (Ugalde & Balbastre, 2013). Es por esto que al incorporar el diseño cualitativo y lograr un análisis mixto, el proceso investigativo social puede proponer nuevos escenarios, aportar a la agenda, aclarar resultados de un método apoyado en otro (complementariedad), ampliar el alcance de la investigación (expansión) y lograr corroboración, convergencia y correspondencia de resultados (triangulación) (Muñoz, 2013, pág. 220).

4.1.Diseño metodológico

La estrategia metodológica para estudiar el fenómeno en esta investigación es el estudio de caso, pues permite estudiar la causalidad desde la teoría y enriquecerla. Como lo señala Álvarez (2012), “su potencialidad radica en su capacidad para generar premisas hipotéticas y orientar la toma de decisiones” (párr. 9). Al tener la posibilidad de estudiar un caso como el de los empleados del Hospital Mario Gaitán Yanguas en Cundinamarca, Colombia, se puede comprender y conocer la experiencia particular y situada que aporta a la construcción de lineamientos y orientaciones generales sobre los procesos de educación virtual en salud. La naturaleza descriptiva de este diseño permite poner en marcha la estrategia educativa mediante

un curso virtual en el cual se ponen en juego variables y condiciones intencionadas al cumplimiento del objetivo de investigación.

Al hablar de estudio de caso, es importante comprender que este “le permite al investigador alcanzar mayor comprensión y claridad sobre un tema o aspecto teórico concreto, o indagar un fenómeno, una población o una condición en particular” (Galeano, 2004, p. 68). Se toma como caso el análisis de un curso virtual de humanización materno perinatal para personal de salud, el cual permite observar la experiencia de los participantes y con ella analizar las condiciones dadas en todo el proceso. “En esencia, el término estudio de caso se refiere a la recolección, el análisis y la presentación detallada y estructurada de información sobre un individuo, un grupo o una institución” (Galeano, 2004, p. 68).

En la relación entre los datos cuantitativos y el estudio de caso, desde su componente holístico y heurístico cualitativo, se descubren nuevas relaciones y conceptos en la investigación, optimizando así su validez basada no solo en la representación, sino en la realidad y autenticidad de la información recolectada.

Teniendo en cuenta las clasificaciones proporcionadas por Galeano (2004), la presente investigación se sitúa en la siguiente clasificación de estudio de caso:

- Colectivo: porque estudia un conjunto determinado de casos. Esta selección de casos particulares permite una mejor comprensión acerca del conjunto de casos priorizados.
- Interpretativo: dado que se cuenta con teoría previa y a partir de ella se proponen categorías conceptuales de análisis para ilustrar, soportar o discutir supuestos con más profundidad y complejidad.

- Participativo: pues involucra a los sujetos de investigación en el proceso de diseño, estudio, resultados y alternativas de acción.

Contexto institucional

La Secretaría de Salud de Cundinamarca está comprometida con “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y a mantener y/o recuperar las condiciones en el estado de la salud de la población cundinamarquesa” (SS Cundinamarca, 2020, párr. 2). Esta entidad tiene injerencia en 116 municipios de primera a sexta categoría, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (ESE), Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas (IPS) y demás entidades de salud a nivel departamental.

El Hospital Mario Gaitán Yanguas es la ESE principal del municipio de Soacha, Cundinamarca, primer municipio del departamento en número de habitantes y categoría. El Hospital cuenta con servicios de salud de segundo nivel como ginecología, pediatría, entre otros. La población que beneficia, en su mayoría, son pacientes de bajos recursos que pertenecen al régimen subsidiado en salud, población migrante y población sin aseguramiento. Dentro de los deberes principales de esta ESE se encuentra la implementación de la política de humanización en la que se compromete a “brindar un servicio con calidez, respeto, amabilidad que responda a las necesidades y expectativas físicas, psicológicas, sociales, emocionales, culturales y espirituales de los usuarios, orientándose al trato digno, respetando los derechos y deberes” (IPS HMGY, 2020, párr. 3).

4.2.Participantes de la investigación

El Hospital Mario Gaitán Yanguas, en coordinación con la líder institucional de humanización de la ESE, realizó una selección de 20 estudiantes que pertenecían a las áreas de trabajo asistencial y administrativo, incluyendo personal de todos los niveles educativos, diferentes

edades, sexo y sin exclusiones por creencia o cultura. Como criterio de inclusión se consideraron:

1. Trabajar en atención con gestantes y recién nacidos
2. Laborar en la ESE HMGY
3. Pertenecer al área administrativa o asistencial
4. Aceptación de participar en el estudio de manera voluntaria

Los participantes de esta investigación son trabajadores y trabajadoras pertenecientes a las siguientes áreas del Hospital que tienen contacto con mujeres gestantes y recién nacidos:

- Área administrativa: atención al usuario, facturación, seguridad y vigilancia, servicios varios, cocina, subdirección administrativa, humanización, promoción y prevención, vacunación y trabajo social.
- Área asistencial: urgencias, sala de partos, ginecología, hospitalización, cirugía, laboratorio, imágenes diagnósticas, atención pre hospitalaria, pediatría y observación; donde participaran profesionales y técnicos en salud

4.3. Técnicas e instrumentos

OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia de una estrategia en educación virtual dirigida a empleados del Hospital Mario Gaitán Yanguas en el mejoramiento de la prestación de servicios en salud en esta institución



Figura 13. Objetivos por técnicas e instrumentos.

4.4. Trabajo de campo

Estrategia de recolección de datos en campo

La recolección de datos fue realizada mediante técnicas e instrumentos de datos cualitativos y cuantitativos. Durante el proceso, al culminar el curso virtual de humanización materno perinatal se modificó la estrategia de la entrevista a los participantes y a las mujeres gestantes debido a la pandemia COVID 19: la llamada telefónica permitió recolectar las particularidades expresadas por los estudiantes del curso y las usuarias gestantes.

Basada en la ruta del trabajo de campo se definieron cuatro momentos metodológicos de recolección de la información que permitieran responder a los objetivos planteados.



Figura 14. Proceso de recolección de datos

Momento 1. Indagación

Esta fase permitió a la investigadora recolectar información, a través del diario de campo, sobre el contexto de la institución ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. También se realizó la indagación por la necesidad de creación de un proyecto de educación en salud para la humanización materno perinatal; gestionar el apoyo interinstitucional de otras áreas de la administración central de la Gobernación de Cundinamarca para la implementación del curso virtual; y conocer los grupos ocupacionales de interés institucional para la definición de perfiles de los expertos en diferentes áreas del conocimiento que apoyaron el proceso del diseño del curso, esto con el fin de responder en parte al primer objetivo específico.

Momento 2. Preparación

Con el fin de dar respuesta al primer y segundo objetivos específicos se seleccionaron los participantes de la ESE teniendo en cuenta que se presentara un grupo de personas de todas las áreas de atención a mujeres gestantes y recién nacidos de la IPS los cuales, mediante diferentes herramientas como encuestas y entrevistas diseñadas por la investigadora, permitieron recolectar datos relevantes para la construcción, diseño, contenido y evaluación del curso virtual.

Momento 3. Intervención

En esta fase se desarrolló todo el curso virtual y se revisó la relación entre la participación de los estudiantes en la creación del curso virtual y el proceso de aprendizaje durante su desarrollo.

Momento 4. Evaluación

Corresponde a la fase final del estudio de caso mediante instrumentos de recolección de datos como encuestas y entrevistas, observación, análisis y revisión de indicadores para responder a los objetivos específicos dos y tres de la investigación. En esta fase los participantes evaluaron el proceso del curso y las mujeres gestantes y posparto atendidas en la ESE evaluaron la calidad del servicio prestado por profesionales que realizaron el curso. Además, se recibieron recomendaciones que permitieron ajustar el proyecto formativo.

Ruta metodológica de alistamiento, desarrollo y evaluación del curso virtual

El proceso constó de diversas fases en las cuales los empleados del Hospital Mario Gaitán Yanguas participaron de forma activa durante todo el proceso investigativo.

La ruta metodológica se desarrolló en cuatro fases:

1. Exploración

2. Preparación
3. Intervención
4. Evaluación

Fase de exploración

En esta fase se realizaron las siguientes actividades:

1. Reuniones y comunicaciones con directivos para validación y autorización del estudio.
2. Visitas a HMGY para la identificación del proceso de atención a la población
3. Rastreo de cursos virtuales en plataforma
4. Rastreo bibliográfico y de experiencias

Se realizó un acercamiento con las directivas de la Secretaría de Salud Departamental de Cundinamarca y del Hospital Mario Gaitán Yanguas, en el que se contextualizó sobre el objetivo de la investigación, beneficios, participación y cronograma. Después de estos encuentros se recibió apoyo institucional y se decidió iniciar en conjunto el desarrollo colaborativo del curso, vinculando a distintos participantes de diferentes áreas y niveles.

Fase de preparación

Esta fase consistió en desarrollar las siguientes actividades:

1. Conformación de grupo de estudiantes
2. Diseño colaborativo: indagación y propuestas por contenidos y metodología con participantes.
3. Diseño interdisciplinario de curso: trabajo de base con expertos.
4. Entrevistas a participantes
5. Encuesta a usuarias del HMGY

Se realizó un encuentro virtual con la coordinadora de humanización del HMGY para presentar los objetivos y desarrollo de la investigación, el papel de los estudiantes, caracterización de los estudiantes y la propuesta general. A su vez, esta coordinación junto con la dirección institucional socializó al personal de la ESE la información y solicitud del proyecto de investigación y se encargaron de convocar y seleccionar los participantes de manera voluntaria.

A partir de eso, se definió la participación de 20 estudiantes quienes respondieron a la encuesta de alfabetización digital basada en el instrumento de uso y apropiación de TIC creado por Taquéz, Rengifo y Mejía (2017), donde se indagó por: conocimientos en uso de TIC y manejo de herramientas virtuales; tiempo y disposición para la construcción, participación y evaluación del curso virtual; y saberes previos en humanización de gestantes y recién nacidos. Se aplicó también la encuesta pre curso, en la que se observó la participación activa de 19 de ellos, por tal motivo se continuó el estudio con estas 19 personas.

Se pidió a dos estudiantes de este grupo el consentimiento para aplicar algunos instrumentos de indagación más específica teniendo en cuenta los resultados de la encuesta de alfabetización digital (menos uso de herramientas tecnológicas) y de liderazgo en la institución (coordinador de servicio) para así interpretar, desde sus perfiles, experiencias y perspectivas en los resultados presentados en ellos como participantes activos del curso virtual. También se encuestaron mujeres embarazadas y en condición de posparto atendidas en la IPS por personal que participó en el curso virtual antes y después de realizarlo.

Encuesta de conocimientos previos

Se aplicó a los 19 participantes que diligenciaron el consentimiento informado previamente informados del objetivo del instrumento el cual pretendió contar con información previa a la elaboración del curso acerca de los conocimientos previos en conceptos de atención humanizada, experiencia en educación virtual y trabajo colaborativo, así como también brindo recomendaciones en el diseño, contenido y metodología del curso virtual en humanización materno perinatal.

Encuesta de alfabetización digital

Se aplicó a los 19 participantes que diligenciaron el consentimiento informado previamente informados del objetivo del instrumento el cual pretendió contar con información previa a la elaboración del curso acerca de las capacidades con la que contaban los estudiantes relacionadas al manejo de las TIC como: los recursos TIC con que contaban, La frecuencia y su uso; así como la frecuencia de uso de las herramientas TIC conocidas y fueron implementadas en el diseño, contenido y metodología del curso virtual en humanización materno perinatal.

Entrevista a estudiantes fase 1

Después de realizar las encuestas previas antes descritas, se realizaron dos entrevistas individuales tanto a la coordinadora de humanización (estudiante del curso) y a un estudiante, apoyados en una guía de preguntas que indagaron por: conocimientos previos de humanización, experiencias en uso de herramientas virtuales de educación, expectativas hacia el curso virtual, y demás relacionadas con el objetivo del encuentro que enfoquen las respuestas a la generación de aportes hacia la creación de los diferentes módulos del curso virtual. Todo este proceso fue grabado con el consentimiento de los estudiantes, además se diligenció un diario de campo llevado por la investigadora en donde se registro lo observado en la plataforma y en la interacción con los participantes e instituciones de apoyo.

Encuesta a gestantes fase 1

Se realizó una encuesta a 10 gestantes que se encontraban en las instalaciones del HMGY en los servicios de hospitalización y sala de partos, con el fin de conocer su experiencia de atención con el personal administrativo y asistencial de la institución.

Construcción colaborativa del curso

Luego de analizar los resultados obtenidos en la fase de preparación, se construyeron los diferentes módulos del curso virtual, incluyendo en cada uno de ellos instrumentos de evaluación del aprendizaje, foros y la encuesta de satisfacción.

Teniendo en cuenta la teoría y los resultados de la fase de preparación se decidió que en la planificación se contaría con un liderazgo por parte del tutor o diseñador del proceso quien identificó características relevantes para la siguiente fase como: duración del curso, competencias para inscripción, objetivos, temas y contenidos, ubicación virtual, modalidad de intervención y destinatarios. Por tal motivo se definió que el tutor principal sea la investigadora ya que cuenta con un perfil como profesional especializado en el área de la salud y posee herramientas para la educación virtual siendo estudiante actualmente de la maestría en educación.

Diseño del curso virtual

El curso se alojó en la oferta de cursos de la Secretaría de Salud, dispuestos en la página “Escuela virtual de la Gobernación de Cundinamarca”¹, debido a que la administración cuenta con licencia de MOODLE. Se decidió usar esta herramienta la cual es de propiedad de la Gobernación de Cundinamarca y para acceder se debe contar usuario y contraseña designada por

¹ <http://aulavirtual.cundinamarca.gov.co/aulavirtual32/moodle/>

la Secretaría de TIC Departamental. Para este proceso se consideró necesario el apoyo de la Secretaría de TIC de la administración departamental, equipo que acompañó el diseño de la estructura virtual del curso con revisión previa de la investigadora (tutora y coordinadora del curso).

El diseño del curso se desarrolló en varios frentes:

1. Apoyo de expertos: producción de contenidos, definición de temáticas y actividades.
2. Encuesta a participantes para toma de decisiones metodológicas y de contenidos: temas y actividades, uso de plataforma.
3. Trabajo interdisciplinario: apoyo de TIC, comunicaciones, salud.
4. Diseño del curso: estructura modular, actividades de aprendizaje, roles, evaluación y seguimiento, duración, montaje tecnológico.

Apoyo de expertos

Durante el análisis de la encuesta pre curso se determinó la importancia de la colaboración de expertos en los contenidos que crearon en cada uno de los módulos, por este motivo la investigadora - tutora principal contactó 12 expertos Ad Honorem que hicieron parte del proyecto y con sus conocimientos, junto a la guía de creación de contenido y evaluación para el curso virtual diseñada, se crearon los contenidos con el apoyo de la Secretaría de TIC y Secretaría de Prensa de Cundinamarca.

Tabla 9. Temas por expertos, Curso virtual de humanización materno perinatal de Cundinamarca.

Experto	Perfil	Tema
Investigadora y tutora principal del curso	Enfermera, Especialista en Epidemiología y estudiante de Maestría en Educación	Bienvenida al curso virtual y apertura a módulos

		Introducción al curso virtual
Experto 1	Enfermera, Especialista en administración hospitalaria y especialista en docencia universitaria	Parto humanizado: Recién Nacido
Experto 2	Profesional especializado, Ministerio de Salud y protección social	Calidad de la atención en Salud
Experto 3	Medica, Subdirectora de Vigilancia en Salud Publica de Cundinamarca	Situación materno perinatal en Colombia y el mundo
Experto 4	Enfermera, Jefe Oficina de Participación y Atención Ciudadana en Salud Cundinamarca	Deberes y derechos de los usuarios
Experto 5	Médico Pediatra, Mg en cuidados paliativos	Cuidado paliativo pediátrico Comunicación asertiva en caso de muerte perinatal
Experto 6	Médico Pediatra	Signos de alarma perinatales y en recién nacidos
Experto 7	Psicóloga, referente humanización Cundinamarca	Practicas humanizantes y deshumanizantes
Experto 8	Psicóloga, Especialista en Epidemiologia	Manejo del Duelo y empatía
Experto 9	Medico y especialista en Epidemiologia	Trato Humanizado a Gestantes y puérperas
Experto 10	Ginecóloga	Signos de alarma en maternas y puérperas

Experto 11	Psicóloga, especialista en Gestión Pública	Prácticas humanizantes y deshumanizantes
Experto 12	Enfermera, Líder nacional en parto humanizado	Parto humanizado: Gestante

Encuesta a participantes

Se envió un formulario en Google docs con diferentes preguntas relacionadas con la creación de curso virtual, donde se solicitó a los estudiantes plasmar sus contribuciones y opiniones relacionadas con lo que consideraron debía ser el diseño del curso: metodología, contenido, evaluación y demás decisiones metodológicas del curso y la plataforma.

Trabajo interdisciplinario

En el diseño y montaje del curso, se detectó la necesidad de contar con apoyo interdisciplinario de expertos como ingenieros de sistemas de la Secretaría de TIC, comunicadores sociales, camarógrafos y editores de la Secretaría de Prensa y Comunicaciones; así como también de profesionales en el área de la salud como la subdirectora de Vigilancia en Salud Pública, la coordinadora de humanización departamental de Cundinamarca, quienes gracias a su aporte administrativo generaron la articulación entre la investigadora, los estudiantes, expertos y demás colaboradores.

Gracias a los aportes brindados por los estudiantes en la encuesta pre curso y entrevistas anteriores al montaje del curso en la plataforma, así como a la teoría revisada; se diseñó un curso con estructura modular: 4 módulos, cada uno con videos explicativos, presentaciones, documentos de apoyo, actividades de evaluación como foros y cuestionarios; se cargaron videos

con apoyo de Youtube de fácil acceso para los estudiantes en la plataforma. Posteriormente se crearon los usuarios en plataforma para el acceso al curso de los estudiantes.

Fase de intervención

Las actividades que comprendieron esta fase fueron:

1. Bienvenida y consentimiento informado
2. Habilitación del curso en plataforma
3. Desarrollo del curso
4. Seguimiento al desarrollo del curso

En esta fase los 19 estudiantes desarrollaron el curso virtual. Aquí la investigadora brindó apoyo técnico, académico y motivacional a los estudiantes con miras a culminar las actividades propuestas durante el curso, mediante recordatorios y mensajes multimedia.

Bienvenida y consentimiento informado

Se contó con el apoyo de las directivas del Hospital Mario Gaitán Yanguas para entregar los consentimientos informados a los estudiantes del curso quienes aceptaron su libre participación en la investigación.

Habilitación de curso y plataforma

Al ser creados y entregados los usuarios a los estudiantes para ingreso al curso virtual, se dio inicio al curso virtual con 19 estudiantes quienes cursaron los cuatro módulos.

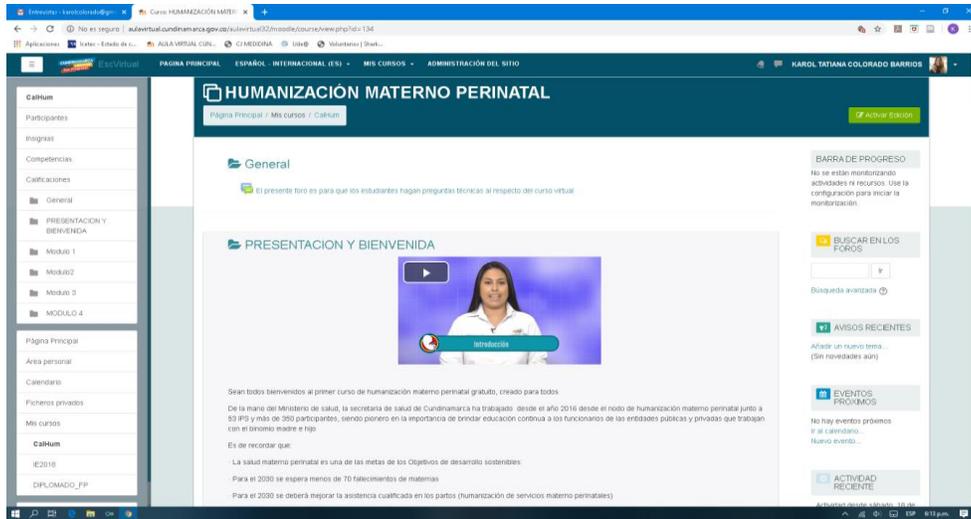


Imagen 1. Presentación y bienvenida curso de humanización materno perinatal

MÓDULO 1: Fundamentos básicos

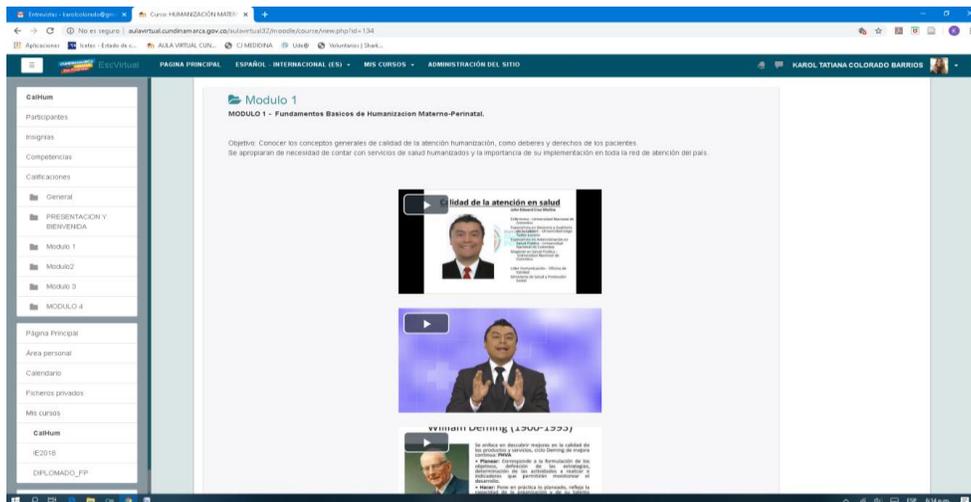


Imagen 2. Módulo 1 curso de humanización materno perinatal

MÓDULO 2: Empatía y humanización

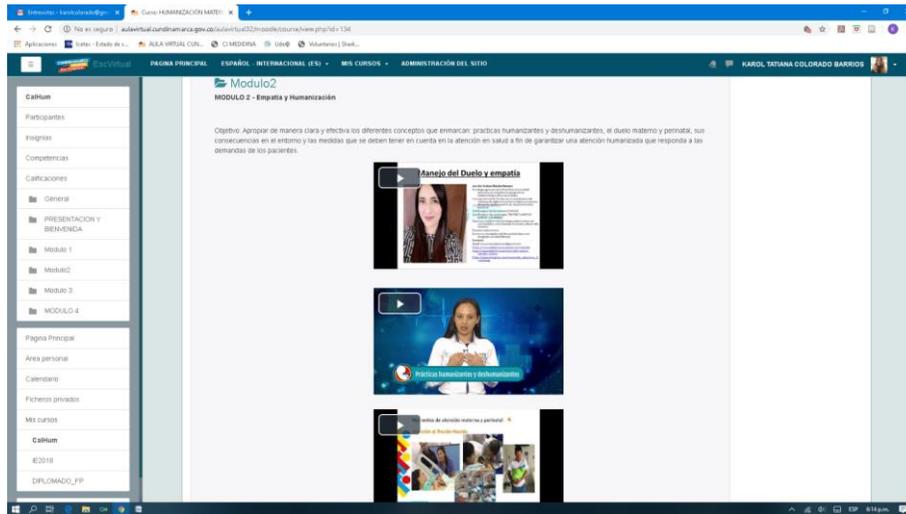


Imagen 3. Módulo 2 curso de humanización materno perinatal

MÓDULO 3: Materno perinatal

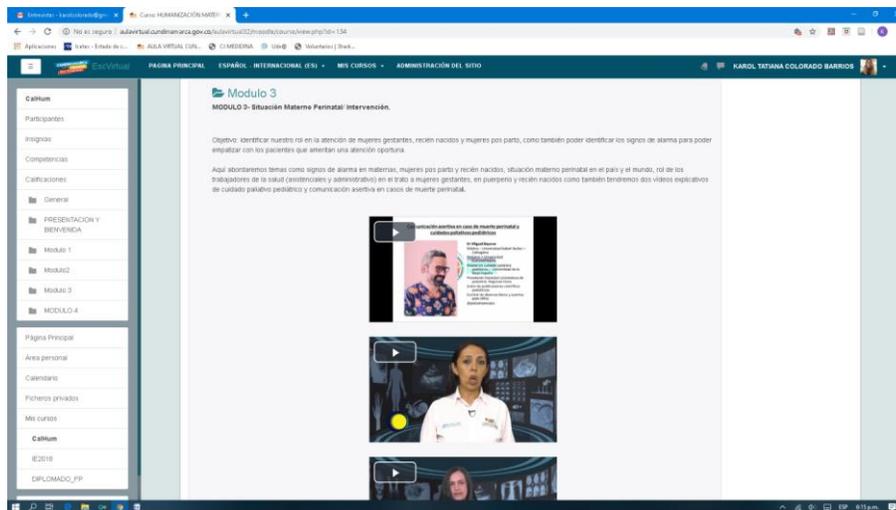


Imagen 4. Módulo 3 curso de humanización materno perinatal

MÓDULO 4: Parto humanizado

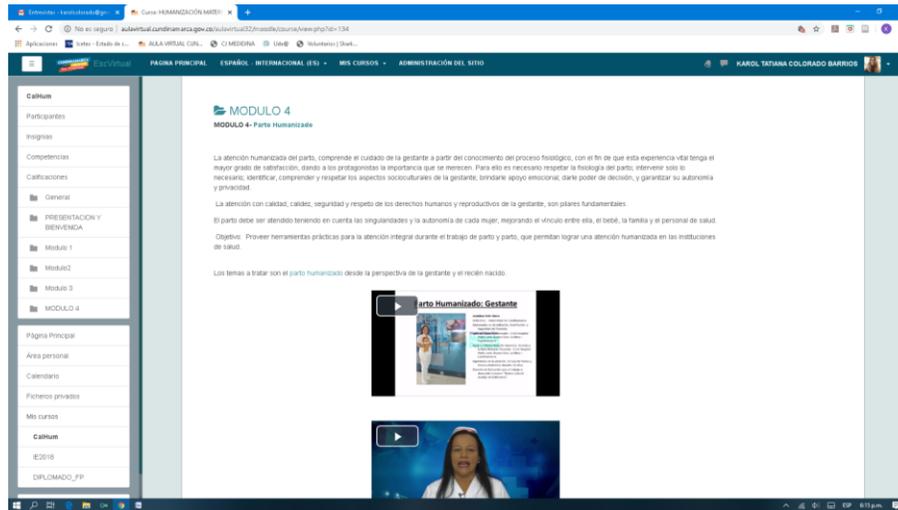


Imagen 5. Módulo 4 curso de humanización materno perinatal

Los cuatro módulos estuvieron activos 24 horas del día 7 días de la semana durante 5 semanas calendario. La plataforma tuvo acceso gratuito y personal mediante usuario y clave asignada.

Allí los estudiantes accedieron no solo a videos explicativos por medio de expertos, sino además a material educativo de apoyo como: presentaciones, documentos, información complementaria, foros y evaluación de conocimientos. También contó con un foro técnico que permitió realizar apoyo tecnológico al estudiante. Al iniciar el curso se enviaron invitaciones de apertura mediante correo electrónico y mensajes de texto a teléfonos celulares.

Desarrollo del curso

En esta etapa los estudiantes además de contar con acceso asincrónico al contenido, realizaron diferentes aportes en los foros y con ellos la construcción de conocimiento con sus compañeros y con la tutora principal. Se presentaron fallas técnicas como dificultades de acceso por olvido de usuario las cuales fueron solucionadas de manera oportuna, debido a que la evaluación de los

cuestionarios era automática y los foros se calificaron diariamente por tanto los estudiantes pudieron acceder de manera rápida a sus respectivas notas y proceso de seguimiento. Como dato importante, al finalizar las 4 semanas asignadas después de la apertura del curso y, a pesar de desarrollar los módulos sin obligatoriedad de orden, por petición de varios estudiantes que presentaron retraso en la realización de algunas actividades se definió adicionar una semana al calendario del curso, contando con un total de 5 semanas de realización: desde el 25 de Noviembre a 30 de Diciembre de 2019

Seguimiento al desarrollo del curso

Moodle permitió al tutor visualizar en tiempo real la última vez de conexión de los estudiantes, como sus aportes en foros y preguntas técnicas. Mediante esta herramienta y una observación constantes, se incentivó la realización de actividades mediante recordatorios de acceso al curso y desarrollo de contenido por medio de correos electrónicos, mensajes de texto y en casos de más de 5 días de desconexión la realización de llamadas telefónicas para recordar la importancia de realizar el curso. También la investigadora realizó seguimiento a los participantes del curso mediante registro en diario de campo, brindó asesoría técnica y guía docente en los cuatro módulos. Dinamizó e hizo seguimiento a la participación activa en los foros, pieza clave en el aporte permanente de la tutora/investigadora tanto en complementación temática como en solución oportuna de problemas técnicos.

Fase de evaluación

La fase de evaluación constó de las siguientes actividades:

1. Evaluación de módulos
2. Encuesta de satisfacción

3. Aprobación del curso

Evaluación de módulos

Cada uno de los módulos tuvo actividades evaluativas y de aprendizaje así:

- Módulo 1: Evaluación con 10 preguntas relacionadas con conocimientos básicos de humanización materno perinatales vistos en la unidad; preguntas de selección múltiple y única respuesta que arrojaron resultados automáticos al finalizar el cuestionario. La nota aprobatoria debía ser igual o superior a 7 de 10.

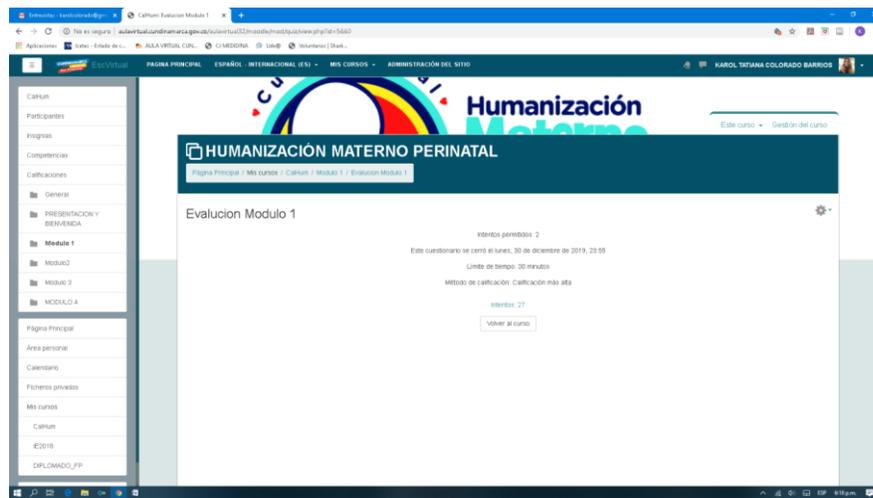


Imagen 6. Evaluación módulo 1 curso de humanización materno perinatal

- Módulo 2: Tres foros de discusión.
 - Foro de discusión 1: Actividad colaborativa en la que los estudiantes al revisar una entrevista realizada a una usuaria que vivió muertes perinatales opinaron sobre la atención brindada a ella y dieron alternativas para evitar los errores cometidos por el personal administrativo y asistencial que la atendió.

- Foro de discusión 2: Se presentó un video sobre trato inhumano en mujeres gestantes y se pidió a los estudiantes aportar sobre mejoramiento de condiciones en la intervención de las pacientes.

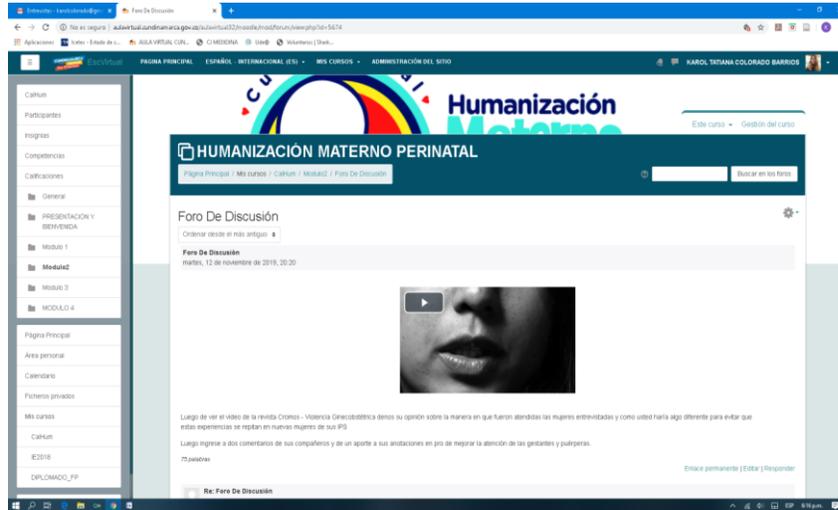


Imagen 7. Foro de discusión módulo 2 curso de humanización materno perinatal

- Foro interactivo: Actividad colaborativa en la que los estudiantes, mediante el uso de herramientas audiovisuales como fotos, videos, canciones registraron prácticas humanizantes y deshumanizantes y entre los participantes se debatió sobre lo expuesto.

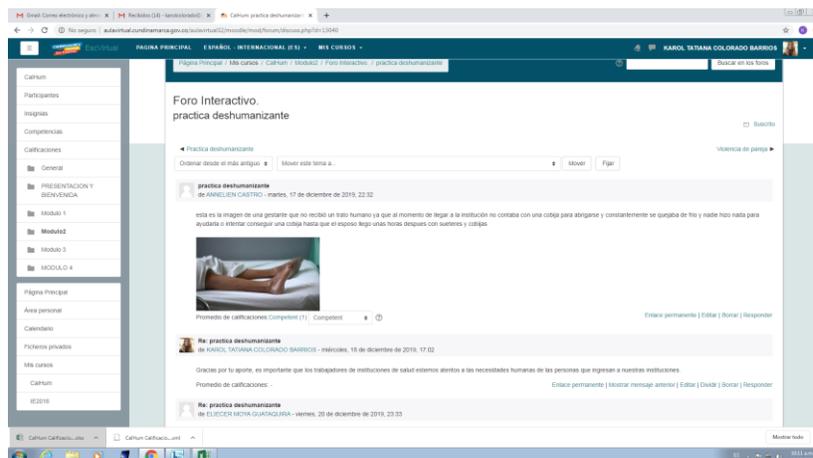


Imagen 8. Foro interactivo módulo 2

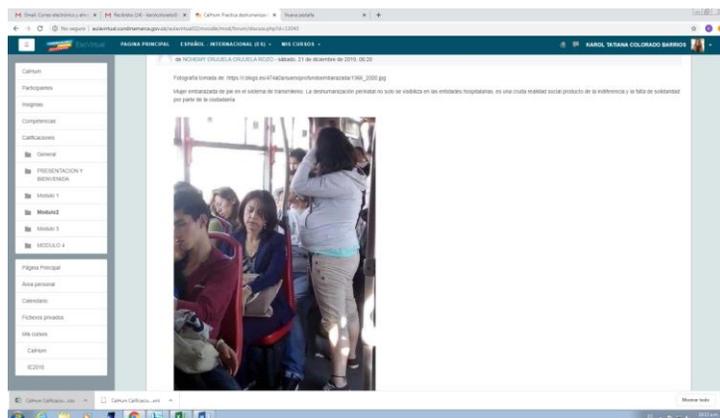


Imagen 9. Participación en foro interactivo módulo 2

Los foros fueron calificados por la tutora/investigadora como aporte cualitativo de manera diaria, interactuando con ellos a través de comentarios y permitiendo una relación con los estudiantes para promover el aprendizaje colaborativo.

- Módulo 3: Evaluación con 10 preguntas sobre conocimientos relacionados con epidemiología, signos de alarma y comunicación asertiva materna perinatal visto en la unidad, preguntas de selección múltiple y única respuesta que brindan resultado automático al finalizar el cuestionario. Se aprobó con puntaje igual o superior a 7 de 10.
 - Foro de discusión: Se presentó un video con señales de peligro del recién nacido y se pidió a los estudiantes, desde su rol, cargo u ocupación, brindar asesoría de signos de alarma. Los estudiantes debatieron con sus compañeros y tutora/investigadora.

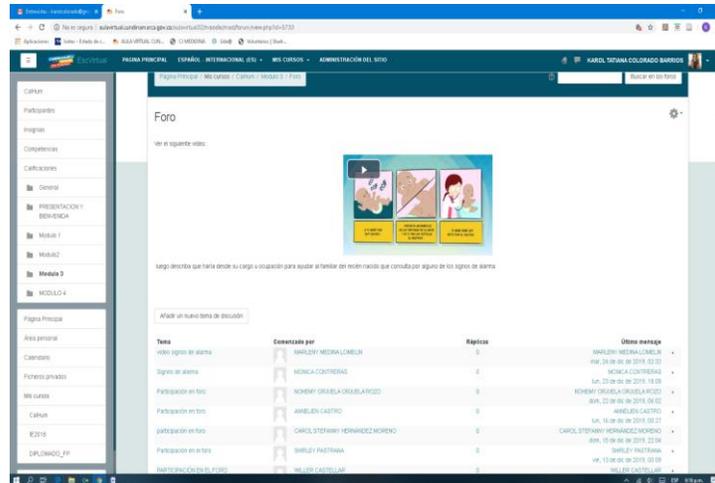


Imagen 10. Foro de discusión módulo 3

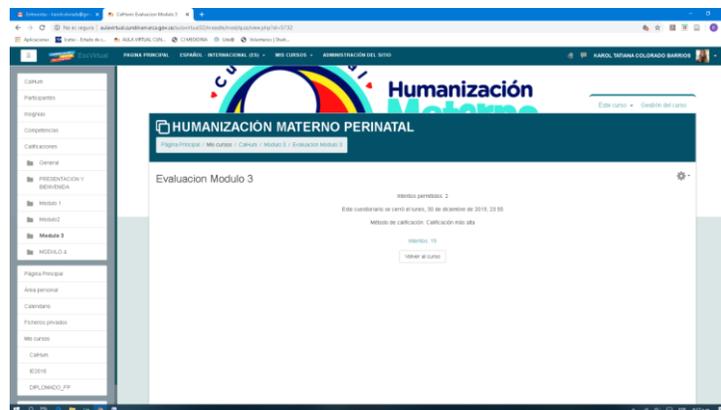


Imagen 11. Evaluación módulo 3

- Módulo 4:** Evaluación con 10 preguntas de conocimientos relacionados con parto humanizado vistos en la unidad, preguntas de selección múltiple y única respuesta con resultado automático al finalizar el cuestionario. Aprobación de igual o superior a 7 aciertos sobre 10.

Los cuestionarios permitieron dos oportunidades (intentos) para que el estudiante lo realizara.

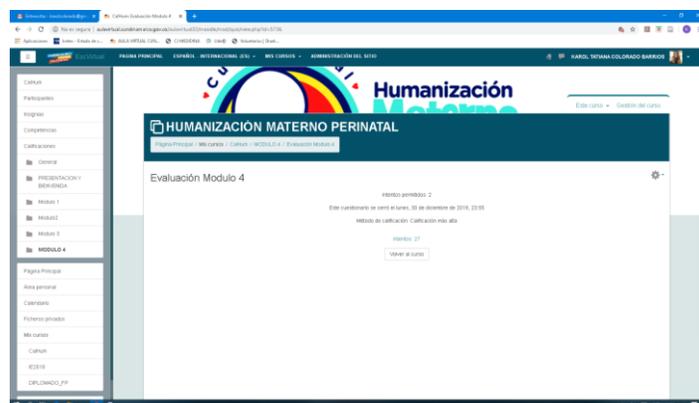


Imagen 12. Evaluación módulo 4

Tabla 10. Generalidades del curso virtual de humanización materno perinatal

Módulo	Temas y contenido	Objetivo	Actividades de aprendizaje	Actividades colaborativas / Material de apoyo
Fundamentos básicos de Humanización Materno Perinatal	Calidad de la atención en salud	Conocer los conceptos generales de calidad de la atención humanización, como deberes y derechos de los pacientes.	Evaluación módulo 1	Revisión de material complementario
	Deberes y derechos de los usuarios	Se apropiaran de necesidad de contar con servicios de salud humanizados y la importancia de su implementación en		

		toda la red de atención del país.		
Empatía y Humanización	Prácticas humanizantes y deshumanizantes	Apropiar de manera clara y efectiva los diferentes conceptos que enmarcan:	Foro interactivo	Foro de Discusión
	Manejo del duelo y empatía	prácticas humanizantes y deshumanizantes, el duelo materno y perinatal, sus consecuencias en el entorno y las medidas que se deben tener en cuenta en la atención en salud a fin de garantizar una atención humanizada que responda a las demandas de los pacientes.		Foro de Discusión 2
Materno Perinatal	Situación materno perinatal (mundial, regional y nacional)	Identificar nuestro rol en la atención de mujeres gestantes, recién nacidos y mujeres pos parto, como también poder identificar los signos de alarma para poder empatizar con los	Evaluación módulo 3	Foro de Discusión
	Signos de alarma en gestantes y puérperas			
	Signos de alarma perinatales y en recién nacidos			

	Trato humanizado hacia gestantes y puérperas	pacientes que ameritan una atención oportuna.		
	Cuidado paliativo pediátrico			
	Comunicación asertiva en caso de muerte perinatal			
Parto Humanizado	Parto humanizado desde la perspectiva de las gestantes	Proveer herramientas prácticas para la atención integral durante el trabajo de parto y parto, que permitan lograr una atención humanizada en las instituciones de salud.	Evaluación módulo 4	Revisión de material complementario
	Parto humanizado desde la perspectiva de los recién nacidos			
	Experiencia exitosa del parto humanizado			

Curso de humanización materno perinatal.

Encuesta de satisfacción

Al finalizar los módulos se aplicó la encuesta de satisfacción de la Gobernación de Cundinamarca con el propósito de obtener recomendaciones y conclusiones del curso virtual desde la perspectiva de los estudiantes del mismo.

Aprobación del curso

El curso se aprobaba con la participación con comentarios competentes en los cinco foros y la aprobación de las dos evaluaciones con un promedio mayor o igual a 7/10, además del diligenciamiento de la encuesta de satisfacción.

Tomando los datos arrojados por la plataforma, la encuesta de satisfacción y la entrevista pos-curso se realizó un análisis evaluativo de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Seguimiento a indicadores de calidad

Como datos importantes y complementarios del análisis se consideraron los indicadores de calidad del Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social relacionados con la atención del paciente y satisfacción de los usuarios.

Entrevista a estudiantes fase 2

Se realizó una segunda entrevista vía telefónica² para conocer las experiencias y evaluación del curso por parte de los participantes, apoyada en el registro de datos en el diario de campo de la investigadora y en el registro de la primera entrevista. Todo esto a partir de una guía de preguntas (semiestructurada).

Entrevista a gestantes (usuarias) fase 2

Se realizó una entrevista vía telefónica³ a dos gestantes atendidas por personal que participó en el curso a partir de una guía de preguntas dirigidas a conocer sus experiencias de atención con el personal participante de la investigación.

² Se realizó entrevista vía telefónica debido a pandemia de COVID 19 y aislamiento obligatorio

³ Se realizó entrevista vía telefónica debido a pandemia de COVID 19 y aislamiento obligatorio

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para el tratamiento de datos cuantitativos se recopiló la información en bases de datos de Excel Office mediante uso de tablas dinámicas y gráficas univariadas y bivariadas, conservando la confidencialidad de los participantes.

Para el tratamiento de los datos cualitativos y cualitativos se utilizó el programa Atlas.Ti versión 8 con licencia, que permitió clasificar y codificar sistemáticamente los datos y desarrollar un sistema de redes de categorías, generar un análisis categorial interpretativo y construir relaciones.

El análisis mixto de la investigación aportó profundidad interpretativa del estudio de caso, con un nivel analítico de la codificación y respaldo de los enfoques de investigación inductiva e interpretativa (Atlas.Ti, 2020, párr. 5).

Para este proceso se construyó un sistema categorial que permitió entrelazar los instrumentos utilizados en todo el proceso del trabajo de campo, los códigos fueron extraídos desde los conceptos teóricos de la educación mediada por TIC, educación en salud y educación a distancia; los cuales se sub clasificaron en categorías y códigos relacionados a los propósitos planteados en la investigación. Luego se extrajeron relaciones en cada uno de los momentos y fueron explicados mediante un análisis de caso con todo el proceso del curso de humanización materno perinatal como caso general.

5.1. Categorías de análisis

Tabla 11. Red de sistema categorial y codificación

categoria 1	categoria 2	categoria 3	observables de categoría	Código
EDUCACIÓN MEDIDADA POR TIC	ENTORNO DE APRENDIZAJE CONSTRUCTIVISTA	DISEÑO COLABORATIVO DE CURSO	momentos en los que intervienen los participantes para el diseño y desarrollo del curso	Dis-Colab
			tipo de aportes que hacen los participantes a la creación y desarrollo del curso	
			criterios de selección de aportes de los participantes para la creación y desarrollo del curso	
			metodologías para recoger aportes de los participantes la creación y desarrollo del curso	
		METODOLOGÍA DEL CURSO	tiempos requeridos por parte de los estudiantes para estudiar el curso	Met-Curso
			tiempos requeridos por parte del tutor para acompañar el curso	
			tiempo de permanencia de los estudiantes en la plataforma	
			tipos de actividades de aprendizaje	
			funciones del tutor en el desarrollo del curso	
			funciones de expertos en el desarrollo del curso	
			funciones de la institucionalidad en el diseño, desarrollo y cierre del curso	
			efectividad de actividades de aprendizaje	
			tipos de evaluación que contiene el curso	
tipo de actividades de enseñanza				
enfoque de enseñanza				
CONT ENID OS / MAT	tipos de contenidos	Cont-Mat-Curso		
	nivel de uso de contenidos			

			tipo de estructura de contenidos del curso	
		INTERACCIÓN DENTRO DEL CURSO	tipos de interacción entre pares en el curso	Interx-Curso
			nivel de interacción en el curso	
			tipos de interacción entre estudiante y tutor/experto del curso	
		APRENDIZAJES EN EL CURSO	efectividad de actividades de aprendizaje	Aprend-Curso
			nivel de aprobación de actividades del curso	
			tipo y nivel de aportes de los estudiantes en las actividades de aprendizaje del curso	
			tipo y nivel de aportes de los estudiantes en el escenario laboral (hospital) relacionados con los temas del curso	
			tipo y nivel de aportes de los estudiantes para mejorar/complementar contenidos del curso	
		PLATAFORMA TECNOLÓGICA	tiempo de permanencia de los estudiantes en la plataforma	Plat-Tec
			tipo de funciones que ofrece la plataforma y aprovechadas en el curso	
			funciones requeridas para un curso de este tipo y que no ofrece la plataforma	
			dispositivos de acceso de los estudiantes a la plataforma	
			nivel de apropiación de recursos en distintos formatos por parte de los estudiantes	
			nivel de dificultades de uso de la plataforma por parte de los estudiantes	
EDUCACIÓN EN SALUD	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	respuesta a practica humanizante y no humanizante	Human-Serv-Sal
			puérperas manifiestan trato humanizado pre	
			puérperas manifiestan trato humanizado pos	
			experiencias significativa puérperas pos	
			respuesta a empatía	
			respuesta concepto parto humanizado	

		HUMANIZACIÓN Y EDUCACIÓN	respuesta a comentarios de humanización en compañeros aplicación de conocimientos en humanización dominio de conceptos de humanización	Human-Edu
EDUCACIÓN A DISTANCIA	EDUCACIÓN VIRTUAL	ALFABETIZACIÓN DIGITAL	equipo necesario para la conexión	Alfab-Dig
			uso correcto de plataforma	
			dificultades en uso de plataforma	
			recomendaciones a la plataforma	
		DISEÑO INSTRUCCIONAL EN EDUCACIÓN VIRTUAL	rol del docente	Dis-Ins-EduVirtual
			aprendizaje significativo, interactivo o colaborativo	
			evaluación y control de calidad	
			construcción de sentido de comunidad y comprensión	
			diseño flexible y por módulos	
			herramientas de apoyo a la participación en discusiones en la construcción de conocimiento	
			indagación progresiva de conceptos de estudiantes	
			participación activa del tutor	
			herramientas de apoyo para incentivar participación de estudiantes	
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD	compartir experiencias del ámbito laboral en salud	Edu-Virt-Sal		
	interacción entre áreas de la salud			
	formación de personal de la salud hacia el desarrollo humano			

Elaboración propia.

5.2. Resultados

Esta sección se presenta en cuatro partes:

- Exploración: hallazgos encontrados en la fase de exploración donde se expone el contexto del caso a analizar.
- Preparación: Resultados del análisis mixto sobre las condiciones generales previas a la implementación de la estrategia y se describe la caracterización de los participantes y exponiendo la implementación del diseño colaborativo del curso virtual.
- Intervención: Resultados del desarrollo del curso virtual de humanización materno perinatal y los procesos de aprendizaje de los participantes.
- Evaluación: Análisis del impacto del curso en los estudiantes y las mujeres gestantes de la institución y brindan las recomendaciones al proceso de formación virtual antes de ser implementado el curso a nivel departamental.

Análisis en la etapa de exploración

La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas es la institución de segundo nivel de atención del municipio más grande del departamento de Cundinamarca. Atiende diariamente mujeres de todos los tipos: jóvenes, migrantes, adultas, analfabetas, vulnerables, violentadas, entre otras; quienes acuden a este servicio las 24 horas del día en busca de una atención a su estado de salud relacionado con gestación, parto, cesárea, aborto o interrupción voluntaria del embarazo. Muchas de ellas asisten con sus hijos recién nacidos y en su recorrido por el hospital tienen contacto con diferentes trabajadores de la institución ubicados en áreas administrativas y asistenciales que, de manera directa, presencial o virtual, brindan asesoría, guía y atención a sus necesidades y las de sus hijos.

Las áreas donde los trabajadores de la institución y las mujeres gestantes con recién nacidos tienen mayor interacción son las relacionadas con el proceso de ingreso a la ESE como: personal de vigilancia y seguridad, área de admisiones, servicio al cliente, servicios generales, farmacia, laboratorio y consulta externa. El área asistencial es la que, junto con médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales, terapeutas y otros profesional y técnicos en salud, requiere un mayor tiempo de contacto con las mujeres y recién nacidos que visitan la ESE.

Siendo la Secretaría de Salud Departamental el ente articulador entre la administración central y las instituciones de salud municipales y posterior al diagnóstico brindado por los indicadores epidemiológicos de los eventos de interés en salud pública referentes a gestantes y recién nacidos, además de la necesidad de ser capacitados los trabajadores asistenciales pero también los que laboran en áreas donde las mujeres gestantes, mujeres en pos parto y recién nacidos tienen atención, se definió que para lograr un mayor impacto de humanización materno perinatal se incluyeran los profesionales, auxiliares, vigilantes, técnicos y demás trabajadores de los sectores administrativos de la ESE.

Este grupo heterogéneo de trabajadores de la ESE reflejó también la necesidad de contar con el apoyo articulado de la Gobernación de Cundinamarca y de diferentes áreas como la Secretaría de Prensa para la creación y edición de contenidos, la Secretaría de las TIC para lo referente al soporte técnico de la plataforma virtual y expertos en el área para la construcción de contenidos y actividades evaluativas.

Análisis en la etapa de preparación

Teniendo definido el grupo de participantes, 19 en total, que presentaban diversidad no solo en perfiles sino áreas ocupacionales, acceso y conocimiento tecnológico, entre otras variables, se

aplicó una encuesta de alfabetización digital y una encuesta de conocimientos pre curso para así caracterizar el grupo y definir una herramienta útil para todos los estudiantes.

Caracterización de los participantes

La encuesta individual pre curso tuvo dos objetivos: 1. Caracterizar los alumnos y 2. Promover en ellos la retroalimentación y recomendación de los participantes para ser tenidas en cuenta en el diseño, contenido y metodología del curso virtual de humanización materno perinatal.

Las características de los participantes del curso virtual fueron:

- La edad de las personas estaba en el rango de los 20 a los 59 años, la mayoría de ellos (37%) entre los 30 a 39 años.
- Los perfiles más representativos fueron profesionales, técnicos y auxiliares del sector salud, y dos de cada diez personas pertenecían al área administrativa o al área de seguridad y vigilancia.
- 1 de cada 4 personas manifestaron laborar tanto en el área administrativa como en la asistencial.
- El 100% consideró que el curso mejorará la humanización materno perinatal en el hospital.
- Se observó que el mayor porcentaje (95%) de los participantes conocía sobre humanización en salud en general, el 63% en humanización materna y el 47% en humanización perinatal.

Esto quiere decir que existe una necesidad de conocimiento en humanización materno perinatal sobre los conceptos de humanización en salud en población general. La percepción de

los estudiantes a la educación virtual fue positiva y a pesar de involucrarse personal administrativo, el personal asistencial fue el que en su mayoría participó en la creación del curso virtual de humanización materno perinatal.

En relación con el diseño de actividades evaluativas del curso virtual los alumnos prefirieron cuestionarios con preguntas cerradas (73.6%), ser evaluados en el transcurso del curso (47%) y también sugirieron que las evaluaciones permitieran dos intentos de realización (63%). Lo que significó para el diseño la necesidad de crear una guía por la tutora principal para los expertos donde allí redactaron diferentes preguntas evaluativas relacionadas a los contenidos priorizados. El formato utilizado fue el de pregunta de selección múltiple con única respuesta las cuales fueron revisadas por la investigadora quien designó cada pregunta a un cuestionario relacionado con el módulo. Al equipo de Secretaría de TIC también fue solicitado un segundo intento en el desarrollo de las actividades evaluativas dentro de la plataforma.

Respecto al uso del foro en el curso virtual el 95% de los estudiantes respondieron que fuera recordada su participación vía mensaje de texto y correo electrónico y se observó que para 2 de cada 10 participantes fue la primera vez que participó en un curso virtual. Por tal motivo se escogió a uno de los estudiantes que por primera vez participó de esta modalidad para realizarle la entrevista pre curso y tener en cuenta sus comentarios en favor del diseño del curso, y también se definió que la tutora principal enviaría de manera periódica, según necesidad (diaria, semanal), recordatorios de participación en el foro y en el curso virtual a tanto vía e-mail como mensajes de texto.

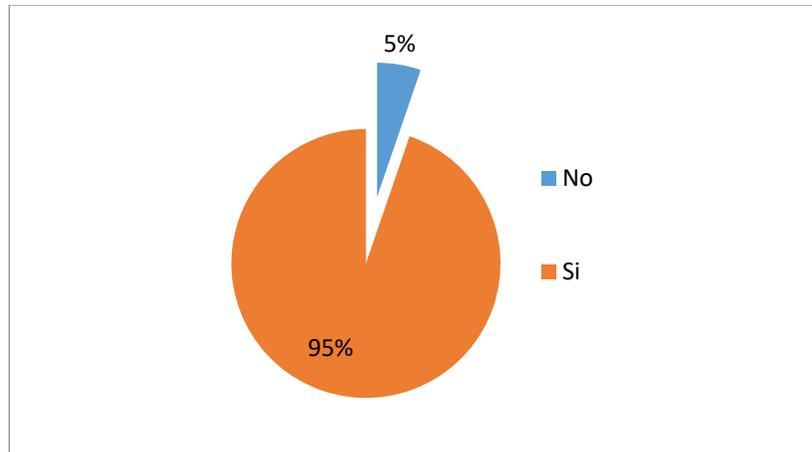


Figura 15. ¿Sería de su agrado que se les recordara la participación y compromisos en el curso mediante mensaje de texto, e-mail u otro medio? estudiantes curso virtual de humanización materno perinatal, 2020

El 84% de los participantes consideró que el curso virtual de humanización perinatal debía durar 4 semanas, priorizando los temas de: empatía, deberes, parto humanizado, manejo del duelo, signos de alarma y marco legal donde las herramientas virtuales con mayor preferencia por los encuestados fueron los foros y videos.

Gracias a esta información se pudieron definir los cuatro módulos con los que contó el curso virtual, programando una semana por módulo y priorizando los temas en conceptos generales que agruparan cada módulo, también fue posible definir los perfiles de los expertos y solicitar a cada uno el desarrollo del tema específico a abordar.

Los participantes además realizaron contribuciones relacionadas con la metodología del curso y plataforma virtual como “que sea dinámico, simple, participativo y didáctico”, hicieron la solicitud de contar con un chat compartido para mejorar la comunicación y fueron reiterativos en no encontrar en el curso solo contenido escrito. También propusieron prescindir de actividades sincrónicas y mejor disponer de actividades asincrónicas solicitando que el curso contara con un contenido “claro y preciso”.

Con esta información se trabajó en conjunto con los expertos recibiendo también de ellos ideas para los foros participativos con entrevistas reales, presentaciones en Power Point con apoyo sonoro, videos explicativos y material de apoyo didáctico y conciso que fuera entendible por todos los tipos de estudiante. Con respecto al “contenido claro y preciso” también se recibieron aportes de la Secretaría de prensa quienes dieron recomendaciones en el diseño de los videos, presentaciones y diseño de la plataforma, con la creación de un logo que le dio al curso una imagen gráfica y con ella la particularidad y diferenciación con los demás cursos ofertados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

La Secretaría de TIC creó en la plataforma Moodle espacios para foros técnicos relacionados con resolución de dudas o fallas técnicas y la opción para que cada estudiante creara su propio perfil dentro de la plataforma y pudiera comunicarse con sus compañeros del curso y con la tutora principal.

La encuesta de alfabetización digital fue otro instrumento aplicado a los participantes previo diseño del curso virtual. Los resultados de esta técnica arrojaron la siguiente información que fue clave en el diseño del curso virtual de humanización materno perinatal:

- El 100% de los estudiantes contaba con equipo celular y acceso de internet en casa.
- El 50% de ellos accedía a internet desde su lugar de trabajo
- 8 de cada 10 participantes poseía computador en el trabajo o en casa.
- En cuanto al dominio de herramientas TIC para plataformas de enseñanza los participantes registraron que a veces las dominaban y el porcentaje de dominio fue bajo en campus virtuales.

En relación con el uso de los recursos TIC, los participantes manifestaron que al conectarse al internet de su hogar los recursos eran utilizados en su mayoría (32%) para entretenimiento y ocio y en el caso de teléfonos celulares estos eran usados en su mayoría para comunicación (31%).

Tabla 12. Recursos TIC alumnos curso virtual de humanización materno perinatal, 2020

Tiene celular	100%
Tiene computador de escritorio en casa	73%
Tiene computador portátil personal	78%
Tiene tableta personal	31%
Tiene computador en trabajo	84%
Tiene Internet en casa	100%
En el trabajo tiene acceso a internet	52%

Prueba de alfabetización digital, 2020.

Con esta información y junto con un trabajo articulado con Secretaría de TIC se definió utilizar la herramienta Moodle por su facilidad de uso en principiantes de educación virtual y adicional también se priorizó por su uso versátil en celulares. Se definió, además, diseñar el curso con todos los recursos de tipo asincrónico tanto por lo expuesto en la encuesta pre curso como por la razón dada por los participante de que no todos los estudiantes podían conectarse a internet desde sus lugares de trabajo sino que desde sus hogares podían realizar la revisión de contenidos y la realización de las actividades de aprendizaje en cualquier horario.

Siendo las mujeres gestantes y sus recién nacidos los beneficiados de una mejor atención posterior al curso, se definió como necesidad contar con su diagnóstico previo a la creación del curso. Se realizaron diez encuestas a mujeres gestantes y en posparto dentro de las instalaciones del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, como usuarias en contacto directo con los

participantes que realizarían el curso virtual. Este proceso arrojó los siguientes resultados relevantes:

- A pesar que el 100% de ellas manifestó que la actitud del personal tiene un efecto positivo en ellas, una de las maternas hizo una salvedad hacia los médicos residentes (médicos que estudian especialidades médico quirúrgicas y rotan de manera clínica en el hospital).
- Al indagar sobre empatía hacia su situación de salud 6 de las 10 entrevistadas afirmó que sí tuvo un trato empático.
- El 10% de ellas manifestó que la comunicación del personal no fue positiva y de confianza.
- 2 de 10 personas entrevistadas consideró que el personal del hospital no las atendió con el tiempo que se merecían.
- El 80% de las mujeres encuestadas afirmó que recibieron un trato humanizado.

También se observó que las mujeres encuestadas relacionaban un trato no humanizado con la no explicación de procedimientos previos a su realización, no permitir la compañía de familiares en la institución y la presencia de barreras de atención. Ninguna de las entrevistadas manifestó maltrato por parte del personal del hospital.

A partir de esta información se definió que el curso debía contar con un módulo exclusivo de parto humanizado y no dejar este concepto solo como un tema. En este módulo se abordarían temas como buenas prácticas en los trabajadores de las instituciones de salud en favor de la humanización materno perinatal, especificando temas dirigidos a las mujeres gestantes como a los recién nacidos.

En cuanto a las preguntas con respuesta cualitativa se evidenció que la Materna 4⁴ fue quien solicitó, en los cuatro cuestionamientos abiertos, “más atención” poniendo énfasis en el personal de enfermería y considerando que debe realizarse un mejoramiento del trato por parte del personal médico. Las demás participantes solicitaron un “trato más humano”, resaltando en su mayoría el trato por parte del personal de enfermería y considerando que se debe mejorar el trato por parte de “aprendices”.

Esto mostró que el nivel de satisfacción con el trato humanizado no era del 100% y que las mujeres gestantes y en posparto consideraron que, no solo deben capacitarse los trabajadores de la ESE, sino también a los estudiantes de las escuelas y universidades que rotan en los diferentes servicios de la institución de salud.

Otros aportes significativos fueron las experiencias recolectadas mediante las entrevistas realizadas a dos estudiantes antes de crear el curso lo cual brindó herramientas para el diseño y contenido del curso. Se observó la importancia que tenía para ellos la humanización en servicios de salud, la educación virtual, ser parte del diseño colaborativo del curso, la perspectiva de aprendizaje en el curso, la intención de interacción con sus compañeros y tutores, la metodología y la plataforma virtual. Se destacan algunos puntos clave como:

- La necesidad de conceptos claves en humanización materno perinatal.
- Las expectativas de la implementación del curso en los participantes encuestados fue alta y esperanzadora hacia el cambio de comportamientos de humanización materno perinatal.

⁴ Se guarda la confidencialidad de la identidad de la entrevistada

- La necesidad de contar con un acompañamiento continuo durante la participación en el curso virtual por parte de la tutora principal.
- La importancia de una metodología crítica y contextualizada basada en casos que ocurren en la vida real.

Además de sentirse satisfechos haciendo parte del proceso de la creación del curso, resaltaron las ventajas de contar con un curso virtual con actividades asincrónicas que les permita un mejor uso del tiempo y disposición para realizarlo.

Estos aportes fueron tenidos en cuenta para la creación de foros dinámicos donde los estudiantes opinaron acerca de casos reales y les permitió además retroalimentarse con los comentarios de sus compañeros y la tutora principal. También demostraron la necesidad del acompañamiento permanente de la investigadora o tutora principal en todo el proceso de intervención en el curso virtual y sus actividades.

Análisis en la etapa de intervención

Luego de crear los contenidos, diseñar las actividades evaluativas, preparar los recursos y videos introductorios, disponer el material de apoyo, crear los foros de debate, se dispuso el material en la plataforma Moodle y se dio la bienvenida mediante correo electrónico a los participantes al primer curso de humanización materno perinatal gratuito del país.

Cada uno de los participantes tuvo acceso a la plataforma por medio de un usuario y contraseña asignados con el número de cedula. Diariamente la tutora principal revisaba las actividades y aportes de sus estudiantes siendo participativa y retroalimentando constantemente las opiniones brindadas por los alumnos. También se les recordó a los participantes, vía mensaje de texto o e-mail, la importancia de completar las evaluaciones, foros o cuestionarios. Con el

apoyo de la Secretaría de TIC se brindó soporte técnico ante fallas relacionadas con la plataforma y dificultades de acceso como contraseñas bloqueadas

Durante la fase de intervención del curso de humanización materno perinatal se establecieron relaciones importantes entre el aprendizaje adquirido por los participantes por medio de interacciones en el curso como los foros dinámicos, que permitieron conocer la opinión de los participantes sobre las experiencias mostradas por ejemplo en la entrevista a la mujer con dos muertes perinatales, quien narró paso a paso cómo se sintió en la atención brindada por una institución de salud del país. También el caso de las experiencias negativas de diferentes mujeres violentadas durante el trabajo de parto en Colombia. En los foros los participantes expresaron también empatía con las situaciones y deseo de que esas experiencias no se repitan, manifestaron que desconocían cómo “marcaba” a una mujer un trato deshumanizante y dialogaron con sus compañeros y tutora principal sobre alternativas para mejorar el trato a las mujeres desde sus respectivas áreas de trabajo.

Se evidenció en el foro interactivo cómo los participantes pudieron reconocer tratos deshumanizantes hacia mujeres gestantes y en recién nacidos fuera del ámbito de las instituciones de salud (imagen más comentada de una gestante en transmilenio de pie mientras las personas a su alrededor la ignoraban sin ceder la silla), la historia de cómo en algunas oficinas las mujeres gestantes o con recién nacidos no cuentan con fila prioritaria y deben realizar largas filas por un turno u autorización para su atención o la de sus hijos. Es evidente que al contar con un grupo interdisciplinario se relacionó en mejor medida el logro de un objetivo en educación en humanización desde diferentes puntos de vista derivados de experiencias administrativas y asistenciales.

Con respecto a los tres cuestionarios evaluativos presentes en los módulos del curso virtual se evidenció que 15 de 17 estudiantes presentaron un promedio de calificación mayor a 9/10 y aproximadamente el 70% de ellos usaron la segunda opción de realización del cuestionario donde la segunda nota fue mayor a la del primer intento.

Solo dos estudiantes no completaron el curso en su totalidad. La investigadora los contactó por distintos medios y durante diferentes momentos mediante recordatorios de mensajes de texto y llamadas telefónicas sin embargo no se logró el cumplimiento de ingreso a las actividades. Estos estudiantes no manifestaron fallas técnicas y respondieron que la falta de tiempo era una de las causas del no ingreso a las actividades del curso.

Al finalizar las cuatro semanas de desarrollo del curso se observó que algunos estudiantes quedaron pendientes por desarrollar algunas actividades evaluativas y dos de ellos escribieron a la tutora principal solicitando un tiempo adicional. Por este motivo se brindó al grupo completo una ampliación de una semana más para completar las actividades. La Secretaría de TIC realizó el ajuste y la investigadora informó al total de los estudiantes para que completaran su proceso.

Análisis en la etapa de evaluación

Al terminar el curso se solicitó a los participantes el diligenciamiento de una encuesta de satisfacción en la cual 16 de los 19 participantes que culminaron el curso respondieron de manera voluntaria y expresaron, en su mayoría (87%), conformidad con los expertos, el conocimiento y manejo del tema y la claridad con lo explicado. Se observó que 12 de los 16 estudiantes calificaron como excelente algunas variables de satisfacción de entre expectativas, aplicabilidad y profundidad del curso virtual.

Tabla 13. Valoración temas curso virtual de humanización materno perinatal

TEMA			
Variable	Satisfacción de mis expectativas frente al tema	Aplicabilidad del tema tratado	Profundidad en los temas tratados
Excelente	62%	81%	56%
Bueno	38%	9%	44%
Deficiente	0%	0%	0%

Encuesta de satisfacción, 2020

Teniendo en cuenta la valoración realizada por los estudiantes a los contenidos del curso virtual se observó una calificación positiva en el 80% de los alumnos. En relación con las actividades y el proceso de aprendizaje un 87% manifestó estar de acuerdo con que las actividades fueran relevantes, útiles e interesantes en su proceso de aprendizaje. El 69% de los estudiantes tuvo la posibilidad de interactuar con sus compañeros durante el curso y por diferentes medios como encuentros presenciales, redes sociales, e-mail pero la mayoría de ellos lo realizó gracias a los foros.

Los estudiantes que solicitaron apoyo de la tutora principal expresaron contar con ayuda pertinente y eficaz. En relación con el lugar donde más se accedió al curso, se observó que el hogar fue el más usado por los estudiantes y en menor medida el lugar de trabajo. Las sugerencias y comentarios recibidos fueron positivos resaltando el trabajo colaborativo tanto de los estudiantes como de los expertos pues abrieron las puertas a la realización de cursos similares.

Tabla 14. Sugerencias y comentarios curso virtual de humanización materno perinatal

Participante	SUGERENCIAS Y COMENTARIOS
Participante Q	El curso de humanización materno perinatal, permitió que pudiera sensibilizar a parte de mi equipo de trabajo con el fin de tener una mejor intervención con el paciente y su familia
Participante K	Excelente curso y dominio de los expositores, me siento contenta porque es aplicable a mi trabajo.
Participante R	Son buenos estos cursos, adquirimos más conocimientos.
Participante Ñ	Que se continúen permitiendo el acceso a esos cursos ya que se ayudan en el desarrollo de actividades diarias y mejor calidad del servicio.

Encuesta de satisfacción, 2020

Además, se realizaron entrevistas⁵ de manera voluntaria a dos estudiantes y dos mujeres en pos parto atendidas en la ESE por algunos de los participantes del curso virtual. Con respecto a lo expresado por los estudiantes fue representativo cómo ambos de ellos manifestaron que, adicional al curso, también se debería contar en las instituciones de salud con mayor número de recurso humano en sus servicios y la importancia de contar con insumos suficientes para una mejor atención y aplicar lo aprendido en el curso virtual.

En relación con el diseño del curso virtual uno de los participantes entrevistados hizo un comentario para el mejoramiento del mismo: “de pronto algo que yo cambiaría o mejoraría sería la presentación de algunos temas, fue mucho video y no tenía como un soporte de lo que estaban diciendo a nivel visual” lo que refleja que, a pesar del uso en su mayoría de videos, este puede

⁵ Entrevistas telefónicas debido al aislamiento preventivo de la pandemia COVID 19, los participantes accedieron a que fueran grabadas.

ser monótono si solo se ve al experto hablar y no se usan imágenes de apoyo que amplíen o ejemplifiquen lo expresado por el orador.

En la entrevista final los estudiantes resaltaron de su aprendizaje el uso de foros, pues aprendieron colaborativamente y con actividades reales que permitieron una mejor comprensión e interacción entre los participantes. Se destacó que el uso de mensajes de texto fue una acción importante para recordar la participación en las actividades y garantizar la permanencia del participante en el curso. "Me parece pertinente porque considero que a veces en el medio del día a día de nuestro trabajo y obligaciones y de mas, puede que se nos pase"⁶.

En las entrevistas realizadas a las mujeres posparto atendidas en la ESE por participantes del curso se observó que las entrevistadas compartieron la opinión con los estudiantes del curso en mostrar la carga laboral del personal de la ESE como una barrera para la humanización en la atención materno perinatal.

También se recibieron comentarios a favor de la atención recibida destacando esta vez las labores del personal de enfermería, de medicina, de psicología, entre otros; lo cual contrasta con los resultados descritos en la encuesta pre curso con esta misma población. Este resultado se observa como positivo puesto que demostró una mejoría en la percepción de la atención en personal de la medicina y se resaltó a otros perfiles que fueron parte del curso de humanización.

Al pedirles a las mujeres usuarias realizar un comparativo con atenciones en el pasado en la misma institución resaltaron el cambio positivo y el trato humanizado: "Sí considero que me

⁶ Estudiante 2

están atendiendo bien, porque nunca había visto este trato aquí en este hospital, porque mi hermana estuvo aquí y hasta ahora veo esta atención más humanizada".⁷

⁷ Entrevistada 2.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación se presentan en cuatro partes. La primera de ellas muestra como fue el proceso de implementación del curso virtual, en la segunda parte se describe la relación que se da entre la construcción colaborativa del curso virtual y el proceso de aprendizaje de los participantes, seguida de la tercera parte donde se brindan las recomendaciones a los procesos de formación virtual dirigidos a empleados de instituciones de salud de Cundinamarca. Y en el cuarto y último segmento se describe la manera en que la implementación del curso virtual de humanización materno perinatal influyó en la prestación del servicio de salud de madres gestantes y recién nacidos de la ESE HMGY.

6.1. Implementación del curso de educación continua en modalidad virtual y de enfoque participativo

Durante la implementación del curso de humanización materno perinatal se diseñó un procedimiento interdisciplinario que contó con el apoyo de los participantes (estudiantes) como también de otros actores: enfermeros, camarógrafos, psicólogos, ingenieros de sistemas, médicos, editores telemáticos, comunicadores sociales y programadores que aportaron su conocimiento con el fin de modelar un proceso capaz a responder a las necesidades de los participantes y cumplir con el objetivo de aprendizaje.

Por tal motivo y durante la primera fase relacionada con la creación del material educativo del curso virtual posterior a la tabulación de los aportes registrados por los estudiantes y equipo interdisciplinario; se determinó el uso de material audiovisual que combinó la proyección de imágenes con estímulos auditivos. Fue determinante el rol de la tutora principal quien debió involucrar a todos los miembros para que estos se sintieran partícipes y útiles en el cumplimiento de objetivos, que es lo que permite el enfoque del trabajo colaborativo (Jiménez, 2009, pág. 99).

La asignación de roles a los expertos se estableció teniendo en cuenta su conocimiento y formación profesional, estableciendo una mejor calidad de material educativo. Se contó con personal idóneo en la creación de material audiovisual, quien realizó la grabación, procesamiento y edición final del material educativo teniendo en cuenta su formación profesional o técnica.

La tutora principal (investigadora) contó con un alto nivel de conocimiento de la temática central del curso y de alfabetización digital, para articular, caracterizar y priorizar la información aportada por los estudiantes y expertos. Ella también diseñó y proporcionó a los expertos una guía que ofreció claridad en el objetivo y lineamientos del contenido de material educativo audiovisual como lo fue la duración, el lenguaje a utilizar, el uso del guion y la expresión corporal, también entregó la guía de preguntas evaluativas, material de apoyo y solicitó una bibliografía actualizada.



Figura 16. Creación del material educativo del curso virtual de humanización materno perinatal

Posterior a ello se dispuso en la plataforma Moodle todo el material creado y previamente avalado por la tutora principal dando inicio al curso virtual junto con el apoyo de la Secretaría de TIC. Esta segunda etapa contó con acciones clave que permitieron el debido direccionamiento de los participantes como el apoyo desde la Secretaría de TIC en la creación de usuarios y claves para acceso a la plataforma virtual; el seguimiento a necesidades técnicas y metodológicas durante el curso las cuales fueron respondidas por la tutora principal con apoyo de los expertos relacionados; y por último la revisión y evaluación de cada una de las actividades de los cuatro módulos por parte de la tutora principal, las cuales fueron valoradas algunas de manera manual (foros y aportes a actividades interactivas) y otras de forma automática (cuestionarios).

6.2. Descripción de la relación entre la construcción colaborativa del curso virtual y los procesos de aprendizaje logrados

El realizar el curso virtual de humanización materno perinatal y posterior a realizar el análisis, se observó una relación directa entre el proceso de construcción colaborativa del curso de humanización materno perinatal y el aprendizaje de los participantes, como también se observaron relaciones asociadas entre la educación virtual en salud, la humanización en servicios de salud y la educación virtual en salud.

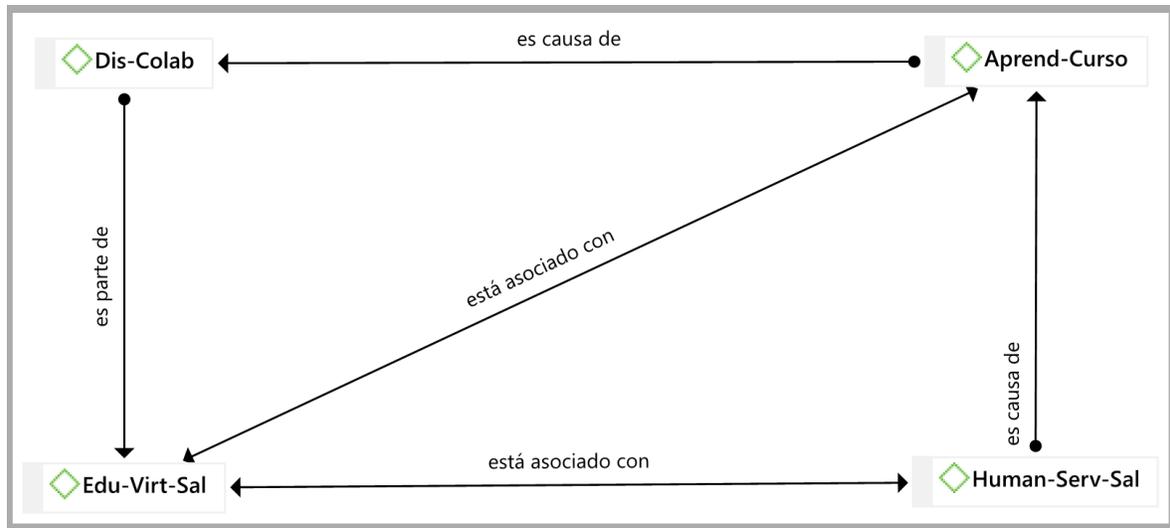


Figura 17. Relación presentada durante la construcción colaborativa del curso virtual de humanización materno perinatal

Estas relaciones estuvieron definidas por los siguientes hallazgos extraídos tanto de los datos recolectados y categorizados, la teoría revisada, como de las observaciones realizadas por la tutora principal durante todo el transcurso de la investigación:

- El aprendizaje logrado en los participantes fue influenciado en gran medida por los aportes brindados de manera colaborativa en el proceso del diseño, implementación y evaluación del curso virtual de humanización materno perinatal.
- El realizar un curso virtual de educación en humanización colaborativo previo a una encuesta de alfabetización digital permitió realizar no solo un diagnóstico del conocimiento tecnológico de los estudiantes, sino que proveyó a la tutora principal de datos relevantes para incluir en todo el proceso de creación del curso virtual.
- Para el personal de salud acceder a la educación virtual de manera asincrónica permitió una mejor y mayor participación debido al poco tiempo con el que se cuenta para

participar de encuentros sincrónicos debido a horarios laborales y demás responsabilidades.

- La herramienta de foro virtual fomentó en los estudiantes la interacción con otros participantes y la tutora principal.
- Los foros de evaluación donde se solicitó a los participantes interactuar mediante apoyos multimedia con casos reales como el cargue de fotos, videos y demás instrumentos multimedia permitieron un mejor objetivo de aprendizaje direccionado a la humanización materno perinatal.
- Fue clave mantener una buena y permanente comunicación entre la tutora principal y los participantes del curso virtual no solo en los foros para contrastar puntos de vista sino también en la resolución de interrogantes, recordatorios de acceso a la plataforma y cumplimiento de actividades.
- Salieron a flote variables externas que generaron barreras en la implementación de un trato humanizado en la población materna y en recién nacido como la carga laboral y la falta de insumos en las instituciones de salud.
- Fue necesario contar con colaboración externa a los participantes como a brindada por los expertos y los profesionales y teóricos de la Secretaría de TIC y la Secretaría de prensa de la Gobernación de Cundinamarca.
- El trabajo colaborativo en un curso virtual de humanización en salud reflejó una articulación de diferentes actores permitiendo mejores resultados en el aprendizaje de los participantes.

6.3.Recomendaciones a los procesos de formación virtual dirigidos a empleados de las instituciones de salud del departamento de Cundinamarca

Siendo las Secretaría de Salud Departamental de Cundinamarca una institución que cuenta con las herramientas técnicas y el aval nacional para brindar educación continua al personal que labora en el área de la salud, esta investigación aporta orientaciones al diseño e implementación de posteriores cursos virtuales dirigidos a empleados de las instituciones de salud de Departamento.

Las siguientes son recomendaciones obtenidas de los datos analizados durante todas las fases de la investigación.



Figura 18. Articulación de recomendaciones realizadas el curso virtual de humanización materno perinatal.

- Es necesario capacitar en temas relacionados al sector salud a los trabajadores de la ESE en todos los servicios de atención incluidos los trabajadores que laboran en las aéreas administrativas.

- Los estudiantes de las escuelas técnicas y universidades que realicen rotación o prácticas en las instituciones de salud también deben considerarse para ser capacitados junto con los demás trabajadores de la institución de salud.
- En la creación de un curso relacionado con educación virtual en salud influye de manera positiva contar con un equipo interdisciplinario en la creación y socialización de conceptos y creación de contenidos.
- Al realizar material educativo no solo es necesario contar con el conocimiento de expertos en los temas a tratar, sino que se debe trabajar conjuntamente con personal experto en creación de contenido dinámico, didáctico y llamativo como lo son los comunicadores sociales, editores y expertos en sistemas audiovisuales.
- Se debe contar con apoyo técnico en sistemas de tecnologías de la información para solucionar aspectos relacionados al funcionamiento de la plataforma virtual, fallas técnicas y cargue de contenido en Moodle.
- El video es una excelente herramienta para explicar contenido temático en salud en una plataforma de educación virtual en salud, sin embargo, es importante el uso de imágenes de apoyo distintas al orador o presentador para evitar agotamiento, monotonía y distracción en los temas expuestos.
- Antes de crear un curso en educación virtual en salud es clave conocer los recursos tecnológicos y de conectividad con los que cuentan los participantes y sus experiencias tecnológicas previas.
- Si se quiere contar con una mayor participación y lograr mejores resultados en un grupo a intervenir relacionado a personal que labora en salud se recomienda previo a la creación

de un curso en educación virtual conocer los aportes, comentarios y recomendaciones que los estudiantes puedan brindar.

- También es necesario conocer un diagnóstico previo y posterior de las personas beneficiadas de la educación, en este caso las mujeres gestantes y posparto, medir el impacto de la estrategia educativa virtual.
- Es clave la participación líder de un tutor principal con un perfil en el área de la salud y formación en educación, el cual será encargado de articular los aspectos educativos como tecnológicos en la creación, implementación y evaluación del curso.
- En este tipo de procesos se deben considerar los procesos de inducción y reducción puesto que el personal de la ESE en algunos momentos rota por diferentes instituciones del país.
- El uso de foros como herramienta de aprendizaje es relevante en el logro de objetivos educativos en participantes de un curso virtual de educación en salud, más si se usa como herramienta evaluativa permitiendo a los estudiantes interactuar y cargar información con casos reales.

6.4. Incidencia del curso de humanización materno perinatal en la prestación del servicio de salud de madres gestantes y recién nacidos en la ese HMGY

Basado en los indicadores entregados por el grupo de calidad de la atención de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha en la rendición de cuentas de 2019 se observa una mejora de cinco puntos porcentuales para el cierre del año 2019. Si hablamos de satisfacción global, es de aclarar que, no solo es un reflejo de la implementación del curso virtual de humanización materno perinatal, sino además de diferentes estrategias implementadas para que

los usuarios reciban una mejor atención como la oportunidad en la atención y seguridad del paciente en otras aéreas.

Cabe resaltar que el flujo de atención de mujeres gestantes y de posparto de la ESE es un número considerable a comparación de otros servicios, esto teniendo en cuenta que la institución presta servicios de salud de primer y segundo nivel a dicha población.

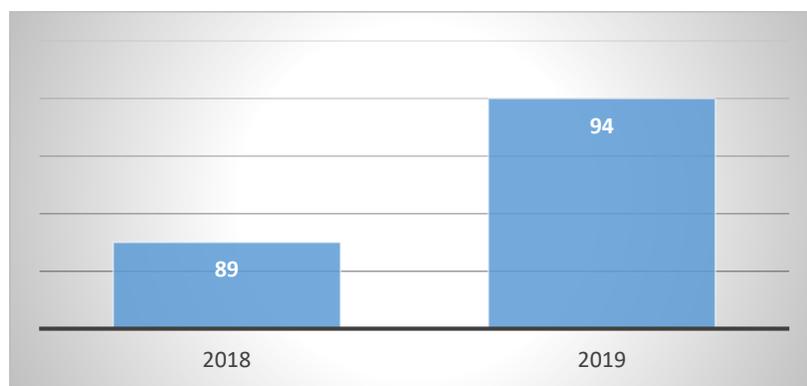


Figura 19. Indicador de satisfacción global HMGY 2018-2019

Con respecto al número de Peticiones Quejas Reclamos y Sugerencias recibidas por el grupo de calidad de la ESE se presentó una reducción de 37 PQRS recibidas en 2019 en comparación con las allegadas en 2018 (89 PQRS). Lo que más llama la atención es que del total de esas PQRS en 2019, 66 (11%) constituyen felicitaciones relacionadas con el proceso de atención humanizada y de calidad.

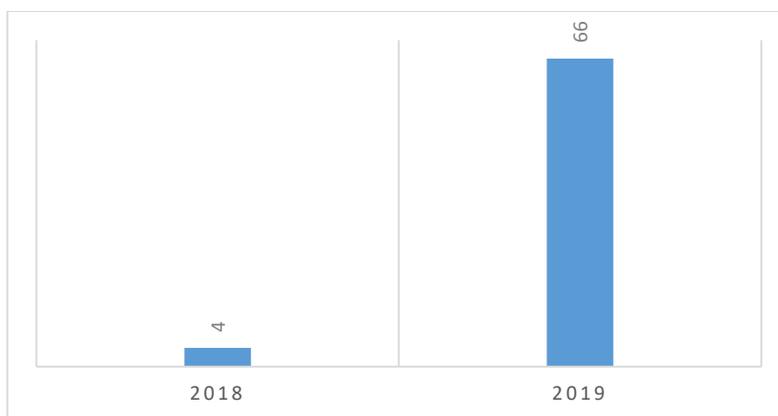


Figura 20. Porcentaje de motivo de PQRs por felicitaciones HMGY 2018-2019

Adicionalmente se recogen los comentarios entregados en las entrevistas pos curso virtual a dos mujeres en el servicio de pos parto atendidas en la ESE que expresaron “me atendieron de manera humana, no fueron esquivos a lo que yo necesitara, siempre estuvieron ahí”⁸ “sí, considero que me están atendiendo bien, porque nunca había visto este trato aquí en este hospital, porque mi hermana estuvo aquí y hasta ahora veo esta atención, mas humanizada”⁹. Lo anterior soportado en los indicadores de calidad de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas y los análisis posteriores a la implementación del curso en los participantes, muestran una incidencia positiva no solo en los participantes del curso virtual de humanización materno perinatal sino también en las madres gestantes y pos parto atendidas en la institución.

⁸ Materna 1 encuesta pos curso de humanización materno perinatal

⁹ Materna 2 encuesta pos curso de humanización materno perinatal

7. BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, M. (2009). *Importancia del diseño instruccional en ambientes virtuales de aprendizaje*.
- Amaro, R. (2011). *La planificación didáctica y el diseño instruccional en ambientes virtuales*.
<https://www.redalyc.org/pdf/658/65830335002.pdf>
- Angulo, J., Vales, J., Acosta, C., & Garcia, R. (2015). *Aportes y reflexiones sobre la educación mediada por las tecnologías*.
- Ardura, D., & Zamora, Á. (2014). ¿Son útiles los entornos virtuales de aprendizaje? Evaluación de una experiencia en la enseñanza y el aprendizaje de la Relatividad. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 83-93.
- Arredondo, C. P., & Siles, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36.
- Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36.
- ATLAS.ti. (2020). What is ATLAS.ti. *ATLAS.ti*. <https://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti/>
- Avella, L., & Parra, P. (2013). *Tecnologías de la información y la comunicación (tics) en el sector salud*.
- Avila, G. (2017). *Protocolo de vigilancia en salud publica Mortalidad Materna*.
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20materna_.pdf
- Balhuerdís, C. P., Machado, N. R., & Padilla, M. E. G. (2014). *Formación de valores en estudiantes de las ciencias médicas a través del Aula Virtual de Salud*. 19.
- Barriga, F. D., & Ramírez, L. M. (2008). *Aprendizaje colaborativo en entornos virtuales: Un modelo de diseño instruccional para la formación profesional continua*. 47, 8.
- Barrios, S., Masalán, M. P., & Cook, M. P. (2011). Educación en salud: en la búsqueda de metodologías innovadoras. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 57-69. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000100007>

Belloch, C. (2017). *Diseño Instruccional*.

<http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1321/EVA4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bracarense, C. F., Duarte, J. M. G., Soares, H. M., Côrtes, R. M., & Simões, A. L. de A. (2014). La humanización en el proceso de formación académica de los profesionales de la salud. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 18(40), 72-81.

<https://doi.org/10.7184/cuid.2014.40.10>

Cabrera, B., & Mazzarella, C. (2001). *Vygotsky: Enfoque sociocultural*L. 41-44.

Cabrero, J. (2007). Las necesidades de las TIC en el ámbito educativo: Oportunidades, riesgos y necesidades. *Tecnología y Comunicación Educativas*, 19.

Carabantes C, J., Guerra U, M., & Guillou, M. (2010). Desarrollo de un sistema de educación a distancia en el sector público de salud: 2004-2009. *Revista médica de Chile*, 138(9), 1148-1156.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000900011>

Castillo, E. Y., Ean, U., & Ortiz, D. H. B. (2016). *De la educación tradicional a la educación mediada por TIC: Los procesos de enseñanza aprendizaje en el siglo XXI*. 16.

Ceballos, P. A. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería*, 16(1). <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>

Chaves Salas, A. L. (2011). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. *Revista Educación*, 25(2), 59. <https://doi.org/10.15517/revedu.v25i2.3581>

Chica, F. (2010). *Factores de la enseñanza que favorecen el aprendizaje autónomo en torno a las actividades de aprendizaje*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3709190>

Correa, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: Un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1227. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

Cundinamarca, G. (2019). *Escuela Virtual*. Cundinamarca.

<http://aulavirtual.cundinamarca.gov.co/aulavirtual32/moodle/>

- Davini, M. C. (s. f.). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. 21.
- Diaz, J. (2011). Modelos pedagógicos en educación a distancia. 7, 12.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4172377>
- Echeverria, J. (2000). Educación y tecnologías telemáticas. 24.
<https://rieoei.org/historico/documentos/rie24a01.htm>
- Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa*. Lalón.
- Gros, B. (2005). *El aprendizaje colaborativo a través de la red: límites y posibilidades*. 16.
- Gros, B., & Adrian, M. (2004). *Estudio sobre el uso de los foros virtuales para favorecer las actividades colaborativas en la enseñanza superior*. 5.
<https://revistas.usal.es/index.php/eks/article/view/14357/14743>
- Guerrero, C. S. (s. f.). *Aprendizaje cooperativo e interacción asíncrona textual en contextos educativos virtuales*. 15.
- Guerrero, R., Meneses, M. E., & De La Cruz, M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 133. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- Guevara, E. B. S. (s. f.). *El trabajo independiente en el proceso de enseñanza- aprendizaje*. 10.
- Hernández Requena, S. R. (2008). The constructivist model and the new technologies, applied to the learning process. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 5(2).
<https://doi.org/10.7238/rusc.v5i2.335>
- internetya. (2018). *¿Por qué elegir Moodle como plataforma de formación virtual?* Inrernet Ya.
<https://www.internetya.co/7-razones-de-por-que-escoger-moodle-como-plataforma-de-formacion/>
- IPS HMGY. (2020). *Hospital Mario Gaitan Yanguas*. <http://www.hmgyc.gov.co/humanizacion.php>
- Lasso, E., Munévar, P., Rivera, J., & Sabolgal, A. (2017). *Estado del arte sobre la articulación de modelos, enfoques y sistemas en educación virtual* [Educación].
<https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/article/view/1969>

Ley-1122-de-2007.pdf. (s. f.). Recuperado 18 de abril de 2020, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Lorenzo, C. R. (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación*. 31(01), 13.

Macias, M., Galarza, G., Haro, J., Quishpe, M. del C., Piloso, F., & Triviño, B. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. 3, 4.

Marquez, P. (2012). *Impacto de las TIC en la educación: Funciones y limitaciones*.

Minsalud. (2016a). *Minsalud. salud materna*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

Minsalud. (2016b). *Páginas—Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Minsalud. (2016c). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud*.

Minsalud. (2018a). *Observatorio Nacional de Calidad en Salud*.

<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

Minsalud. (2018b). *Rutas Integrales de Atención en Salu RIAS*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

Minsalud. (2020). *Páginas—Prestación de servicios*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>

MoodleDocs. (s. f.). *Filosofía—MoodleDocs*. Recuperado 31 de mayo de 2020, de

<https://docs.moodle.org/all/es/Filosof%C3%ADa>

Muñoz, M., & Vidal, M. J. (2016). *Plataformas de trabajo colaborativo para la dirección en Salud, aprender desde la educación virtual*. INFODIR.

Naranjo, I., & Ricaurte, G. (2006). *La comunicación con los pacientes*.

<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>

- Navarro, A. L., Pabst, R. M. del A., Zamorano, Y. M., Veliz, L. P., Moreno, E. R., & Lobato, I. V. (2016). Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(1), 29-34. <https://doi.org/10.22235/ech.v5i1.1190>
- Oliveros Donohue, M. Á. (2016a). Humanización de la Pediatría. *ACTA MEDICA PERUANA*, 32(2), 85. <https://doi.org/10.35663/amp.2015.322.133>
- Oliveros Donohue, M. Á. (2016b). Humanización de la Pediatría. *ACTA MEDICA PERUANA*, 32(2), 85. <https://doi.org/10.35663/amp.2015.322.133>
- Olvera, M. (2013). *Desarrollo de los Adolescentes IV Procesos Cognitivos*. <https://url2.cl/iTiud>
- ONU. (2018). *Salud y Bienestar*. Objetivo 3: Salud y bienestar. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- OPS. (2012). *Educación para la salud con enfoque integral*.
- Palacios, A. M. P. (s. f.). *Cuidado humanizado a la paciente gineco-obstetra del hospital san vicente de paúl, según la teoría de watson*. 107.
- PNUD. (2020). *Objetivos de Desarrollo Sostenible / PNUD*. UNDP. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Raynaudo, G., & Peralta, O. (2017). Cambio conceptual: Una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. *Liberabit*, 23(1), 110-122. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.10>
- Reyes, N. (2014). *Motivación del estudiante y los entornos virtuales de aprendizaje*. <http://www.virtualeduca.info/fveduca/es/tematica-2013/98-la-educacion-virtual-una-cuestion-de-calidad-/618-motivacion-del-estudiante-y-los-entornos-virtuales-de-aprendizaje>
- Rincón, D. (2019). *Nodo de Humanización Cundinamarca* [Comunicación personal].
- Rozo de Arévalo, C. (2002). Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de la educación en salud. *Aquichan*, 2(1), 27-35.

- Salinas, J., Muñoz, C., Albagli, A., & Vio, F. (2014). Evaluación de un programa de educación a distancia en Promoción de Salud para la Atención Primaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 142(2), 184-192. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200006>
- Saucedo-Isidoro, G. (s. f.). *La comunicación enfermera-paciente: Una estrategia para la humanización del cuidado*. 2.
- Severo, A. (2012). *Teorías del aprendizaje*: 8.
- SS Cundinamarca. (2020). *Secretaria de Salud*.
http://www.cundinamarca.gov.co/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadesalud/SecretariadesaludDespliegue/ascontenido/asquienes_somos/csecresalud_quienesmisionyvision
- UDEA. (2019). *Cursos y eventos académicos*.
http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/fc5BC4JAEIbhX9NRxiTMjotEIJ4KQucSg261ZjvqrNLPb9VTI27zwMvHAEIBaGkyD3KGLbXeJca35JBGW7UL89M5S0MVP-q4v1zzKIkG_wf-AXT9D0qwIqt0x8HRceDo3asNW1Ckl89-a3X26faiv8jWL10d24Nz90yZk3NMqvW4qiiRdU4CEugJ20dC3QvLL8qXEuv/
- Ugalde, N., & Balbastre, F. (2013). *Vista de investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación*.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>
- Universidad del Rosario. (2019). *Curso: Atención Humanizada en Salud Materno-Perinatal | URosario*.
<https://educacioncontinuumkt.urosario.edu.co/curso-virtual-atencion-segura-de-la-gestante-y-el-recien-nacido-universidad-del-rosario/>
- Vielma, V., & Luz, M. (2000). *Aportes de las teorías de vygotsky, piaget, bandura y bruner*. 9.
- Yépez-Chamorro, M. C., Ricaurte-Cepeda, M., & Jurado, D. M. (2018). Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(2), 97.
<https://doi.org/10.22267/rus.182002.114>