RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes

Universidad
Nacional
de Quilmes

Pérez, Alejandra

Trayectorias formativas de posgrado en educación médica continua. Percepciones de los profesionales de la salud sobre el proceso de formación y la utilidad de las herramientas adquiridas en los cursos con modalidad blended learning de la Facultad de Medicina de ...

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:
Pérez, A. (2021). Trayectorias formativas de posgrado en educación médica continua. Percepciones de los profesionales de la salud sobre el proceso de formación y la utilidad de las herramientas adquiridas en los cursos con modalidad blended learning de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste 2016-2017. (Tesis de maestría). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3062 ...

Puede encontrar éste y otros documentos en: https://ridaa.unq.edu.ar

Universidad Nacional de Quilmes
Roque Sáenz Peña 352 // Bernal
Buenos Aires // Argentina
t.: (+41 11) 4365 7100
f.: (+54 11) 4365 7101
info@unq.edu.ar

Alejandra Pérez, Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto,
Mayo de 2021, pp. 95,
http://ridaa.unq.edu.ar,
Universidad Nacional de Quilmes, Secretaría de Posgrado,
Maestría en Educación

Trayectorias formativas de posgrado en educación médica continua. Percepciones de los profesionales de la salud sobre el proceso de formación y la utilidad de las herramientas adquiridas en los cursos con modalidad blended learning de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste 2016-2017.

TESIS DE MAESTRÍA

Alejandra Pérez

alebp_70@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo explora las vinculaciones conceptuales entre la educación médica, la educación médica continua y sus modalidades emergentes, en conjunto con el impacto que las mismas tienen en la adquisición y uso de herramientas y habilidades en la práctica profesional.

El objetivo fue describir las percepciones de los profesionales de la salud sobre el proceso de educación continua y la utilidad para la práctica de herramientas y habilidades adquiridas en el marco de los cursos modalidad blended learning de la Facultad de Medicina de la UNNE (2016-2017). Se realizó un estudio de tipo descriptivo con diseño seccional o transversal, con descripción y análisis de información cuantitativa y cualitativa. Se administró una encuesta online confeccionada ad hoc a 700 profesionales con una tasa de respuesta del 38% (N 267).

La modalidad blended learning fue altamente valorada como medio para seguir actualizándose, como así también, fueron destacados los cursos analizados por su utilidad para la práctica.

Los profesionales pudieron identificar 524 herramientas y habilidades adquiridas entre los 43 cursos analizados. Según la percepción de este grupo las habilidades y herramientas se seguían utilizando en la práctica al momento del estudio, luego de haber sido cursados hasta 12 meses previos a la encuesta.

Las principales conclusiones arriban a que la educación médica continua forma parte de la cultura y trayectoria formativa de la profesión médica y que los cursos con modalidad blended learning son útiles y permiten la adquisición de herramientas y habilidades que luego se utilizan en la práctica y se sostienen en el tiempo.

En adelante, conocer y valorar cómo efectivamente se aplican las competencias adquiridas posibilitará identificar qué otras habilidades y herramientas son requeridas en interrelación con los demás actores del sistema de salud.

Universidad Nacional de Quilmes
Maestría en Educación

Título de la tesis:

Trayectorias formativas de posgrado en educación médica continua

Percepciones de los profesionales de la salud sobre el proceso de formación y la utilidad de las herramientas adquiridas en los cursos con modalidad blended learning de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste 2016-2017

Autora:
Lic. Alejandra Pérez

Directora de tesis:
Dra. Viviana Navarro (Facultad de Medicina - Universidad Nacional del Nordeste)

Co- directora:
Mg. Silvia Quiroz (Universidad Nacional de Quilmes)

Fecha: 20 de octubre

Agradecimientos

El proceso de escritura de la tesis y su presentación me vinculó con muchas personas con las cuales compartí un sin número de experiencias, de relatos, tanto formales como informales, que enriquecieron mi camino. Todas ellas son muy apreciadas por mí.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional de Quilmes, por tener siempre en sus aulas abiertas la manera de generar trayectorias formativas de posgrado acompañadas.

A Silvia Quiroz, por guiarme y brindarme siempre su perspectiva en este proceso, por leerme con tanta atención y ayudarme a repensar.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional del Nordeste y su Facultad de Medicina, a los profesionales que desinteresadamente colaboraron con su participación en este estudio y especialmente a Viviana Navarro, por aceptar acompañarme en este desafío y brindarme todo lo necesario, sobre todo su generoso tiempo, en leerme y releerme.

A Fernanda Bonet, por su compromiso, profesionalismo y escucha, como también por su lectura atenta e interpelante.

A Beatriz Panaia, siempre en mi memoria.

A mi familia, siempre presente, una especial dedicatoria.

Índice

Introducción **6**
Capítulo 1 - Estado de la cuestión **12**
Escenarios emergentes 20
Capítulo 2 - Enfoque conceptual acerca del problema **22**
Sobre la educación médica 22
Sobre la democratización del conocimiento y los cambios generacionales 27
Sobre las trayectorias formativas en posgrado 29
Sobre la educación médica continua y el desarrollo profesional continuo 30
Sobre la educación a distancia 33
La educación médica a distancia y combinada 35
Contexto virtual 37
Nuevos escenarios para la investigación 39
Competencias en contexto – Contexto de la acción 40
Conceptos predictores que anticipan el desarrollo de la competencia 45
Capítulo 3 – Objetivos **49**
Capítulo 4 – Aspectos metodológicos **50**
Tipo de investigación y ámbito de estudio 50
Población y muestra 50
Recolección de datos 51
Prueba piloto 52
Descripción del instrumento de recolección 53
Análisis de los datos 55
Proceso de análisis 56
Capítulo 5 – Resultados **58**
Caracterización de la población de estudio y descripción de datos demográficos 58
Educación médica continua 60
Percepción general respecto al desarrollo profesional continuo 60

Motivos priorizados al elegir una actividad de capacitación 61

Tipos de actividades de formación realizadas en los últimos 12 meses 62

Valoración respecto a cómo la capacitación modifica los resultados de la práctica 62

Identificación del curso elegido 2016 -2017 63

Sobre el curso realizado 64

Nivel de actualización percibido en el curso que ha participado. 65

Identificación y clasificación de herramientas o habilidades que utiliza el alumno a partir del curso 66

Capítulo 6 - Discusión y conclusiones 72

Anexo I 78

Anexo II 79

Anexo III 80

Anexo IV 82

Referencias Bibliográficas 91

Introducción

> *En educación también soñamos. Soñamos con la comprensión como resolución rápida, efectiva y permanente, con maravillosas estrategias y no menos eficaces ayudas. (...) A la hora de formular proyectos, recuperamos nuestras mejores aspiraciones, pero también nos interrogamos acerca de los límites, las condiciones, las realidades y el sentido con que el proyecto se instala. Alcance, límites, condiciones y efectividad requieren de estudios, consultas, comparaciones y propuestas alternativas que confronten su eficacia (...)*
>
> (Edith Litwin, 2005, p-13)

En este trabajo se abordan interrogantes articulados en torno a las diversas conceptualizaciones sobre la educación médica y la educación médica continua en particular, focalizando en sus antecedentes y características, así como en sus definiciones comunes e integración con la educación a distancia y la incorporación de las tecnologías a los escenarios de la educación médica.

La educación es un proceso continuo que acompaña y atraviesa la vida de las personas más allá de las instituciones escolares y académicas. Zabalza (2000) señala que es necesario "aprender a aprender" porque es el único conocimiento que no tiene fecha de vencimiento. El mismo autor, aludiendo al cambio en la forma de entender el aprendizaje, sostiene que "la agradable experiencia de aprender algo nuevo cada día es un inexcusable principio de supervivencia" (p. 165).

En esta dirección, el documento de "La Recomendación sobre el aprendizaje y la educación de adultos" (UNESCO, 2015) aprobado por la Conferencia General de la UNESCO en su 38ª reunión, en su apartado Definición y Alcances, menciona:

> (…) "el aprendizaje y la educación de adultos es un componente básico del aprendizaje a lo largo de toda la vida, comprende todas las formas de educación y aprendizaje cuya finalidad es lograr que todos los adultos participen en sus sociedades y en el mundo del trabajo. (…) El aprendizaje y la educación de adultos supone actividades y procesos constantes de adquisición, reconocimiento, intercambio y adaptación de capacidades.

> (…) La formación permanente y el desarrollo profesional son elementos fundamentales del proceso continuo de aprendizaje que dota a los adultos de los conocimientos, aptitudes y competencias para participar plenamente en unos entornos sociales y labores en rápida mutación (…) Se considera que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) encierran gran potencial para mejorar el acceso de los adultos a una gran variedad de oportunidades de aprendizaje y para promover la equidad y la inclusión. Ofrecen varias oportunidades innovadoras para hacer realidad el aprendizaje a lo largo de toda la vida, reducir la dependencia de las estructuras formales tradicionales de educación y permitir el aprendizaje individualizado. Los dispositivos móviles, las redes electrónicas, las redes sociales y los cursos en línea permiten a los adultos tener acceso a la posibilidad de aprender en cualquier momento y en cualquier lugar" (p 6 -7)

Abramzom y Rovere (2010) toman en cuenta el escenario del trabajo en salud, y afirman que, por sus especificidades,

> "es un trabajo reflexivo en el cual las decisiones que se toman requieren una articulación de saberes provenientes de diversas instancias, formación general (con énfasis en el conocimiento científico) formación profesional (con énfasis en el conocimiento técnico) y la experiencia laboral y social mediada por la dimensión ético-política. El trabajo en salud se caracteriza así, por desarrollarse en un contexto de incertidumbre resultante de una demanda indeterminada, discontinua, que exige rápidas respuestas" (p. 8)

En el marco de estas definiciones, según Slotnick (2000) la educación médica continua (EMC) es el medio dirigido a cambiar la conducta de un médico de manera de mejorar permanentemente los resultados de su actuar con pacientes, individualmente, en una comunidad o en un sistema de salud. De ahí que la EMC debe estar acorde a los cambios sanitarios como también a los distintos medios de aprendizaje existentes.

Existen actualmente numerosos trabajos (Casas Lucich 2020; Isbej et al, 2019; Cezar et al, 2019; Chávez,2017; Solano y Murcia, 2015; Amato, 2014; Velasco, 2013; Camacho, 2012) sobre la modalidad virtual en propuestas formativas y la innovación en la educación médica vinculada a los entornos virtuales. Los mismos brindan la oportunidad de indagar sobre si todos estos desarrollos innovadores tienen el mismo impacto en el desempeño y en la actualización en la práctica que la educación tradicional.

Marinopoulos (2007) en su estudio sobre la eficacia de la Educación Médica Continua, menciona que a pesar de la amplia gama de ofertas de EMC destinadas a capacitar a los médicos a través de la provisión de información clínica actualizada, la formación puede no ser lo suficientemente eficaz para amenguar la diferencia entre lo que se hace en la práctica clínica y lo que debe hacerse sobre la base de la evidencia actual.

Según Venturelli (2003) en los últimos quince años la educación en ciencias de la salud ha ido desarrollando un impresionante cambio que se expresa en un incontable número de programas que han ido innovando en sus métodos y planes educacionales.

En el mismo sentido, García Areito (2018) afirma que la convergencia y la confluencia entre las metodologías y recursos de los sistemas educativos presenciales y a distancia está siendo hoy una realidad. De este modo, los medios, recursos, tecnologías, metodologías, actividades, estrategias y técnicas tanto presenciales como a distancia se integran para satisfacer cada necesidad concreta de aprendizaje.

Es mucho lo que se ha escrito acerca de la educación médica (Solano-Murcia, 2015; Margolis, 2012; Ruiz, Parra, Angel, Muller y Guevara, 2009; Kachmer , 2005; Oriol- Bosch-Pardell, 2004; Lifshitz, 2004; Venturelli 2003; Lago de Vergara, 2003) sin embargo, aquellas cuestiones vinculadas al proceso continuo de educación, al desarrollo profesional continuo y las relacionadas a la educación médica a distancia o bimodal, en conjunto con el impacto que las mismas tienen en el uso de las competencias adquiridas, no han sido estudiadas con la misma magnitud y frecuencia que las cuestiones vinculadas a la carrera de grado.

En esta línea de nuevos interrogantes, Velasco (2013) sostiene que en términos prácticos es importante hacerse las preguntas sobre cómo, cuándo y por qué aprenden los médicos durante el desarrollo de su vida profesional. También afirma que probablemente al responder las mismas no se encuentre una sola respuesta ya que cada persona tiene métodos y estilos diferentes de aprendizaje, y estos también son variables acordes a las circunstancias en que la persona se está desenvolviendo y en qué acción educativa está participando.

Por su parte, y dado que la EMC debe estar orientada a satisfacer las necesidades del equipo de salud o profesionales, Slotnick (2000) resalta la importancia de consultar a dichos profesionales sobre sus percepciones y sobre sus necesidades de aprendizaje de modo que se desarrolle su propia responsabilidad de aprender con el fin de mejorar continuamente su desempeño.

En este sentido, y en función de los autores antes mencionados, indagar sobre las percepciones que la población de profesionales de la salud tiene sobre los nuevos escenarios educativos y las nuevas herramientas didácticas del ambiente virtual se presenta como un desafío para la comunidad científica en cuanto a qué intervenciones modifican el desempeño y los resultados de la atención médica.

Algunas de las ideas que enmarcaron este trabajo están ligadas al sentido de la trayectoria formativa de cada persona como un concepto que remite, según Nicastro y Greco (2009), a un recorrido inacabado, mediado, entre otras cosas, por las decisiones irreductibles de parte del estudiante y su deseo de seguir aprendiendo a lo largo de la vida. Esto no reduce la expresión solo a un deseo individual, sino que lo potencia a la idea de proceso en relación con otras personas, con dispositivos formativos, con instituciones. Lo circunscribe a un trayecto inscripto en un contexto.

Por ello, la propuesta de esta investigación fue estudiar el proceso de educación médica continua y la utilidad para la práctica de las herramientas y habilidades adquiridas en cursos de posgrado con modalidad blended learning en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Este proceso fue observado desde las percepciones de los profesionales que optaron por esta propuesta formativa como parte de su desarrollo profesional.

Este objetivo general planteado procuró responder las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las percepciones de los profesionales respecto a la educación médica continua?
2. ¿Qué aspectos de la capacitación son valorados y considerados efectivamente útiles?
3. ¿Qué tipo de herramientas específicas de los cursos en los que participó le son útiles y utiliza el profesional para la resolución de los problemas de la práctica?
4. ¿Qué otras habilidades complementarias a su labor pueden identificar los profesionales que se pueden adquirir con estas capacitaciones?

El trabajo está organizado en capítulos que secuencian su recorrido, el **capítulo 1** desarrolla el estado de la cuestión en el cual se describen investigaciones y trabajos recientes que documentan el conocimiento establecido respecto del tema bajo estudio, y también se integran apreciaciones de temas periféricos que aportan al análisis con datos que amplían el contexto y la mirada sobre la temática.

Esta exploración permitió ponderar la pertinencia del estudio y situar el trabajo dentro de una cadena de investigaciones con interrogantes y objetivos similares, y la posibilidad de seguir estableciendo relaciones empíricas esenciales que describen al objeto de estudio con el objetivo de superar el pensamiento convencional. Según Becker (1998) esto se presenta como un obstáculo para el análisis de un fenómeno ya que habitualmente se dan por sentado muchos aspectos de sentido común.

El **capítulo 2** se adentra en el marco teórico, las construcciones y los vínculos conceptuales que se establecieron entre la educación médica continua y la articulación con las modalidades educativas y sus componentes. Asimismo, se presentan en este capítulo los marcos y definiciones conceptuales que permiten comprender el sentido otorgado a las categorías centrales del objetivo bajo estudio, y también analizar e interpretar sus resultados.

Tomando a Becker (1998) nuevamente, las definiciones de conceptos se apoyan en lo que tienen en común aquellos ejemplos en que están basadas.

El recorrido conceptual se realizó de forma espiralada, tratando de pasar una y otra vez por los puntos en común que generan sentido al proceso de escritura y a la descripción del tema.

Para ello, se partió de la historia de la educación médica puntualizando en algunos hitos relevantes desde Flexner a la actualidad, cual fueron sus puntos críticos y su evolución, para luego describir particularmente la educación médica continua. Asimismo, se vincularon los demás ejes conceptuales hasta llegar al contexto de acción de la práctica clínica, observándolo desde la percepción de los alumnos.

El capítulo siguiente, el **tercero,** se reserva para la presentación del objetivo general y los objetivos específicos.

En el **capítulo 4** se describen los aspectos metodológicos a saber: el tipo de investigación y el ámbito de estudio, la población y la muestra. También el contexto y descripción de la prueba piloto. Asimismo, se detalla el proceso de recolección de datos, la conformación del instrumento o encuesta, y el plan de análisis de los resultados.

Luego, en el **capítulo 5,** el de los resultados, se desarrolla la caracterización de la población encuestada en primer lugar, para luego describir los elementos de la educación médica continua presentes en las percepciones y opiniones de los profesionales y su derivación en la práctica concreta.

Se presenta por un lado un análisis cuantitativo de la información relevada, y luego un análisis cualitativo de las respuestas de los profesionales en relación con los objetivos del estudio.

El **capítulo 6** es el de la interpretación y discusión de los resultados, la presentación de las conclusiones y de las recomendaciones. En él se responde a los interrogantes del estudio en relación con las percepciones y las conceptualizaciones vertidas en el recorrido del trabajo. Se discuten los principales resultados hallados con los estudios presentados en los antecedentes y estado de la cuestión, y se plantean las limitaciones del estudio. Además, se proponen algunas líneas de investigación a partir del análisis realizado.

El documento cuenta con cuatro **anexos** donde se incorporan los elementos de la indagación, el formulario de la encuesta y las piezas de comunicación utilizadas para la difusión del estudio, la solicitud de colaboración y los recordatorios enviados.

Capítulo 1 - Estado de la cuestión

En este capítulo se describen antecedentes de estudios y trabajos de investigación relacionados a la educación médica, a la educación médica continua y sus modalidades, como así también a sus relaciones con el impacto que tienen en la práctica clínica. Estas conceptualizaciones son consideradas pilares para la problematización sobre el objeto de estudio de esta tesis.

Solano- Murcia (2015) afirma que, junto a la mirada tradicional de la formación médica, se han ido construyendo recursos que reclaman nuevas reflexiones. Los avances científicos y tecnológicos y las demandas socioculturales actuales muestran transformaciones que interpelan las formas tradicionales de interactuar en educación médica.

La educación de posgrado en Ciencias Médicas está sustentada en la educación en el trabajo -forma predominante de la organización de la enseñanza-, en la integración docente-asistencial-investigativa, en la enseñanza tutorial, y en el estudio y trabajo independiente (Nolla, 2001).

En este contexto, Karchmer (2006) afirma que los cursos de actualización deben sustentarse en la identificación de necesidades educativas y estar acorde con las políticas y cambios sanitarios de cada país. Relacionado con esta idea, Castillo y Soriano (2017) sostienen que la finalidad de la educación médica continua debe ser lograr la mejora permanente en la práctica profesional diaria, para ello se requiere conocer las necesidades individuales e institucionales y desarrollar nuevos programas, flexibles e individualizados de acuerdo con el perfil epidemiológico nacional.

Se han realizado variadas investigaciones en el ámbito de la EMC en función de esta necesidad identificada, en ellas se estudian constructos como la percepción, la motivación u la opinión, que permiten acceder a la subjetividad de los profesionales. Así, Fernández Pérez (2014) realizó un estudio en torno a la percepción de profesionales de profesión médica sobre el tema de la educación médica continua. La mayoría de los profesionales estudiados hizo referencia a los beneficios que brindan los programas de educación continua en el campo de la medicina. Algunas de las opiniones fueron asociadas con el hecho de que la educación continua forma parte de la cultura propia de la profesión médica.

En cuanto a las actividades realizadas de actualización, los profesionales respondieron que fue a través de la asistencia a diferentes eventos académicos, ya sea cursos, congresos, seminarios o simposios. Asimismo, algunos le dieron relevancia a la pertenencia a colegios o asociaciones, ya que éstos promueven el desarrollo de programas de educación continua. En sentido contrario, se encontraron respuestas que indicaron que el único requisito importante para participar de una capacitación es el interés de superación y actualización de cada persona.

Por su parte y en la misma línea, Castillo Contreras, Sandoval y Soriano (2018) en su estudio sobre la percepción de necesidades de educación médica continua del gastroenterólogo de Perú, sostiene que para que la EMC sea pertinente debe responder a las necesidades de salud de la población y satisfacer las necesidades de aprendizaje de los médicos, lo que implica consultar a los profesionales sobre sus necesidades educativas con el propósito de que desarrollen su propia responsabilidad en actualizarse. Como parte de los resultados de su estudio describe que la mayoría de los encuestados señalaron que realizaron alguna capacitación en el último año para mejorar las competencias laborales y que, además, el principal método de EMC fue la asistencia a congresos y talleres. Sin embargo, Velazco (2013) tomado por Castillo Contreras et al (2018) afirma que actualmente, el e-learning ofrece a los profesionales de la salud un fácil control tanto sobre los contenidos como sobre la secuencia y rapidez del aprendizaje, acorde a las capacidades personales y el tiempo disponible. Este punto es considerado por el estudio citado para los cursos de actualización de conocimientos que no requieren el desarrollo de habilidades clínicas o destrezas técnicas.

Con respecto a las posibilidades que brinda la EMC para modificar la práctica profesional, estudios con diversos enfoques metodológicos han demostrado que existen formatos educativos con mayor o menor impacto en la práctica clínica (Davis, 1999; Mansouri y Lockyer, 2007; Marinopoulos y otros, 2007). En particular, se debe destacar que los que tienen mayor impacto son el aprendizaje basado en casos, el aprendizaje interactivo en pequeños grupos, los programas educativos multifacéticos (que combinan distintos medios) y los programas con más de una sesión a lo largo del tiempo (Mansouri y Lockyer, 2007).

Con respecto al uso de las tecnologías en acciones educativas en el contexto de la EMC, cabe destacar que el mismo está aumentando notoriamente, y con esto también la forma de adecuar las estrategias de enseñanza a las características del ejercicio profesional en este campo (Harris y otros, 2010).

En este sentido y de la mano de una teoría del aprendizaje conductista, Solano-Murcia M. (2015) menciona que habitualmente la formación del quehacer médico se ha fundamentado en una relación cara a cara, en la que el docente juega un papel protagónico en la transmisión de conocimientos, prácticas y valores. Con la incursión de las tecnologías y las mediaciones virtuales, han surgido nuevas formas de abordar la relación pedagógica en espacios formativos.

Por su parte, Prieto, et al (2016) refiere que la incorporación de las TICs ha contribuido a introducir en la gestión docente de las Ciencias Médicas nuevos modelos de educación centrada en el estudiante y en el autoaprendizaje. Además, ha propiciado la creación de espacios educativos virtuales que puedan garantizar la adquisición de conocimientos mediante la utilización de estrategias innovadoras que motiven la capacidad de los alumnos para solucionar problemas.

Sin embargo, Chávez (2017) en su estudio sobre educación a distancia en hospitales universitarios de Cuba, afirma que la mayoría de los médicos prefiere recibir los cursos de posgrado en la modalidad presencial, lo cual para el autor pone en evidencia cierta resistencia adaptativa a los métodos de aprendizaje a distancia. Al mismo tiempo, señala que el aprendizaje en línea suele ser más exigente que el presencial, lo que obliga al estudiante a una dedicación meticulosa al estudio. Por ello afirma que existen centros de educación superior que todavía reservan la modalidad de educación a distancia para aquellos grupos de estudiantes que por diversas razones no están en condiciones de asistir a los cursos presenciales.

En la misma línea, Campillo Serrano et al. (2012) en un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México sobre la educación en línea con residentes de Psiquiatría, afirma que la educación a distancia ofrece a los residentes una oportunidad para perfeccionar su preparación académica sin las exigencias de espacio o presencia física en un aula. Sin embargo, el mayor obstáculo que se ha encontrado en la implementación de estas nuevas tecnologías es la resistencia para abandonar estructuras tradicionales de formación y en el caso de los docentes, la dificultad de adaptar la información presencial a la virtual.

Los autores mencionan que el curso virtual de Sistemas de Salud analizado en el estudio fue un reto para los tutores y alumnos, ya que invirtieron más tiempo del requerido que en las clases tradicionales. A pesar de ello, los alumnos reconocieron que los foros de discusión resultaron ser la mejor estrategia de aprendizaje, lo que se vio reflejado en la calidad y frecuencia de participación.

En cuanto a la percepción del grado de satisfacción de los estudiantes, las opiniones fueron positivas, lo que permitió suponer, según concluye el estudio, que la educación virtual puede ser tan efectiva como la presencial. La mayoría de los participantes coincidió que esta herramienta académica les permitió adquirir nuevas habilidades para alcanzar las competencias planteadas.

Diversos autores han dedicado sus esfuerzos al estudio del caso particular de los cursos con modalidad blended learning o cursos semipresenciales o mixtos. Según Aiello y Cilia (2004), este tipo de cursos responden a un contexto social que demanda una nueva organización pedagógica, que relacione el proceso tecnológico y social de cambio con la innovación educativa. Desde esa perspectiva, el blended learning 'funde' la formación on line o e-learning con el face to face (cara a cara) o educación presencial, integrando una modalidad flexible en tiempo, espacio y contenidos en la construcción del conocimiento, a través de sesiones presenciales y de tecnología.

Casas Lucich (2020) a través de su indagación realizada a los docentes de ciencias de la salud de la Universidad San Juan Bautista de Perú, analizó la percepción de estos sobre un curso «blended» como herramienta para la mejora continua. Los resultados arrojados en las encuestas evidenciaron un alto porcentaje de satisfacción por haber participado en este tipo de formación. Esta experiencia permitió desarrollar habilidades valiosas dadas sus características interactivas como la flexibilidad, el trabajo colaborativo entre los participantes y los vínculos con el facilitador. Además, la autora sostiene que se pueden encontrar cada vez más trabajos que giran en torno a los procesos de formación como el «e-Learning» o como los cursos «blended» (semipresenciales o mixtos), los cuales muestran que existe una alta satisfacción por parte de los estudiantes, sobre todo en lo referido a la flexibilización espacio-temporal y a la mayor accesibilidad a los materiales de sus cursos; es así que esta modalidad de enseñanza-aprendizaje semipresencial se presenta como una opción con una gran cantidad de valoraciones positivas.

Por su parte, Camacho (2012) en su estudio sobre estilos de aprendizaje en entornos blended learning, afirma que, en cuanto a la percepción de satisfacción en relación con la estrategia en general, el grupo de estudiantes indagado manifestó que les despertó interés el implementar diferentes actividades como así también la posibilidad de aplicar los nuevos conceptos adquiridos.

En una investigación realizada con estudiantes de una especialización odontológica, Muñoz et al (2016), analizó el cambio en los niveles autopercibidos de competencia en comunicación científica luego de la realización de un curso con la metodología blended learning. Se pudo observar un aumento de las competencias en comunicación científica

comparando los niveles al iniciar y al finalizar el taller. Asimismo, los participantes se mostraron satisfechos con la metodología b-learning.

Castro Rodríguez y Lara Verastegui (2016) desarrollaron una investigación en la que se evaluó la percepción que poseen los estudiantes del posgrado sobre la modalidad b-learning. El mismo fue implementado en un curso del posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos donde participaron 30 estudiantes. La implementación abarcó actividades presenciales durante las sesiones de aprendizaje y actividades virtuales a través de una plataforma virtual como complemento a las actividades presenciales. Las autoras agregan que los estudios realizados en el campo de la Odontología indican que los estudiantes perciben al b-learning con una elevada satisfacción, además, que otorga flexibilidad horaria, accesibilidad a la información, rapidez en la comunicación, desarrollo y actualización de contenidos. Los resultados del estudio citado indican una elevada aceptación de la introducción del b-learning para el proceso enseñanza-aprendizaje; un 97% concuerda en que las actividades virtuales son un buen complemento a las actividades presenciales y un 94% considera que permite ahorrar tiempo a muchas actividades presenciales que no pueden ser culminadas durante las horas lectivas. Las percepciones de satisfacción elevadas se trasladaron a la modalidad combinada (tradicional y virtual), como también a las opiniones sobre de la organización, aprendizaje y méritos potenciales de este tipo de educación.

Por su parte, Mertz et al (2014) describió en su trabajo de investigación la transformación del currículum teórico del Programa de residencia de Anestesiología de clases presenciales a la nueva metodología de estudio guiado a través de blended learning. En este programa, al final de cada módulo, se planificaron sesiones presenciales con actividades de simulación, trabajos en grupo pequeño, clases magistrales de expertos, una evaluación escrita y encuestas de satisfacción de los alumnos. En el marco del estudio se valoraron la relevancia de los temas tratados para la práctica anestesiología actual, el valor de las actividades de aprendizaje, la ayuda brindada por los tutores y la interacción con la plataforma, entre otras variables. Además, las sesiones presenciales fueron altamente valoradas por su aplicación práctica e inmediata a su actividad clínica diaria.

Asimismo, Amato et al (2014) realizó un estudio sobre el uso de la modalidad semipresencial y la ventaja de combinar atributos de la educación a distancia y la presencial. Entre los atributos de la educación a distancia que se consideraron más importantes se encontraban el trabajo autónomo del alumno, la reducción de costos, la eliminación de barreras espaciales y la flexibilidad temporal. Los atributos más valorados de la educación presencial incluyeron la posibilidad de aplicar los conocimientos, la interacción cara a cara y la posibilidad de realizar actividades algo más complejas que las que pueden desarrollarse de manera no

presencial. El objetivo primario del trabajo fue evaluar la utilidad para el aprendizaje atribuida a la modalidad educativa semipresencial por los alumnos de un módulo de los ciclos básicos de la carrera de Medicina. Algunas de las ventajas encontradas fueron el uso de herramientas de búsqueda personalizada de temas de estudio a través de TIC, el uso eficiente y la compresión de la literatura científica y la integración de las ciencias básicas con las clínicas. Dentro de las desventajas, surgió la dificultad de la adaptación docente a este modo de transmitir su conocimiento y la sobrecarga de información a los estudiantes.

Con respecto al impacto que la modalidad formativa a distancia tiene sobre la práctica clínica de los profesionales, se destacan algunos autores que han realizado sus investigaciones en el contexto latinoamericano.

Isbej et al (2019) describe una experiencia en educación continua de cursos *on line* de hepatología y gastroenterología en Chile analizando el impacto logrado por los cursos. A través de una encuesta de percepción, los alumnos evaluaron de manera favorable la experiencia, calificándolo en su mayoría con nota entre 6 y 7 (en escala 1,0-7,0), evidenciándose de manera cualitativa siempre "muy satisfechos con el curso". El 93% señaló que el curso cumplió sus expectativas, 92% lo recomendaría y 86% se mostró interesado en participar en nuevas versiones de éste. Con respecto al proceso de aprendizaje se evidenció una buena tasa de aprobación y rendimiento a las pruebas aplicadas. En relación con la conducta, si bien no fue evaluado formalmente, los alumnos reportaron que los contenidos les servirían para ser aplicados en sus trabajos. En este contexto, la educación a distancia en su modalidad "on line" surgió, según los autores, como una alternativa innovadora y útil. Permitió la adquisición de un conjunto de habilidades observables adquiridas exitosamente, y que pueden ser medidas como resultado de la combinación e integración de conocimientos, destrezas y actitudes.

Por su parte, Cezar et al (2019) realizó un estudio en el ámbito de la de la Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNA-SUS) de Brasil. En el mismo, se analizaron las percepciones de un grupo de profesionales de la salud sobre la educación a distancia (EAD) en un curso de especialización en salud de la familia y se intentó identificar en qué medida se traduce en cambios en el cotidiano de las prácticas profesionales de médicos participantes del PMM en el estado de Rio Grande do Sul. La obtención de datos se realizó por medio de la técnica de grupo focal. Los diálogos obtenidos en las sesiones de estos grupos proporcionaron como primer punto un desconocimiento de la modalidad de enseñanza, ya que para la mayoría de los profesionales era la primera experiencia en EAD. Uno de los aspectos valorados por los profesionales fue la posibilidad de estudiar en cualquier lugar, disponer del contenido en cualquier momento junto con la posibilidad de organizar su tiempo y acceder a variedad de recursos educativos.

Asimismo, los autores mencionan que los participantes se refirieron a los encuentros presenciales como necesarios para la resolución de dudas y acompañamiento para el desarrollo de la especialización. Otro aspecto relevante destacado por los profesionales fue el incentivo en la mejora del proceso de trabajo. Ese cambio en las prácticas fue identificado en el diálogo con los demás profesionales, en la búsqueda de soluciones ya aplicadas en otros servicios, en el intercambio de saberes entre alumno y tutor. A su vez, en lo que se refiere a dificultades, se citó la comunicación con los tutores, considerando que muchos profesionales todavía tienen una percepción sobre la necesidad de la forma presencial de la enseñanza, en la que ocurre el contacto con el profesor en tiempo real. (Cezar et al, 2019)

Señala Mazmanian (2002) que, en general, los médicos progresan a su propio ritmo dependiendo de la motivación, su conocimiento o percepción del problema o de las carencias específicas que tienen, así como de las oportunidades de perfeccionamiento y de la necesidad de poder aplicar lo aprendido.

Por su parte, Ospina y Orozco (2008) realizaron un estudio farmacoepidemiológico destinado a evaluar el efecto de una intervención educativa virtual para modificar la conducta prescriptiva de los médicos y mejorar el cumplimiento de los requisitos formales de la prescripción. Las recomendaciones realizadas por los docentes durante el curso virtual parecieron estar directamente relacionadas con modificaciones en los patrones de prescripción de los profesionales observados. Entre las limitaciones del estudio, los autores mencionan que se desconoce la duración del efecto de las modificaciones en la conducta prescriptiva ya que las observaciones del estudio se realizaron a los pocos días de terminar la intervención, por lo que se desconocía la duración de los cambios observados. Asimismo, en relación con los resultados del estudio, se recomendó la realización de acciones educativas dirigidas a incrementar las habilidades informáticas de los médicos.

Como ha señalado Mazmanian (2002) es necesario realizar estudios que permitan establecer, con mayor grado de validez y fiabilidad, las relaciones entre educación, desempeño de los profesionales y resultados en la clínica, relaciones que se manifiestan tanto en contextos presenciales como virtuales.

Por el contrario, las conferencias magistrales o los materiales escritos, por sí solos, no producen cambios en la práctica profesional, dado que el proceso de cambio es complejo (Davis y otros, 2003).

Margolis (2012) afirma que existen diversas experiencias que evidencian que las intervenciones de educación médica continua a distancia y que consisten solo en texto plano son de valor limitado, mientras que las intervenciones de educación médica continua a distancia multicomponente, que incluyen interactividad, tienen la mayor evidencia a su favor.

Por otro lado, hay numerosos trabajos sobre la modalidad virtual y la innovación en la educación médica vinculada a los entornos virtuales que facilitan la oportunidad de indagar sobre si todos estos desarrollos innovadores tienen el mismo impacto en el desempeño y en la actualización en la práctica que la educación tradicional.

Navarro (2018) observó en un estudio los foros de discusión de casos clínicos de la materia Medicina III en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. La autora describe que los foros educativos constituyen lugares de encuentro para la discusión de diferentes temas siendo herramientas virtuales donde la interacción entre sus miembros posibilita la construcción de conocimiento y el desarrollo de aprendizajes colaborativos. Los alumnos han considerado que participar en un foro de discusión de casos clínicos los ha ayudado a trabajar en equipo, reflexionar con sus compañeros y relacionar conocimientos previos. En estos espacios los estudiantes comparten de manera asincrónica información, identifican desacuerdos y trabajan sobre ellos, negocian significados generando argumentos que ayudan a dar respuesta al caso analizado, con propuestas de hipótesis diagnósticas plausibles. Elementos necesarios para la transposición del conocimiento a la práctica.

Los estudios citados en este recorrido concuerdan con lo que mencionan Castro Rodríguez y Lara Verastegui (2016) en que “las herramientas digitales son útiles para la transición de las clases teóricas hacia las actividades prácticas y que el enfoque del *b-learning* convierte al aprendizaje en un elemento activo, ofreciendo oportunidades de retroalimentación durante el aprendizaje; siendo lo más valorado el ahorro de tiempo hacia las actividades presenciales y la ayuda que representa para el logro de los objetivos de un curso”(p.227)

También, en general, las opiniones de los profesionales de la salud acuerdan que, con la integración de otras modalidades no tradicionales, las sesiones presenciales son altamente valoradas por su aplicación práctica e inmediata a su actividad clínica diaria.

Asimismo, la experiencia obtenida en los diversos estudios sugiere la necesidad de pensar la educación médica como una instancia continua y permanente de actualización de contenidos y revisión de la práctica cotidiana estableciendo reflexiones en los contextos en que la tarea sucede.

De modo que, indagar sobre las percepciones que la población de profesionales de la salud tiene sobre los nuevos escenarios educativos y las nuevas herramientas didácticas en el ambiente virtual, como así también, la utilidad para la práctica clínica de las habilidades o herramientas adquiridas se presenta como una tarea vigente para la comunidad científica.

Escenarios emergentes

Dentro de los nuevos escenarios, no se pueden dejar de mencionar los cambios abruptos en materia de educación médica provocados por la pandemia de COVID- 19. Los antecedentes que mencionan diferentes artículos en este contexto emergente (Vialart Vidal, 2020; Negrin Cáceres, 2020; Moreno- Correa, 2020) describen los retos y las dificultades que enfrentan las universidades en relación con la educación médica y los desafíos de adaptar la presencialidad a contextos virtuales.

Tal como menciona Costa (2020), la respuesta inmediata ha sido estimular las experiencias de aprendizaje a distancia de los estudiantes de medicina y ciencias de la salud. Rápidamente, la enseñanza en línea ha aumentado de manera considerable prácticamente en todas las universidades con las condiciones tecnológicas para hacerlo. Sin embargo, en contraposición a lo anterior, la educación a distancia sigue siendo rudimentaria para apoyar el aprendizaje profesional holístico.

En línea con estas ideas, las diversas adaptaciones que apresuradamente tuvo que asumir la educación médica en general y en particular el protagonismo que adquirió la educación médica virtual, aceleraron un debate pendiente en medio de controversias.

Celedon (2020) considera que es inevitable esperar que el nivel de aprendizaje sea el mismo a raíz del cambio forzado al entorno virtual por el aislamiento preventivo obligatorio. Esta situación, más que reflejar una superioridad del entorno presencial, pone en evidencia que la educación online no es la estrategia para la que los estudiantes ni los profesores se han formado. Por otro lado, Vázquez (2020) afirma que se han encontrado múltiples ventajas como la flexibilidad en la distribución de los temas, variabilidad en los tiempos de cada objetivo, flexibilidad en el tiempo, mayor motivación por aprender, oportunidades para el error con pacientes virtuales.

Torda (2020) menciona que, si bien hay muchos aspectos sociales y de desarrollo de la experiencia de la educación superior que no se pueden encontrar en el entorno en línea, los cambios necesarios por la pandemia de COVID-19 obligaron a adaptar y cambiar la educación médica rápidamente. Según la autora, esto brinda una nueva oportunidad para producir beneficios a largo plazo para la educación médica. En este sentido, los académicos han tenido que aprender nuevas habilidades y formas de enseñar.

Aunque este es un trabajo en progreso, muchos de los cambios que se han producido debido a la pandemia de COVID-19, convertirá a los educadores en mejores colaboradores, mejores

innovadores y mejorarán la integración de los estudiantes de medicina en la fuerza laboral médica a la que se unirán de manera inminente.

Así, varios autores concluyen que la pandemia por COVID-19 deja en evidencia muchas debilidades en infraestructura y recursos tecnológicos, así como el limitado acceso a internet en muchos de los hogares (Celedon, 2020; Taborda, 2020). Y aunque la educación, la medicina y otras profesiones de salud dependen de valerse de la tecnología para minimizar el impacto que trae consigo la pandemia, es imprescindible que tanto facultades como docentes y estudiantes tengan los recursos físicos y la formación suficiente para poder lograrlo (Skochelak, 2017)

En el debate actual, Vázquez (2020) afirma que se habla más de "educación combinada" como una forma de integrar la presencialidad junto a la educación online. Es a partir de esto que la educación combinada, más que una mezcla de dos entornos se debe concebir como una mezcla de teorías, métodos y tecnologías para optimizar el aprendizaje.

Capítulo 2 - Enfoque conceptual acerca del problema

El problema que se aborda en este estudio está atravesado, como ya se mencionó, por el entramado de varios constructos teóricos vinculados entre sí. La educación médica en general, sus antecedentes e hitos que la representan, la educación médica continua y su evolución hacia el desarrollo profesional continuo, como así también la educación a distancia y la incorporación de las tecnologías a los escenarios de la educación médica.

Prieto Loureiro (2016), citando a Ruiz, Parra, Angel, Muller y Guevara (2009), plantea que varios factores han afectado al proceso de enseñanza y aprendizaje de las ciencias de la salud, lo que justifica la implementación de nuevos apoyos pedagógicos.

A modo de introducción se realizará un recorrido histórico general por las grandes orientaciones y tendencias de la educación médica sin pretender abarcar todas ni la profundidad de cada uno se estos procesos de cambio. Además, se enunciarán postulados teóricos que describirán desde que posturas conceptuales se observan las percepciones de los profesionales indagados. También y a los fines de establecer una matriz de relaciones entre todos los elementos, se propondrá un recorrido por los distintos *contextos* en los que el aprendizaje se manifiesta y se expresa en habilidades y herramientas como predictoras de la adquisición de competencias.

Sobre la educación médica

En la historia de la educación médica, la figura y los aportes de Abraham Flexner han constituido un punto singular de interesantes debates entre los defensores y los detractores de sus propuestas pedagógicas. Desde que se adoptaron las recomendaciones de Flexner (1910) vertidas en su informe *"Medical Education in the United states and Canadá"* y su aceptación general en la mayoría de las escuelas de medicina en los años veinte, la educación médica prácticamente no ha cambiado (Pinzón, 2008).

El autor describe que, según el informe, la universidad y sus facultades con nexos en hospitales universitarios afiliados, serían la piedra fundamental de una nueva educación médica basada en las ciencias experimentales en la que las ciencias básicas de los dos primeros años sentarían las bases para la educación clínica posterior.

Según Borrell Bentz (2005) toda la propuesta de Flexner giró alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, tanto que llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico, siendo categórico en su juicio acerca de que la calidad de una escuela de medicina puede medirse por la calidad de los clínicos que produce, idea que perdura todavía dentro de la educación médica contemporánea.

A continuación, se presentan sintéticamente un recorrido histórico sobre la educación médica que movilizaron varios de los cambios actuales en este campo.

En los años cincuenta, la mayoría de las escuelas de medicina de Estados Unidos y Europa habían incorporado una infraestructura y un programa de salud pública y comunitaria sin contravenir la fórmula de Flexner. Sin embargo, en los años noventa fue más visible la necesidad generalizada de reformar la educación médica. (Venturelli, 1997)

En este sentido, en esas 4 décadas, se ha producido un conjunto de acontecimientos que indudablemente sienta las bases para lo que será un nuevo paradigma de la educación médica en el siglo XXI.

Los antecedentes de los cambios propuestos en este proceso contienen un número de documentos ampliamente divulgados escritos en forma de declaración de objetivos, entre los que se destacan "*La educación profesional general de los médicos del siglo XXI*" de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (AAMC) de 1984; la "*Declaración de Edimburgo*" de 1988, el "*Informe de la Fundación Robert-Wood Johnson"* de 1992 y la "*Declaración de Bolonia"* de 1999.

Por otra parte, y en respuesta a muchas de las inquietudes y propuestas al modelo "flexneriano", se encuentra el modelo epistemológico "crítico", que reconoce a los factores político, económico y social como determinantes en la constitución de las formas de estratificación social y de los procesos de salud y enfermedad (Patiño, 2001, p 169-78)

Parafraseando a Pinzón (2008) cabe aclarar que en el contexto latinoamericano podríamos distinguir dos enfoques que han representado dos paradigmas diferenciados en la educación médica, el ya mencionado enfoque "flexneriano" y el enfoque "crítico", en el sentido que intenta superar algunos de los postulados de Flexner e introduce una mirada diferente sobre los determinantes de la salud y la enfermedad.

En los años 60, la Universidad de McMaster, en Canadá, desarrolló el método orientado a la solución de problemas. Este método se basa en el razonamiento y conocimiento para la búsqueda de solución a partir de aprender a formular preguntas, desarrollar hipótesis, sintetizar información, defender opiniones, posiciones o tesis con ideas claras, buscar respuestas; en definitiva: formar decisiones (Byrn y Rozental, 1993)

Así lo describe Rovere (2014) cuando afirma que la lenta y compleja tarea de deconstrucción del modelo flexneriano se situó históricamente a fin de la década de los 60 bajo el influjo de los fuertes movimientos político-universitarios de la época (Paris, California, México) y se ejemplificaron con la experiencia de dos universidades muy diferentes entre sí como el caso de Mc Master en Canadá y la Universidad Autónoma en México.

En los años 70, el congreso de ALMA ATA sobre atención primaria de la salud concentró la atención de todos en la educación para la atención primaria de la salud y generó las bases para que la OMS desarrollara en 1981 la estrategia de “Salud para todos en el año 2000". Según Pinzón (2008) este acontecimiento indudablemente ha influido en forma notable en el desarrollo curricular orientado a la comunidad y en el surgimiento de nuevas áreas de enseñanza.

En los años 80, se produce el informe de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos “La Educación Profesional General de los Médicos del Siglo XXI”. Este informe promovía la reducción de las conferencias y su duración; enfatizaba la promoción de salud y la prevención de enfermedades; propugnaba la integración de la educación básica y clínica y la solución de problemas en forma activa por parte de los estudiantes.

Borrell Bentz (2005) afirma que desde esta década se identifican esfuerzos aislados para incorporar aspectos teóricos de las ciencias sociales a la enseñanza de la medicina, marcados por la aplicación de la corriente funcionalista que contribuyó en gran parte a una concepción estática de los problemas de salud.

En 1986, la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard inició su sección de aprendizaje basado en problemas separada de su programa de pregrado y pocos años después convirtió todo su programa a una orientación pedagógica con los mismos fundamentos (Pinzón, 2008).

Esta modalidad se ha extendido en Canadá y en varias facultades de medicina, existiendo programas en Estados Unidos, Alemania, Inglaterra, Suecia, España, Italia, entre otros. En la actualidad, también tienen programas con este enfoque Brasil, Argentina, Colombia y Chile. (Borrell Bentz, 2005)

Otro hito importante fue la Declaración de Edimburgo, en el contexto de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica en 1988. En los Documentos XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud XL (2000) se recomienda y asegura que la educación debe integrar la salud, su promoción y prevención, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona como un todo; los valores éticos y morales, las habilidades de comunicación, el profesionalismo y orienta el desarrollo de métodos activos y autodirigidos para promover la capacidad de los estudiantes de aprender y de comunicarse.

En los años 90, el documento elaborado por la fundación Robert-Wood Johnson llega a la conclusión de que se hace necesario que los estudiantes profundicen sus conocimientos en ciencias sociales, comportamiento, epidemiología clínica, ciencias de la información y de la comunicación, al estarse produciendo cambios continuos en los modelos de enfermedad y la transformación de la práctica médica (Marston, 1992)

En el año 1993 en Edimburgo, en la Segunda Conferencia Mundial sobre Educación Médica, se abordaron como ejes temáticos:

• el contexto mundial desde el punto de vista político, económico, social, ético y los derechos de los pacientes;

• el cambio de la práctica médica hacia la priorización de la atención primaria, la prevención y la promoción de la salud, y

• el crecimiento del conocimiento y los avances tecnológicos

El análisis de la repercusión de la 'Declaración de Edimburgo' en el sistema de formación de los médicos en particular, y de profesionales de las ciencias de la salud en general, muestra que en el mejor de los casos sólo se ha recorrido una pequeña parte del camino (Oriol-Bosch A, Pardell, 2004).

Siguiendo el recorrido de la década de los 90, en el año **1999** se inició el proceso de Bolonia con un compromiso político de los ministros de educación de cuatro países en Paris y se concretó un año después en la "Declaración de Bolonia". Este acuerdo puso en marcha un trascendente proceso de transformación educativa que impone a las universidades del Espacio Europeo de Educación Superior la obligación de orientar la educación de grado a la obtención de competencias (Smith, 1999).

Palés-Argullós, et al (2010) sintetiza algunos puntos clave a considerar:

- El proceso de Bolonia centra el sistema educativo superior en 'resultados de aprendizaje'. Los resultados de aprendizaje se expresan en competencias evaluadas.

- El debate dominante de la educación centrada en los procesos deja de ser un fin en sí para convertirse en instrumental al de la adquisición de competencias.
- Las competencias como objetivo educativo ponen la adquisición de las actitudes, valores y comportamientos al mismo nivel que la de los conocimientos y habilidades, lo que debe conllevar cambios conceptuales, metodológicos y evaluativos. Es más que aprender, es cambiar.
- Los docentes deberán seguir siendo expertos en 'conocimiento', pero deberán desarrollar sus capacidades para ampliar esta función actual e incorporar otras nuevas, como mentores de apoyo al proceso de aprendizaje y modelos de comportamiento profesional.
- Las estructuras organizativas y presupuestarias de las facultades deberán adaptarse para la mejor consecución de sus fines: la adquisición, por parte de sus alumnos, de las competencias profesionales exigidas.
- La evaluación de la competencia profesional siempre debe combinar distintos instrumentos. (p 133-134)

Este planteamiento, naturalmente complejo y absolutamente imprescindible para una mejora sostenida y eficaz de la actividad formativa, constituye el hito central de la evolución de los currículos hacia el nuevo modelo de sistema educativo que planteó el proceso de Bolonia (Prat-Corominas, Palés-Argullós, Nolla-Domenjó, Oriol-Bosch & Gual, 2010).

Prat-Corominas, et al (2010) sostienen:

> "La conceptualización clásica convencional de la educación médica se centraba en la adquisición por parte del que aprende, estudiante o residente, de los conocimientos y habilidades de las ciencias básicas y clínicas. (…) el ejercicio profesional requiere asimismo tener la capacidad para su integración en las estructuras sociales, asumiendo roles no clínicos, reconocer las funciones de otros agentes sanitarios y saber utilizar los recursos disponibles. Todo ello debe ser tenido en cuenta por los sistemas de educación médica para dar respuesta a las necesidades de la sociedad" (p 198)

Según Venturelli (2003) en los últimos quince años la educación en ciencias de la salud ha ido desarrollando un impresionante cambio que se expresa en un incontable número de programas que han ido innovando en sus métodos y planes educacionales.

Borrell Bentz (2005) por su parte concluye que:

> "Las preocupaciones de la educación médica han tenido diferentes matices a lo largo de la historia. Por un lado, los esfuerzos de acercar la educación a los problemas de salud de la población y a las condiciones sociales, han ocupado grandes debates a nivel mundial. Por otro lado, el elemento "mejora" educativa ha sido una constante, unas veces enfocada con mayor énfasis en el componente enseñanza, otras en los medios necesarios para cumplir la labor docente, otras en la formación docente. Más recientemente se enfocan las competencias que deben adquirir los futuros médicos y los estándares de calidad que deben tener los programas y escuelas" (p 58-59)

Rovere (2014) describe que en el caso de Argentina todos estos movimientos repercutieron de diferente manera generando experiencias con identidad propia en las universidades nacionales de Tucumán, de Cuyo, del Sur, de Rosario, del Litoral, del Centro. Este movimiento alcanzó también a generar reformas microcurriculares en cátedras y programas de las otras universidades públicas.

Asimismo, el autor reconoce que la educación médica está sometida a un conjunto dinámico de desafíos externos que provienen de la propia práctica, pero también resulta atravesada por debates internos que ya han desalojado definitivamente la idea –predominante por casi medio siglo– que hay una sola forma legal y legítima de formarse como médico.

Sobre la democratización del conocimiento y los cambios generacionales

Las continuas trasformaciones a la que está sujeta la educación médica no solamente están vinculadas a la evolución tecnológica o los avances médicos en general. El perfil demográfico y la creciente diversidad socioeconómica y cultural y étnica de los estudiantes y residentes también ofrecen elementos que proponen cambios.

Según Rodríguez de Castro (2012) en los centros formativos conviven diferentes generaciones de profesionales, con distintos valores y diferentes estilos de aprender y trabajar. Las características de la generación actual de estudiantes están condicionadas por el hecho de haber crecido en un mundo saturado de imágenes, computadoras, internet y nuevas formas de comunicación interpersonal.

El estudiante o profesional está acostumbrado al acceso a la información de manera inmediata, ilimitada y sin esfuerzo.

Los cambios no se presentan solamente en los modos formales de la educación médica, sino que tensionan las relaciones de poder dentro de las estructuras formativas hegemónicas, ya que los alumnos son más críticos con la organización, con los métodos docentes tradicionales y jerárquicos. Siguiendo los argumentos de la autora, las nuevas generaciones se sienten cómodas estableciendo relaciones con colegas que solo conocen virtualmente y que les permite organizarse sin restricciones para resolver problemas de la práctica.

En este sentido, la información no fluye como antes de arriba hacia abajo, sino que su curso es bidireccional, la disponibilidad casi inmediata de un caudal de información prácticamente ilimitada tiene un gran efecto transformador en toda la estructura formativa.

La conjugación de la declinación de la competencia tras finalizar el periodo de formación y la relación inversa entre tiempo que se lleva ejerciendo y la calidad de la atención, ponen en evidencia que los cambios científicos y tecnológicos impondrán la adquisición de habilidades complementarias que permitan a las nuevas generaciones adaptar los valores culturales propios a las estructuras jerárquicas formativas prexistentes.

Retomando a Rovere (2014), el prolongado proceso de formación de los profesionales de la salud se valida en tanto contribuye a desarrollar las competencias que serán necesarias utilizar en las situaciones reales, como así también la capacidad de respuesta que generen frente a realidades cambiantes. Del mismo modo, la educación médica resulta interpelada por cambios en las prácticas profesionales que dependen de cómo se redefinen en el tiempo factores como: la morbilidad prevalente, la estructura y dinámica de las poblaciones, las condiciones ambientales, el surgimiento de nuevas tecnologías, los cambios en los regímenes jurídicos y en el sistema de valores.

Sobre las trayectorias formativas en posgrado

Otras conceptualizaciones que dan marco al presente trabajo están expuestas en las ideas de Nicastro y Greco (2009) cuando refieren al concepto de trayectoria formativa como un entramado inacabado que supone una continuidad entre tiempos de la vida que componen las biografías educativas de las personas.

Según las autoras

> "Al hablar de trayectoria nos referimos a un recorrido, un camino en construcción permanente, que tal como lo señala Ardoino (2005) va mucho más allá de la idea de algo que se modeliza, que se puede anticipar en su totalidad o que se lleva a cabo mecánicamente respondiendo sólo a algunas pautas o regulaciones. No es un protocolo que se sigue, preferimos pensarlo como un itinerario en situación" (p 23)

En este sentido, hablar de trayectoria formativa de posgrado permite tomar una posición acerca del camino que se recorre, se construye y que implica sujetos protagonistas en relación de acompañamiento. Este acompañamiento está inscripto en un contexto compuesto por dispositivos que ofrecen situaciones de aprendizaje en las cuales construir un tipo de relación con los saberes es posible y alcanzar determinadas competencias también.

En relación con los modos de pensar las trayectorias formativas y las dimensiones del proyecto de desarrollo profesional es necesario advertir que éste no es lineal ni estrictamente del todo continuo ni estable. El proyecto de desarrollo profesional es dinámico, según Ferry (1990) en Nicastro y Greco (2009) la formación guarda como principio la *inactualidad* (no solo se forma para un aquí y ahora), la *finitud* (la formación sucede en una institución en un tiempo dado) y el *inacabamiento* (entender la formación como un proceso inacabado).

Siguiendo a Ferry (1990), los profesionales no solo se forman en un aquí y ahora sino en un espacio y tiempo que sucede por fuera de los dispositivos de formación, esto permite apelar a un futuro como un sujeto que seguirá formándose a lo largo de la vida, en tanto formación como un proyecto de desarrollo personal que cada uno hace a través de intermediarios (universidades, redes de profesionales, conversaciones informales con colegas, etc).

Sobre la educación médica continua y el desarrollo profesional continuo

Los términos de educación continua y educación a lo largo de toda la vida, según Bermejo Campos (2006), se suelen utilizar indistintamente depende del contexto donde se desarrolla la práctica educativa.

Este autor reconoce que,

> (…) últimamente se la denomina más frecuentemente como educación continua o educación a lo largo de la vida, y se emplea la denominación de educación continua para referirse a la dimensión de actualización profesional, tan necesaria en nuestras sociedades, caracterizadas por el cambio rápido y constante. (…) la formación continua es no sólo exigencia sino necesidad ineludible. (pp. 17-18)

Desde la perspectiva de la UNESCO (1976), el objetivo fundamental de las sociedades del siglo XXI se centra en el aprovechamiento colectivo del conocimiento, en la ayuda mutua y en la gestión de nuevos modelos de desarrollo cooperativo. En este contexto, la dimensión del aprendizaje se extiende, fortaleciéndose la noción de aprendizaje para todos a lo largo de la vida (*Lite Long Learning*).

En el caso del campo de la salud, parafraseando a Mejía (1986), la educación continua constituye todavía el único tratamiento conocido para la obsolescencia progresiva de la competencia profesional, síndrome de extensión universal con muchas formas subclínicas que a menudo pasan inadvertidas. El autor afirma que la educación inicial o de grado capacita sólo para comenzar una carrera o empleo y aporta los cimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional de un individuo. Sin educación continua, la competencia decrece progresiva e inexorablemente.

Dejando como ilustración la metáfora utilizada por Mejía sobre la educación como único tratamiento, la educación médica continua para Margolis (2014) es el conjunto de actividades que permite a los profesionales actualizar sus conocimientos y garantizar su capacitación para el desempeño de su actividad.

Por ello, supone una necesidad no solo para los médicos o profesionales de la salud sino también para las instituciones de salud y organismos gubernamentales.

Margolis (2012) señala que la educación médica continua (EMC) tiene el objetivo de mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención médica como una estrategia más entre varias disponibles. En sentido estricto, el autor menciona que engloba aquellas actividades de aprendizaje que se realizan después de la graduación de programas formales, con finalidades restringidas de actualización, que generalmente son actividades de duración definida y ocurren mediante metodologías tradicionales.

Por su parte, Kachmer (2005) afirma que en ocasiones se llega a la conclusión que los estudiantes cuya educación profesional general les ha proporcionado las destrezas de aprendizaje, los valores y las actitudes, necesitarán acceso fácil a la información para continuar estudiando por su cuenta.

Siguiendo al autor:

> (…) la imagen del futuro ha causado una inmensa fascinación a las generaciones de hombres y mujeres. Innumerables soñadores y amantes de la ficción se atreven a determinar los escenarios del presente siglo. La medicina y la enseñanza de ésta están inmersas en estos nuevos escenarios, los cuales resultan, en algunos casos, excitantes y atemorizantes. El siglo XXI ha sido un sueño lleno de esperanzas, ideales, progreso y prosperidad. (…) Sin embargo, dentro de este marco futurista hemos llegado, como estamos hoy, con los mismos problemas, por lo que además de reconocerlos existe la urgencia de afrontarlos y corregirlos. (p 280)

Se ha demostrado que existen formatos educativos con mayor o menor impacto en la práctica clínica. En particular se debe destacar que tienen mayor impacto el aprendizaje basado en casos, el aprendizaje interactivo en pequeños grupos, los programas educativos multifacéticos y los programas con más de una sesión a lo largo del tiempo. (Marinopoulos, 2007)

Davis (2003) afirma que por el contrario las conferencias magistrales o los materiales escritos por sí solos no producen cambios en la práctica clínica, dado que el proceso de cambio es complejo y con esas acciones solo se consigue crear conciencia de la necesidad de cambio, el primer estadio para lograrlo.

Para integrar algunos conceptos respecto a este punto, Margolis (2012) menciona otros términos que están relacionados con la educación médica continua, como es la *educación permanente en salud*, acuñada por la OPS (1994), que se refiere a la educación en el trabajo y para el trabajo del equipo de salud, y el *desarrollo profesional continuo* (DPC), denominación

emergente de los últimos años, que amplía los términos anteriores incluyendo conceptualmente a las diversas formas de aprendizaje formal e informal del médico durante su vida profesional.

Desde la perspectiva de la Word Federation for Medical Education (2004) el desarrollo profesional continuo (DPC) es el periodo de educación y formación de los profesionales que comienza tras la formación básica y de posgrado y que se extiende a lo largo de toda la vida profesional.

Otro aspecto del desarrollo profesional médico continuo es que requiere un ámbito de responsabilidades compartidas. Como menciona Petrucelli (2003) por sus características propias (período prolongado, población heterogénea en edades, especialidades y lugares de trabajo, desarrollo en un escenario complejo con influencias favorables y contradictorias, etc.), no es una tarea que pueda ser asumida por una sola institución.

Para la Asociación Médica Mundial (AMM) en su declaración sobre la Educación Médica del 2006 y revisada en el 2017, el objetivo de la educación médica continua es mantener al médico competente. Las escuelas de medicina, los hospitales y las sociedades de profesionales comparten la responsabilidad de desarrollar programas de desarrollo profesional continuo, incluida la educación médica continua y de ponerlos a disposición de todos los médicos.

La motivación de los médicos para participar en el aprendizaje se basa en la necesidad de reducir la tensión creada por la diferencia que existe entre “lo que es” y “lo que debería ser”.

Martínez Pérez y Macaya (2015) afirman que históricamente, la formación médica continuada se ha centrado en las actividades formales; sin embargo, hay muchas más actividades de aprendizaje en el proceso de educación continua, tales como: el aprendizaje de adultos, el aprendizaje autodirigido, la reflexión y el aprendizaje en grupos. Todas estas actividades pueden ayudar a estructurar tipos formales, semiformales e informales de planes y programas de aprendizaje.

La educación continua o desarrollo profesional continuo corresponde al periodo más específico de la formación médica y el más relacionado con los problemas reales de la práctica profesional. Esta especificidad, según los autores, se debe a la necesidad de que esta formación responda a los problemas que, de manera cotidiana, se le presentan al profesional en su ejercicio habitual.

Siguiendo a Martínez Pérez y Macaya (2015):

> “Bajo este prisma, la traducción del conocimiento significa mucho más que una simple aplicación directa e implica un proceso de reformulación e interpretación, traduciendo

un hallazgo o conocimiento científico en una conclusión, en una interpretación, en una innovación, en ejercicio profesional, en una interacción o en un resultado. Todo esto refleja sobre todo la necesidad de que el clínico adapte la información a la singularidad del contexto en el que se aplica" (p 46)

Para completar esta idea, Fox (2000) menciona que el profesional no solo debe saber, no solo debe ser capaz de aplicar correctamente sus conocimientos, sino que debe incorporar de forma metódica los cambios apropiados en su práctica profesional, y comprobar que esos cambios suceden y son los previstos. Las actividades formativas deberían basarse por tanto en los procesos naturales mediante los cuales incorporamos los cambios.

En este estudio nos referiremos a la educación médica continua como la estrategia que engloba las diversas formas de actualización y formación continua del equipo de profesionales de la salud incluyendo todos los aspectos mencionados como diversos ejes en los que cada profesional traduce su trayectoria formativa continua.

Sobre la educación a distancia

En los últimos años la educación a distancia mediada por la tecnología ha pasado en muy poco tiempo a ser considerada una opción valorada por todos los sistemas y niveles educativos. Barbera (2001) afirma que esta apreciación ha originado tanto la aparición de foros especializados sobre la educación a distancia y sus implicaciones, como la extensión de ciertas discusiones sobre el tema en otros ámbitos educativos que tradicionalmente han impartido educación presencial.

Dentro de las consideraciones debatidas al respecto y valorando la imprescindible contribución de la tecnología a la educación a distancia, Sancho Gil (2008) incorpora un debate sobre la dificultad que presenta convertir las Tecnologías de la Información y la comunicación (TICS) en las tecnologías para el Aprendizaje y el Conocimiento (TAC). Esta conceptualización transforma, según la autora, las tecnologías digitales en instrumentos de aprendizaje y construcción de conocimiento vinculadas a los fines de la educación y de los procesos e interacciones docentes.

En este contexto, Sancho Gil (2008) remarca:

> Así es como la presentación de cada incipiente o maduro desarrollo de las TICS como la quintaescencia de la innovación educativa sin tener en cuenta el contexto, los sistemas de sentido común, las relaciones de poder, el miedo a cambiar, las concepciones sobre enseñanza aprendizaje y un largo etcétera que configuran la acción educativa ha tenido un papel fundamental en la propia dificultad de convertir las TICS en TACS. (…) Este cambio profundo en el sentido y el valor del conocimiento supone para la educación un desafío sin precedentes. (p 22)

Desde estos postulados, Barberá (2001) afirma que las ideas que deberían fundamentar y orientar los procesos de enseñanza y de aprendizaje en los entornos virtuales educativos deben originarse desde posiciones teóricas similares a las que ayudan a interpretar la construcción de conocimiento desarrollados en entornos educativos presenciales.

Siguiendo a Barberá (2001), la autora afirma que las bases teóricas de la educación a distancia aún son frágiles. Por ello, la denomina *la adolescencia histórica de la educación a distancia*, la cual se ha extendido por el carácter práctico y operativo de las prioridades de esta disciplina. Concluye que la dificultad de encontrar un enfoque teórico que pueda explicar la heterogeneidad de la práctica educativa va en concordancia con la aceptación e identificación de los componentes multifactoriales y la propia dinámica de la educación a distancia.

Moore y Kearsley (1996) desarrollan una perspectiva teórica de la educación a distancia centrada en la autonomía del estudiante y una conceptualización de la distancia con un sentido pedagógico y no una cuestión de separación geográfica.

La teoría desarrollada por Moore sobre la *distancia transaccional* considera el proceso de educación como una transacción, concibiendo la distancia como un espacio psicológico y de comunicación. En esta concepción, la distancia no se atribuye únicamente a las situaciones en las que hay una separación física. En cualquier proceso de enseñanza y aprendizaje se puede encontrar una distancia transaccional, incluso cuando es presencial. Además de la distancia física también está la distancia social y la cultural.

Barberá (2001) parafraseando a Moore, afirma que la distancia transaccional se observa como un concepto que no se puede medir en términos absolutos, sino que se produce en mayor o menor grado en cualquier situación didáctica.

En este marco, las conceptualizaciones sobre la educación a distancia colaboran a visibilizar cuáles son las herramientas y técnicas de la educación médica continua (EMC) a distancia más eficaces para difundir y transformar el conocimiento médico como elementos fundamentales para mejorar la capacitación continua.

Según Margolis (2014), si bien los resultados de la EMC a distancia son en términos generales similares a los resultados de la EMC tradicional, existen algunos elementos que pueden contribuir a un mayor impacto en la práctica en cuanto a modalidades a distancia se refiere. El autor sostiene que el aprendizaje interactivo en pequeños grupos, las actividades educativas multifacéticas y las actividades que se prolongan en el tiempo, todas ellas asociadas a un mayor impacto, pueden ser más fáciles de implementar en la EMC a distancia.

El impacto potencial de las TAC en el campo de salud hace que el abordaje en el ámbito de la educación superior vaya más allá de la creación de entornos y recursos educativos.

Estos cambios en la oferta y en el currículum abre un nuevo campo de exploración en el área de investigación de la educación médica, sobre todo en la oportunidad que brindan estas innovaciones de conocer qué ocurre con la intención del profesional de utilizar en su práctica los nuevos conocimientos y cuál es su percepción ante esta nueva manera de actualización de sus competencias.

La educación médica a distancia y combinada

La EMC a distancia online permite potenciar comunidades profesionales y sus procesos de aprendizaje centrados en la reflexión y validación colectiva como elementos potentes para la aplicación del nuevo conocimiento en la práctica (Margolis, 2012)

Según García Areito (2004), la convergencia y la confluencia entre las metodologías y recursos de los sistemas educativos presenciales y a distancia está siendo hoy una realidad.

Una de las variantes de las instituciones duales o mixtas es la de ofrecer un determinado programa, asignatura o curso con una combinación de tiempos cara a cara, en el aula, y otros tiempos de trabajo fuera del recinto académico, con el apoyo de las tecnologías.

El blended learning sigue avanzando en el contexto internacional como una alternativa frente a la modalidad de la educación completamente virtual (e-learning) y ha sido percibido favorablemente como una opción de mejoramiento de la calidad de la educación. (Bolívar, 2010)

Según el autor:

> "El b. learning podría ser definido como una estrategia educativa en la que se integran actividades y recursos de la modalidad presencial y virtual en diferentes proporciones para lograr los objetivos educativos (…) Sin embargo, es importante advertir que no se trata de una simple yuxtaposición o sumatoria de aspectos de las dos modalidades educativas, sino de una integración flexible que asume proporciones variables de cada una en diferentes situaciones de enseñanza-aprendizaje (p 12)"

De este modo los medios, recursos, tecnologías, metodologías, actividades, estrategias y técnicas tanto presenciales como a distancia se integran para satisfacer cada necesidad concreta de aprendizaje.

Desde las diversas acepciones que se describen, en traducción literal, con blended learning se refiere al "aprendizaje mezclado" (to blend = mezclar, combinar). Depende el autor, diríamos aprendizaje combinado, mixto, híbrido, amalgamado, anexado, entreverado, entretejido, convergente, integrado, dual, bimodal, semipresencial (Salinas, 1997; García Aretio y Marín Ibáñez, 1998; Bartolomé, 2004; García Aretio, 2004; Llorente, 2009).

Con respecto a esta modalidad, Garrison y Vaughan (2008) afirman que el blended learning está en el centro de una evolución lógica y transformadora de la educación, sobre todo de nivel superior, y se basa en tres premisas fundamentales:

- reestructuración de los tiempos habituales de clase tradicional;
- integración de los tiempos de presencia y aprendizaje en línea y
- rediseño del curso para potenciar la participación de los estudiantes.

Esta dinámica supone, según estos autores, una reconceptualización y reorganización de las propuestas de aprendizaje basadas en estas nuevas interacciones (García Aretio, 2014).

Contexto virtual

Según Barberá (2001) uno de los conceptos que se ha originado bajo enfoques eminentemente tecnológicos es la denominación de *entorno virtual*, conceptualizado como el soporte tecnológico que hace posible la existencia de la interacción virtual por medios telemáticos. Pero como complemento de esta noción, desde consideraciones próximas a la psicología de la educación, surge el término *contexto virtual* reservado a significar aquellas características de la actividad educativa que enmarcan las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo la globalidad de las acciones de enseñanza y de aprendizaje virtual.

La noción de *contexto virtual* es fundamental para entender los procesos de comunicación que se presentan en este tipo de ambientes, ya que los sujetos que en él intervienen tratan de formar comunidades para promover su desarrollo personal y de aprendizaje, considerando las dimensiones cognitivas, afectivas y sociales:

> “El contexto será, pues, lo que los participantes comparten en una situación instruccional para llegar a la comprensión de un contenido, más allá de lo explícito. No será "lo envolvente", sino que el contexto virtual se entenderá como el camino —que utiliza la tecnología— para llegar a la adquisición de la cultura mediante un mecanismo interno y externo de apropiación de los significados” (Barberá et al., 2001, pp. 77-78).

A partir de estas nociones, la autora sostiene que existen aspectos de la educación a distancia que pueden ser interesantes para optimizar la construcción de conocimiento, se refiere a los diferentes *microcontextos educativos* configurados por las diversas relaciones que pueden establecerse entre los elementos instruccionales, la naturaleza de diferentes mediadores (el profesor y el soporte tecnológico), el proceso de creación de estos contextos virtuales o las dimensiones que puede adquirir un contexto de enseñanza y de aprendizaje virtual. (Barberá et al, 2001)

Es así como el concepto de comunidad adquiere nuevos significados al vincularse con el aprendizaje y más aún al asociarse con el de virtualidad. De acuerdo con Shumar y Renninger (2002) las comunidades virtuales (CV) implican una combinación de interacción física y virtual, de imaginación social y de identidad. Las CV pueden ser entendidas como los espacios de interacción, comunicación, intercambio de información o encuentro asociados a las posibilidades que ofrecen las TIC para crear un entorno virtual: desde el correo electrónico hasta los más complejos sistemas de administración de contenidos basados en Internet.

En las CV sus miembros están conectados a través de la red y no comparten un espacio físico, sino únicamente el espacio virtual que han creado para tal fin. Las CV que establecen como objetivo explícito el aprendizaje y cuyos miembros desarrollan estrategias, planes, actividades y roles específicos para alcanzar dicho objetivo se denominan *comunidades virtuales de aprendizaje* (CVA). Éstas tienen como foco un contenido o tarea de aprendizaje y se caracterizan porque, además de constituirse como una comunidad de intereses y de participación, utilizan los recursos ofrecidos por la virtualidad tanto para intercambiar información y comunicarse como para promover el aprendizaje (COLL, 2004).

En las CVA la acción educativa intencional se define como uno de los componentes fundamentales para su diseño y gestión. Las cuestiones relativas a los tipos y grados de ayuda, así como a los miembros de la comunidad que asumen en mayor medida la responsabilidad de prestar ayuda y guía en los procesos de aprendizaje, han adquirido una relevancia cada vez mayor en el transcurso de los últimos años como consecuencia de la atención creciente otorgada a la “presencia docente” en las CVA (Garrison y Anderson, 2005).

De acuerdo con las consideraciones precedentes, tres son los rasgos distintivos de las CVA: la elección del aprendizaje como objetivo explícito de la comunidad; el uso que promueven de las herramientas tecnológicas, tanto para intercambiar información y comunicarse como para promover el aprendizaje; y el uso de las potencialidades de los recursos tecnológicos para el ejercicio de la acción educativa intencional.

Nuevos escenarios para la investigación

Para comenzar a integrar los conceptos hasta aquí vertidos se retoman algunas ideas mencionadas previamente.

Se puede afirmar que el desarrollo profesional continuo entonces, es un prerrequisito para mejorar la calidad de la atención sanitaria; es una condición necesaria, pero no suficiente, para la mejora de la calidad de los servicios de salud que recibe la población.

Según Galli (2013) se ha demostrado que no existe ningún método o herramienta de educación médica continua –(particularmente los más usados, como son las conferencias, clases, pósters y simposios)– que por sí solo cambie la conducta de los médicos, y menos que cambie los resultados de su acción con los pacientes.

La autora afirma en relación con los dispositivos formativos a distancia, que la brecha digital aún está presente y que no está definida solo por la falta de acceso a Internet, sino que tiene al menos otras dos formas de presentación:

- Brecha de utilización: dificultad técnica por desconocimiento del uso de las tecnologías de la información.
- Brecha de apropiación: la información que se encuentra no es apropiada a las necesidades clínicas o no responde a las preguntas formuladas.

Vale la pena mencionar que el crecimiento de las modalidades de acceso libre (open source) contribuye a garantizar la imprescindible democratización del conocimiento disponible en especial en las regiones menos favorecidas del mundo.

Del mismo modo los cursos masivos abiertos en línea, conocidos como MOOC (Massive Open Online Course) despiertan un interés controvertido en la comunidad educativa. German Dabat en Zapata Ros et al (2016) menciona que estos cursos con una identidad compleja hacen aportes útiles para quienes ya desarrollaron capacidades para aprovecharlos, pero no resuelven ni enfocan los problemas más urgentes y profundos de la educación.

A la luz de los resultados obtenidos por los primeros MOOC, surgieron otras iniciativas que sin renunciar a las aspiraciones de una educación abierta, participativa y masiva promueven el fortalecimiento del rol docente, aumentan la interacción dentro del curso, acercan la propuesta educativa a las necesidades de los estudiantes entre otros objetivos, tal es el caso de

COOL (aprendizaje abierto en línea y colaborativo) de la Universidad de Guadalajara, México y los MOOC adaptativos de la Universidad de Murcia.

Los avances científicos y tecnológicos y las nuevas demandas socioculturales destacan transformaciones que movilizan las formas tradicionales de interactuar, lo que pone a cada uno de los sujetos en nuevos lugares frente al conocimiento y en nuevas construcciones de espacios intersubjetivos. Siguiendo el desarrollo de Solano Murcia (2015) junto a la mirada tradicional de la formación médica, se han ido construyendo nuevos recursos que reclaman reflexión.

Diversos autores (Galli, 2013; Solano Murcia ,2015; Venturelli,2003) indican que se necesitan más investigaciones en educación médica para identificar las cualidades esenciales para medir los vínculos causales que se cree que existen entre la EMC, el comportamiento del médico y los resultados clínicos.

Cantillón (1999) afirma que los hallazgos establecen la evolución de las metodologías de investigación y las barreras emergentes a la traducción de *saber hacer*. Si bien muchos estudios son metodológicamente débiles, hay indicios de que los diseños están cada vez más alineados con la complejidad del entorno de atención de la salud. La revisión de estos estudios proporciona apoyo para la necesidad de examinar múltiples factores dentro del proceso del conocimiento a la acción.

Competencias en contexto – Contexto de la acción

El desarrollo de la competencia está indisolublemente relacionado con los saberes y sus diferentes modos de ocurrencia: saber decir, saber hacer, saber decir como un hacer, saber decir sobre el hacer y saber hacer como un decir (Ribes, 2004)

A decir de Posada (2004) el concepto más generalizado de competencia es el que refiere al "saber hacer en un contexto", definiendo el saber hacer no sólo en el sentido de su instrumentalidad, sino como aquel desempeño integrado por conocimientos (teórico, práctico o ambos), afectividad, compromiso, cooperación y cumplimiento.

Posada (2004) menciona:

> "el concepto de competencia es bastante amplio, integra conocimientos, potencialidades, habilidades, destrezas, prácticas y acciones de diversa índole (personales, colectivas, afectivas, sociales, culturales) en los diferentes escenarios de aprendizaje y desempeño"(p,1)

En este sentido, hablar del desarrollo de la competencia necesariamente implica que el individuo establezca relaciones entre la práctica y la teoría, transfiera su desempeño a situaciones diversas y plantee y resuelva las situaciones problemas de manera inteligente y crítica.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se ha manifestado en diversas ocasiones sobre las competencias necesarias en estudiantes del siglo XXI. En su documento *Habilidades y competencias del siglo XXI para los aprendices del nuevo milenio en los países* (2010) define un marco teórico que conceptualiza tres dimensiones sobre las competencias a ser enseñadas: *información, comunicación e impacto ético-social*.

La primera, la información, integra las típicas habilidades pertenecientes a esta dimensión. Son habilidades de investigación y resolución de problemas que conllevan en algún punto definición, búsqueda, evaluación, selección, organización, análisis e interpretación de la información.

De acuerdo con los procesos de información y conocimiento, esta dimensión incluye dos aspectos:

- Información como fuente: búsqueda, selección, evaluación y organización de la información.
- Información como producto: la reestructuración y modelaje de la información y el desarrollo de ideas propias (conocimiento)

En relación con la comunicación, el documento describe el papel importante que juega esta dimensión para preparar a los estudiantes no sólo como aprendices *para toda la vida*, sino también como miembros de una comunidad con sentido de la responsabilidad hacia los otros. Esta dimensión posee a su vez, otros dos subdimensiones:

- La comunicación efectiva, siendo la alfabetización en medios, el pensamiento crítico y la comunicación habilidades que pertenecen a esta división.
- Colaboración e interacción virtual, proporcionando una retroalimentación constructiva a través de la reflexión crítica sobre el trabajo de los demás o mediante la creación espontánea de comunidades de aprendizaje donde se intercambian los roles de los estudiantes y del profesor.

La tercera dimensión discrimina, dentro del auge de las Tics, los desafíos éticos y el impacto social de la globalización y la multiculturalidad. Por consiguiente, las habilidades y

competencias relacionadas con la ética y el impacto social también son importantes para los trabajadores y los ciudadanos del siglo XXI. Se divide en dos subdimensiones éticas:

- Responsabilidad social: Dentro de esta agrupación, se encuentran las habilidades intervinientes que promueven un uso adecuado y responsable de la web como así también el reconocimiento de los riesgos potenciales. Pensamiento crítico, responsabilidad y toma de decisiones son habilidades de esta subdivisión.
- Impacto social: Esta dimensión atañe al desarrollo de una conciencia sobre los retos de la nueva era digital. Estas habilidades y competencias se denominan por lo general ciudadanía digital. El impacto de las acciones de los jóvenes en el medio ambiente también requiere reflexión, y las habilidades y competencias relacionadas con ello pertenecen a esta subdivisión.

La diversidad de componentes que entran en juego en las tres dimensiones analizadas lleva a pensar que una formación integral solo es posible desde el diálogo entre diferentes enfoques, perspectivas y metodologías, suponiendo la cooperación de especialistas de distintas disciplinas, buscando espacios de encuentro desde donde trabajar sobre estos temas.

En este contexto, se concluye que también en la educación médica resulta relevante cuestionarse sobre las habilidades y competencias requeridas para relacionarse y atribuirle sentido a los espacios de aprendizaje mediados por la tecnología.

En relación con las competencias y el contexto clínico donde efectivamente se desarrollan, Prieto Loureiro (2016) desarrolla una serie de articulaciones conceptuales realizadas por diferentes autores que ponen en contexto de la práctica o pensamiento clínico teorías del aprendizaje que se describen a continuación.

Desde la Teoría de la Cognición Situada y poniendo en consideración los aportes de Díaz Barriga Arceo, F. (2006) se pondera que para comprender la naturaleza de los aprendizajes es preciso conocer la situación específica en que ellos se realizan, las características del contexto sociocultural, las herramientas materiales y simbólicas de las que disponen los sujetos.

Por su parte, Souto (1993) señala que:

> “El acto pedagógico surge en la interacción entre un sujeto que aprende (individual o colectivo) y un sujeto que enseña (o un objeto que representa a éste), en función de un tercer elemento: el contenido. La relación que se establece es a la vez cognitiva, afectiva y social” (p. 43).

En relación con los aprendizajes integrados es la oportunidad de mencionar la cognición distribuida y lo que trae a escena esta conceptualización.

Autores como Salomón (2001) o Greeno, Resnick y Collins (1996) afirman que la cognición al igual que las herramientas, artefactos y sistemas simbólicos son saberes compartidos por los individuos, de manera tal que el pensamiento estaría situado y distribuido socialmente en contextos particulares de intenciones e instrumentos.

Perkins (2001) y Roy Pea (2001) hablan de inteligencia y cognición distribuidas respectivamente. Para Perkins (2001), la inteligencia distribuida está constituida por los recursos cognitivos del ser humano, además de todas las herramientas que ha desarrollado a lo largo de la historia. Roy Pea (2001) prefiere referirse al término cognición distribuida, concibiéndola como distribuida más allá del organismo propio, abarcando a otras personas, apoyándose en medios simbólicos y aprovechando el entorno y los artefactos.

En este marco, la integración de estas perspectivas supone categorías de acceso al sistema de procesamiento de conocimientos pues proporcionan: 1) el conocimiento necesario, 2) representaciones accesibles, 3) caminos de recuperación eficaces, 4) ámbitos constructivos que sirven de apoyo para hacer las cosas y estructurar ideas.

En este sentido, los efectos cognitivos son determinados por el entorno en donde se desarrolla la función cognitiva. Las personas elijen y construyen sus ambientes físicos y sociales, y en parte lo hacen para apoyar la cognición. (Pea, 2001)

El nicho teórico en el que aparecen y se agrupan buena parte de estos enfoques es el constructivismo de orientación sociocultural o socioconstructivismo (COLL, 2001), por ejemplo, el aprendizaje situado, el aprendizaje distribuido, el aprendizaje colaborativo y, en menor medida, el aprendizaje comunitario.

Para Zabala y Arnau (2007) la ejecución de una acción competente está en función de las situaciones problema con las que interaccionan los individuos, considerando que éstas son únicas y complejas: únicas porque las circunstancias y los criterios cambian; complejas en función del número de variables que participan y las relaciones que se establecen.

En relación con el contexto de la práctica clínica, Lago de Vergara (2003) sostiene que en el ámbito de la salud los profesionales deben desarrollar destrezas a efectos del reconocimiento de problemas, de la obtención de datos y de la formación de su pensamiento para la toma de decisiones.

En la misma línea, autores como Barbier (1999) entienden que la acción dirigida a adultos, que en el futuro ocuparán un lugar laboral, siempre está atravesada por la representación que se tenga de la profesión y del profesional que deberá ser. Para este autor, el mundo de la formación actúa como una transformación de capacidades y un desarrollo progresivo de las mismas, que el profesional formado va a utilizar luego en una situación real.

Otros autores sostienen en relación con la enseñanza de la clínica, la importancia de la presencia de capacidades personales, de competencias y de aptitudes de tipo social que están referidas a la convivencia y al trabajo con otros. Las competencias se irán gestando a través de una práctica y de la posibilidad de reflexionar sobre la acción. (Irby 1995 y Hernández Aristu, 1995, citados por Finkelstein y Gardey, 2004).

Lifshitz (2004) considera que el aprendizaje de la clínica no obedece a las estrategias usadas en otro tipo de aprendizaje y sostiene que no se logra el aprendizaje de la clínica solamente en base a memorización y lecturas. Este tipo de aprendizaje presenta, además, una mayor carga de los aspectos afectivos. Este autor, señala que los retos más significativos para la enseñanza de la clínica radican en la existencia de una estrecha vinculación entre la teoría y la práctica. Considera además que es necesario partir de la práctica para luego incorporar la teoría en la enseñanza de la clínica. Estos retos involucran también competencias en entornos virtuales que favorecen, por las herramientas y habilidades que se ponen en juego, el desarrollo de un razonamiento clínico de calidad.

Por lo tanto, las calificaciones personales y las habilidades que presuponen la necesidad de competencias cognitivas para el saber se crean a través de la práctica y de la posibilidad de reflexionar sobre la acción realizada. (Hernández Aristu, 1995, citado por Finkelstein y Gardey, 2004).

Schön (1992) afirma que:

> (…) cuando se aprende el arte de una práctica profesional, se aprenden nuevas formas de utilizar diferentes tipos de competencias que ya se poseen y concluye que “la autonomía y la responsabilidad de un profesional no se entienden sin una gran capacidad de reflexionar en la acción y sobre la acción” (p.12).

Conceptos predictores que anticipan el desarrollo de la competencia

El alcance de este estudio no involucra a la *competencia* como una variable a ser analizada en sí misma, pero volver sobre su conceptualización brinda algunos elementos que la definen. Estos pasos previos a su adquisición interesarán a la hora de categorizar las herramientas y habilidades que los profesionales adquirieron según su percepción, y comenzaron a utilizar y continúan su uso luego de finalizar los respectivos cursos.

Volviendo a las conceptualizaciones sobre la competencia, se agregan los pensamientos de Diaz Barriga y Rigo (2000) que afirman:

> (…) el concepto de competencia alude a un saber hacer que lleva a un desempeño eficiente, el cual puede demostrarse mediante ejecuciones observables. Se trata de una capacidad para resolver problemas, que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que plantean situaciones diversas. La competencia no se limita a los aspectos procedimentales del conocimiento, a la mera posesión de habilidades y destrezas, sino que va acompañada necesariamente de elementos teóricos y actitudinales (p. 76)

Según González-González (2010), el médico se enfrenta al gran compromiso de estar preparado y actualizado constantemente, debiendo dominar habilidades que incluyen además de la prevención de los problemas de salud , la adquisición de una sólida capacidad de búsqueda de la información científica, poder realizar un análisis crítico de lo leído, entender los avances de las ciencias básicas de la medicina y definir su potencial aplicación en los pacientes, comprender los fenómenos globales que modifican la práctica médica y los sistemas de salud.

Conjuntamente, la competencia fundamental es la aplicación del conocimiento y el razonamiento clínico (Agostini, 2015)

En esta línea, Miller (1990) desarrolló un modelo representado por una pirámide, en el que identifica cuatro niveles de formación por orden de complejidad en los que se sustenta las competencias profesionales clínicas médicas y a su vez se estructura la evaluación, tema que no se abordará en este estudio.

Miller, sostiene que en la base de la pirámide estaría *el saber* (know) o conjunto de conocimientos teóricos que todo profesional debe dominar en la práctica profesional. En el segundo nivel estaría *el saber cómo* (know how) usaría los saberes teóricos adquiridos si los tuviera que poner en práctica en un contexto particular. En el tercer nivel nos encontraríamos

con el *demuestra cómo* (show how) lo haría, es una demostración con hechos, pero aún no es la práctica profesional directa. Finalmente, en la cúspide de la pirámide, *el hacer* (doing) en la práctica profesional. Esta instancia sería una actuación real, en un contexto o situación profesional de desempeño y en el momento de evidenciar la competencia.

Por su lado, Kane (1992) introduce en la definición de la competencia profesional el buen juicio asociados a la profesión y lo vincula al conocimiento y las habilidades en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional.

Completando la definición, según Norman (1985) se entiende a las competencias como la posibilidad real que tiene el ser humano de integrar y movilizar sistemas de conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes y valores para la solución exitosa de aquellas actividades que se presenten en su esfera de trabajo.

En busca de una clasificación acerca de la competencia, Norman (1985) concluye que la competencia clínica es un conjunto de atributos multidimensionales y propone la categorización siguiente:

- Habilidades clínicas: la habilidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.
- Conocimientos y comprensión: la habilidad para recordar conocimiento relevante acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.
- Atributos interpersonales: la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes.
- Solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado.
- Habilidades técnicas: La habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes. (p 15-37)

Dentro de este marco conceptual sobre las competencias y los conceptos que anticipan su adquisición, se tomó como referencia el “modelo operativo para el análisis de la competencia clínica” que describe Lario Mendoza (2006) y que realizó un grupo de trabajo de la Facultad de Medicina de la UNAM, dentro del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME) en 1997.

El modelo operativo se basa en un concepto adaptado por este grupo de investigación, que surge de las similitudes de varias de las conceptualizaciones ya mencionadas. El concepto adaptado enuncia que la competencia clínica es el "conjunto de capacidades de un médico para realizar consistentemente las funciones y tareas integradas que se requieren para resolver con eficiencia y calidad humana, los problemas de salud que le sean demandados por la sociedad". Este concepto integra los conocimientos, habilidades y actitudes de las ciencias básicas, clínicas y socio-médicas en la solución de los problemas individuales y colectivos.

Se presenta a continuación, el modelo operativo para el análisis de los componentes de la competencia clínica.

MODELO OPERATIVO PARA EL ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA CLÍNICA		
Núcleo básico declarativo ¿Qué debo saber para poder hacer?	Conocimiento esencial en la memoria de corto y largo plazo	- Capacidad para recordar conocimiento relevante (hechos, conceptos y principios) y aplicarlo a situaciones o problemas clínicos
Núcleo Procedimental ¿Qué debo hacer?	Habilidades clínicas	- Capacidad para obtener información fidedigna y confiable a través del interrogatorio y la exploración física (reconocimiento de patrones y secuencias de acción). - Capacidad para seleccionar estudios de laboratorio y/o gabinete que contribuyan al diagnóstico y terapéutica
	Habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo	- Capacidad para procesar, sintetizar e interpretar la información obtenida y/o refinarla con la utilización racional de recursos adicionales para tomar las decisiones adecuadas y oportunas (integración diagnóstica, planes de manejo, pronóstico, interconsulta, seguimiento, educación del paciente y su familia)
	Habilidades	- Capacidad para realizar procedimientos y técnicas especiales en

	técnicas	el estudio y manejo de los problemas del paciente
Núcleo de relaciones humanas y éticas ¿Cómo debo interactuar?	- Habilidades de comunicación interpersonal - Actitudes ante el paciente y sus familiares - Habilidades adaptativas	- Capacidad para establecer una adecuada relación médico-paciente. - Capacidad para asumir y demostrar actitudes éticas apropiadas hacia el paciente, su familia, el equipo de salud y su comunidad. - Capacidad de comprender la importancia de la situación psicosocial en la génesis de la enfermedad y su modificación favorable como recurso potencial de prevención
CONTEXTO DE COMPETENCIA: Escenarios, recursos y características socioeconómicas y culturales de la comunidad e instituciones en donde se desarrolla la competencia clínica.		
(PAPIME 1997, Facultad de Medicina UNAM)		

Las categorías y variables que componen este modelo se tomaron para el análisis de la información cualitativa relevada, ciertamente, las características de este proceso se encuentran desarrolladas en los aspectos metodológicos del presente estudio.

También se agrega, como señalan Díaz Barriga y Rigo (2000),

> "el intento de integrar componentes teóricos, procedimentales y actitudinales en el concepto unitario de competencia (que tan enfáticamente subraya la dimensión práctica del conocimiento), aparece como vago e insuficiente: (…) no se explicita de qué manera y en qué medida el conocimiento teórico contribuye a la optimación de los procedimientos, ni se analizan las relaciones entre conocimiento comprensivo, toma de conciencia y actuación estratégica; por otra parte, las actitudes suelen jugar dentro del modelo un papel subsidiario, presentándose como "criterios de calidad" de las competencias sin que se constituyan (...) en objetivos educativos de primera importancia. (p 81)

Capítulo 3 – Objetivos

En este capítulo se enuncia el objetivo general del estudio y se presentan los 3 objetivos específicos.

Objetivo General

Explorar la percepción sobre el proceso de educación médica continua y la utilidad para la práctica profesional de herramientas o habilidades técnicas adquiridas por los profesionales en los cursos de posgrado con modalidad blended learning dictados en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste durante los años 2016 – 2017.

Objetivos específicos

1. Describir el proceso de educación médica continua desde la perspectiva de los profesionales cursantes, sus características generales y específicas respecto a la modificación de la práctica profesional.

2. Caracterizar la valoración de los profesionales sobre el curso realizado y sobre el nivel de actualización percibido.

3. Analizar las herramientas y habilidades que los profesionales identificaron como adquiridas y su utilización sostenida en el tiempo en su práctica profesional.

Capítulo 4 – Aspectos metodológicos

Es este capítulo se describen la metodología con la cual se llevó adelante la investigación.

Tipo de investigación y ámbito de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con diseño seccional o transversal, con descripción y análisis de información cuantitativa y cualitativa para la caracterización del problema o fenómeno de estudio y la descripción de ocurrencias relevantes, su frecuencia y distribución.

Se seleccionó la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste como ámbito de estudio porque en esa facultad se dictan diversos cursos de posgrado y de actualización profesional a través de su plataforma virtual introduciendo innovaciones educativas en sus propuestas aparte de los programas de las Maestrías y Doctorados.

Estos cursos permiten analizar el proceso de Educación Médica Continua, la modalidad b-learning y su utilidad para los profesionales que realizan los mismos. Además, este ámbito fue seleccionado por razones de factibilidad y accesibilidad ya que al tener conocimiento previo de los cursos y quienes los gestionaron y dirigieron, se pudo acceder a información esencial para realizar la investigación, como por ejemplo tipos y cantidad de cursos implementados por año, los listados de alumnos y la disponibilidad de direcciones de mail para poder realizar la encuesta.

Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por los profesionales que cursaron uno o más cursos de posgrado con modalidad b- learning, implementados de la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional del Nordeste en su plataforma Moodle entre los años 2016 y 2017.

Los listados de los cursos ofrecidos durante esos años y los usuarios (profesionales cursantes) de dicha plataforma fueron provistos por el área administrativa de la facultad.

En los años seleccionados se tomaron 43 de los cursos presentes en la oferta, en los cuales se inscribieron 1500 profesionales aproximadamente.

Para conformar la muestra de profesionales a los cuales finalmente les fue enviada la encuesta hubo que realizar una tarea de depuración de dicho listado ya que se identificaron inscripciones duplicadas, datos duplicados y otros datos con errores de formato. Dichas duplicaciones y errores fueron eliminados del listado. Se trabajó con la base de datos sin información personal ni datos académicos, solo con las direcciones de mail. La muestra depurada quedó conformada por 700 profesionales cursantes a quienes se les envió una encuesta.

Fue una muestra no probabilística de tipo intencional y la unidad de análisis fue cada uno de los profesionales que cursaron uno o más cursos de posgrado ya mencionados.

Recolección de datos

Se efectuó una encuesta online autoadministrada semiestructurada no validada durante parte de los meses mayo y junio del año 2018 (4 semanas) a la población seleccionada. La encuesta se envió a través de un link (Google forms) al correo electrónico de cada alumno con membrete y aval institucional de las autoridades de la facultad. Se optó por la encuesta por internet por la rapidez y por el menor coste en relación con otro tipo de despliegue con encuestas administradas.

La encuesta fue diseñada ad hoc para este estudio con el objetivo de analizar las percepciones sobre el proceso de educación médica continua y sobre la adquisición de competencias técnicas y su utilidad para la práctica profesional percibidas por la población seleccionada. Del diseño del instrumento tuvieron participación otros colegas, se seleccionaron las dimensiones que permitían operacionalizar los objetivos planteados y se elaboró la encuesta. La consulta con otros expertos facilitó que las preguntas fueran elaboradas de manera clara, evitando ambigüedades, como así también definir la cantidad de preguntas y el cálculo del tiempo para un relevamiento de estas características.

Junto con el envío del formulario de la encuesta a los 700 profesionales resultantes de la depuración del listado, se realizó una presentación institucional invitando a los profesionales a

participar voluntariamente del estudio. Esta presentación fue acompañada por el decano de la Facultad dándole un marco institucional y de apoyo.

El formulario, en primera instancia, presenta un consentimiento informado en el cual se detallan los objetivos del estudio, éste se encontraba disponible antes de iniciar la encuesta. Se realizaron 3 recordatorios durante el período de 4 semanas en el que estuvo disponible el cuestionario.

Prueba piloto

Antes de la administración de la encuesta se realizó una prueba piloto en la cual se aplicó una primera versión a 30 alumnos de la cohorte 2016, dos meses antes del inicio de la indagación. El grupo tenía características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación, probando al mismo tiempo las condiciones de aplicación. Se convalidó el consentimiento informado que se administró para este caso.

En esta instancia, también se sometieron las observaciones e interpretaciones realizadas al juicio crítico de otros colegas para luego trabajar en la adecuación del cuestionario final en cuanto a la formulación de las preguntas y su disposición general, la comprensión de las consignas, como así también la secuencia y cantidad de temas y la posibilidad de cerrar algunas de las preguntas abiertas por agotamiento de las categorías posibles.

Con los resultados de la prueba piloto se realizó la codificación de las preguntas que lo requerían, y se efectuó la corrección e integración de los ítems que lo requirieron. De las 30 personas seleccionadas para participar de la prueba piloto respondieron 25.

Se presenta en los respectivos anexos los elementos de la indagación:

Anexo I: Invitación Formal para la participación en el estudio

Anexo II: Comunicaciones enviadas – Modelo de recordatorios

Anexo III: Acuerdo de colaboración, consentimiento informado

Anexo IV: Instrumento de recolección

Descripción del instrumento de recolección

El cuestionario constaba de 31 ítems con preguntas cerradas y abiertas, distribuidos en 7 dimensiones, a saber: 1. Información general; 2. Perfil profesional; 3. Lugar de Trabajo; 4. Educación Médica Continua; 5. Identificación del curso 2016/2017; 6. Sobre el curso realizado; 7. Del conocimiento a la acción en la práctica.

Cabe destacar, que las dimensiones 4, 6 y 7 reúnen los aspectos educativos centrales que interesaron relevar a los efectos de los objetivos específicos del estudio.

Se conocía previamente que la población encuestada era uniforme en cuanto a su nivel educativo, por lo cual algunas preguntas utilizaron un tipo de lenguaje conocido por la comunidad participante del estudio.

Las 12 preguntas que integraban las tres primeras dimensiones permitieron obtener información sobre aspectos sociodemográficos de interés respecto de los sujetos participantes.

- Información General: esta dimensión permitió obtener información socio demográfica del profesional: *Edad* (expresada en años), *Sexo* (expresada como variable dicotómica mujer/hombre), y *Nacionalidad, País de residencia y Ciudad de residencia* (como preguntas de respuesta abierta). Se consideró residencia como el lugar en el que vive actualmente el profesional.
- Perfil profesional: esta dimensión permitió obtener información sobre la formación académica del profesional: *Título de grado, Universidad en la cual obtuvo el título de grado, Año que obtuvo el título de grado,* fueron ítems de respuestas abiertas. Mientras que "*Posee alguna Especialidad"* fue un ítem cerrado dicotómico (SI – NO), y "*En caso de haber respondido afirmativamente, ¿indique cuál?*", fue de respuesta abierta.

- Lugar de trabajo: todas las preguntas que integraban esta dimensión fueron de respuesta abierta y permitieron obtener información sobre la ocupación actual del profesional, a saber: *Lugar de trabajo donde tiene mayor carga horaria, Rol o cargo desempeñado, Otros trabajos en los cuales se desempeña*.

Las 4 preguntas que integraban la dimensión Educación Médica Continúa permitieron recoger datos sobre el primer objetivo específico a partir de preguntar sobre la *percepción que*

los encuestados tenían sobre la EMC en general, así como sobre el motivo de realizar una actividad de actualización, y sobre cómo estas actividades modifican o no la práctica profesional.

Fueron 3 preguntas de opciones múltiples cerradas, más una opción abierta para la respuesta *Otros, ¿cuáles?;* y una última pregunta expresada en una escala con valores ordinales (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca).

La dimensión 5 Identificación del curso 2016/017 tuvo una finalidad operativa para proseguir con la encuesta sobre los cursos realizados. Contuvo 3 preguntas, la primera pregunta fue por los cursos realizados por el profesional durante esos años. Fue una pregunta de opción múltiple, (los 43 cursos impartidos por la Facultad de Ciencias Médicas con la modalidad seleccionada durante esos años) y solicitó que efectuara la selección de todos los cursos que el participante hubiera realizado en dicho período, la segunda fue una pregunta cerrada de una única opción. A partir del mismo listado codificado, se le solicitó la selección de un solo curso sobre el cual debió responder todas las siguientes preguntas de la encuesta. La última, fue una pregunta cerrada de única opción, expresada en rangos de períodos de meses transcurridos desde la finalización del curso.

La dimensión 6 Sobre el Curso realizado, permitió recoger información sobre el objetivo específico 2 acerca de la valoración de los cursantes sobre de *modalidad de cursada, utilidad del curso, temas tratados, herramientas adquiridas, dedicación, actividades desarrolladas, habilidades interpersonales, expectativas de aprendizaje, grado de actualización percibido*.

Fueron 10 preguntas o ítems cerrados de única opción expresadas en escala tipo Likert con valores ordinales (Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo).

Finalmente, la última dimensión Del conocimiento a la acción en la práctica respondió al objetivo específico 3 y permitió obtener información para evaluar la adquisición percibida de competencias técnicas y la utilización sostenida de herramientas o habilidades brindadas en el curso, reconocimiento y mención de estas.

La dimensión contuvo dos preguntas sobre la percepción de utilizar en su práctica actual habilidades o herramientas adquiridas y la identificación de estas. La primera pregunta fue cerrada de única opción expresada en una escala ordinal (Siempre, Casi siempre, A veces, Casi nunca y Nunca); y la segunda fue una pregunta abierta solicitando que se mencionen al menos 3 herramientas o habilidades que el profesional haya comenzado a utilizar y continúe utilizando a partir del curso realizado.

Análisis de los datos

A excepción de la Dimensión 7 que requirió de un tipo de análisis con enfoque cualitativo, para el resto de los ítems que integran las otras 6 dimensiones se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes y, en el caso de la edad, el promedio y rango.

Las herramientas o habilidades mencionadas por los profesionales en la dimensión 7, fueron analizadas según cantidad de menciones y agrupadas en 3 grandes categorías: núcleo básico declarativo, núcleo procedimental y núcleo de las relaciones humanas y éticas, según el modelo operativo para el análisis de la competencia clínica desarrollado conceptualmente en el marco teórico y elaborado por la Facultad de Medicina de la UNAM en el Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME, 1997).

Estas grandes categorías a su vez se dividieron en subcategorías específicas que permitieron agrupar a una gran cantidad de ítems mencionados. Dado que las subcategorías ofrecidas por el modelo no permitían una clasificación exhaustiva de todas las respuestas, se trabajó con un tipo de análisis mixto (inductivo-deductivo) generando también subcategorías *emergentes*, siguiendo el proceso general de análisis de datos cualitativos propuesto por Rodríguez, Gil y García (1996), quienes, a su vez, se basan en el análisis de Miles y Huberman (1994)

Según el modelo teórico adoptado, la categoría "Núcleo básico declarativo" describe capacidades para recordar conocimiento relevante (hechos, conceptos y principios) y aplicarlo a situaciones o problemas clínicos.

Para esta categoría fueron consideradas algunas de las menciones que se le atribuían la adquisición de nuevos conocimientos, como es la incorporación de las TICS o manejo de internet, utilización de redes, participación en foros.

Esta dimensión fue desglosada en 6 subcategorías emergentes: (a) *Incorporación TICS, (b) Métodos de enseñanza, (c)Conocimientos sobre Epidemiología, Estadística e Investigación, (d) Otros conocimientos nuevos, (e) Búsqueda bibliográfica y (f) Técnicas de redacción*

La categoría "Núcleo procedimental" involucra las subcategorías (a) *"habilidades clínicas"*, las cuales integran la capacidad para obtener información fidedigna y confiable a través del interrogatorio y la exploración física (reconocimiento de patrones y secuencias de acción) como así también la capacidad para seleccionar estudios de laboratorio y/o gabinete que contribuyan al diagnóstico y terapéutica. También, la subcategoría (b) *"habilidades técnicas"* que involucran aquellas capacidades para realizar procedimientos y técnicas especiales en el estudio y manejo de los problemas del paciente.

Además, se encuentra como subcategoría las (c) *"habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo"*, compuesta por capacidades para sintetizar e interpretar la información obtenida y/o refinarla con la utilización racional de recursos adicionales para tomar las decisiones adecuadas y oportunas (interconsulta, seguimiento, educación del paciente y su familia)

Finalmente, la categoría "Núcleo de relaciones humanas y éticas" está integrada por las subcategorías teóricas (a) *Habilidades de comunicación interpersonal* relacionadas con la capacidad para establecer una adecuada relación médico-paciente, (b) las *actitudes ante el paciente y sus familiares* que reúnen la capacidad para asumir y demostrar actitudes éticas apropiadas hacia el paciente, su familia, el equipo de salud y su comunidad y (c) las *habilidades adaptativas* donde confluyen la capacidad de comprender la importancia de la situación psicosocial en la génesis de la enfermedad y su modificación favorable como recurso potencial de prevención.

Proceso de análisis

Este proceso quedó configurado en torno a la reducción de datos, disposición y transformación de éstos y, obtención de resultados. En este sentido, según Rodríguez y Gutiérrez (2005) se pudo establecer una secuencia de tres pasos para el análisis, en primer lugar, se separaron las unidades de contenido (correspondiente a cada una de las herramientas o habilidades mencionadas), luego se identificaron y clasificaron elementos que conlleva una categorización y una codificación (subcategorías iniciales) y por último se realizó la síntesis y agrupamiento (categorías y subcategorías teóricas y emergentes finales).

En todo el proceso de análisis, sobre todo en la conformación de subcategorías, se requirió de estrategias complementarias de triangulación y comentarios de pares (Rodríguez y Gutiérrez, 2005), con otros colegas con el fin de contrastar o validar los agrupamientos realizados y problematizar las observaciones e interpretaciones realizada desde diferentes perspectivas con otros colaboradores. Esto permitió unificar y dar sentido al análisis de las respuestas que por su diversidad y extensión no podían ser reproducidas en detalle.

Finalmente, siguiendo a Rodríguez Sabiote; Lorenzo Quiles y Herrera Torres (2005), se consideró que cada unidad de registro (dato, mención) hacía referencia a una determinada categoría en la cual encontraba su sentido perteneciendo así a un sistema de categorías, en el que se deberían cumplir los requisitos básicos de exclusividad, exhaustividad y único principio clasificatorio. Desde este punto de vista, muchas veces la pertenencia de una unidad a una

determinada categoría no estaba clara (Gil, 1994), motivo por el cual se recurrió a la triangulación.

En este sentido, se tomaron la totalidad de registros relativos al objeto de estudio, se realizó un trabajo de depuración y de categorización estableciendo presencia, frecuencia e importancia para poder interpretar y extraer significados y conclusiones.

Capítulo 5 – Resultados

En este capítulo se presentan los resultados realizando una lectura descriptiva de los datos relevados. Con el objetivo de ordenar esta descripción el capítulo se divide en apartados que organizan el análisis y se enfoca primero en la descripción de los aspectos sociodemográficos estudiados y, posteriormente, en cada uno de los objetivos específicos del estudio.
Cabe destacar que, como resultado de la indagación, del total de las 700 encuestas enviadas 5 participantes seleccionados respondieron a la convocatoria comunicando que no podían participar, y se recibieron 270 respuestas o ingresos al formulario de las cuales 3 fueron inválidas, por ese motivo no fueron incluidas en el análisis. Respondieron de manera completa 267 personas (tasa de respuesta de 38%)

Caracterización de la población de estudio y descripción de datos demográficos

Del total de las 267 personas encuestadas, cuyo promedio de edad general fue de 43 años (24 a 69), el 65% fueron mujeres. El promedio de edad de las mujeres fue de 41 años mientras que el de los hombres fue de 46 años.

La mayoría de los encuestados residía en el país, el 77% lo hacía en las provincias de Corrientes, Chaco, Misiones y Formosa, y casi el 90% era de nacionalidad argentina. El mayor porcentaje del resto de los participantes fue de nacionalidad paraguaya.

En relación con la profesión, casi todos los encuestados eran profesionales de la salud de los cuales más del 60% eran de profesión médica. En segundo lugar, se encontraba la profesión enfermería y en tercer lugar la kinesiología. En cuanto a la especialidad el 66% de los profesionales habían realizado una especialidad (ver Tabla 1)

Otro aspecto por describir fueron las actividades laborales desempeñadas. En primer lugar, prácticamente todos los participantes respondieron realizar actividades asistenciales y de gestión, y solo 2 personas se dedicaban como único trabajo a la actividad académica. Además, cuando se les consultó por otras actividades realizadas en el campo laboral, las personas manifestaron en un 23 % (62) no tener otras actividades laborales.

Sin embargo, de aquellas que sí las tenían (205), el 67 % (137) realizaban actividades asistenciales públicas y privadas y de gestión, mientras que el 33 % (68) tenía como segunda actividad la docencia.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas de los profesionales encuestados. N= 267

Variables	N	(%)
Sexo		
Femenino	174	65
Masculino	93	35
Nacionalidad		
Argentina	232	87
Paraguaya	29	11
Peruana	2	1
Uruguaya	2	1
Costarricense	1	0
País de Residencia		
Argentina	233	87
Paraguay	31	12
Bolivia	1	0
Brasil	1	0
Perú	1	0
Título de grado		
Medicina	163	61
Enfermería	26	10
Kinesiología	23	9
Psicología	15	6
Farmacia	13	5
Bioquímica	10	4
Nutrición	5	2
Psicopedagogía	4	1
Veterinaria	2	1
Abogacía	1	0
Comunicación Social	1	0
Contador	1	0
Fonoaudiología	1	0
Ingeniera en Alimentos	1	0
Obstetricia	1	0
Posee especialidad		
Sí	177	66
No	90	34

Fuente: Datos propios

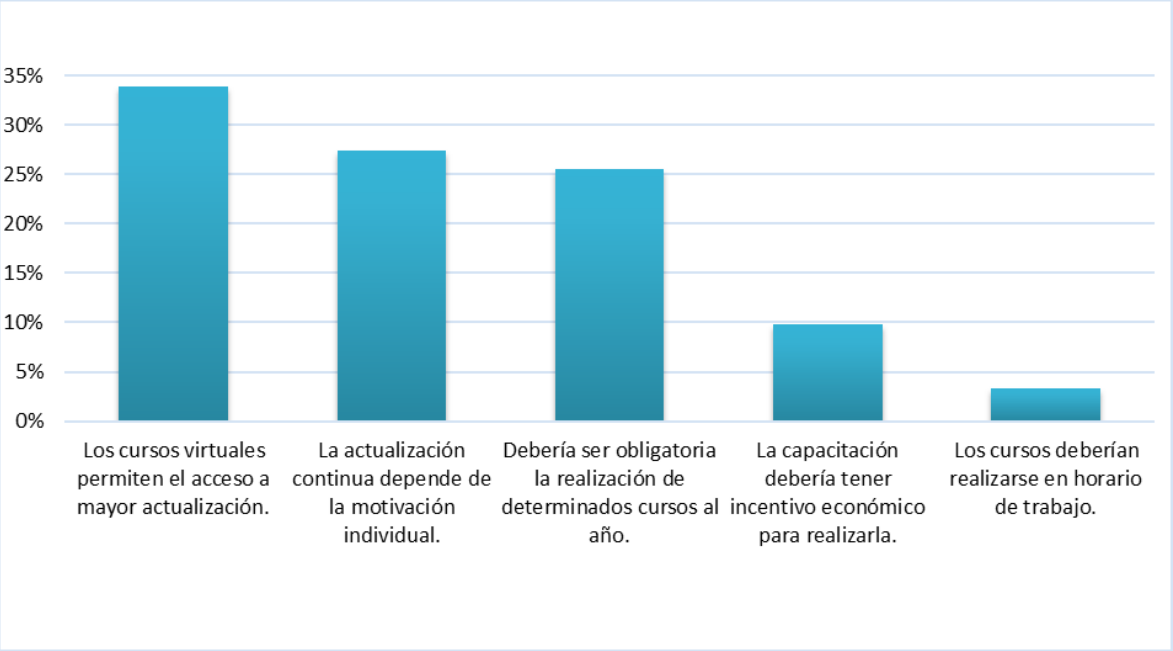
Educación médica continua

En este apartado se describe el proceso de educación continua según las respuestas a la encuesta efectuada. Se realizaron cuatro preguntas para abordar la dimensión Educación Médica Continua relativas a obtener información sobre la *percepción general, el motivo de realizar una actividad de actualización, el tipo de actividades realizadas en los últimos 12 meses, y su percepción sobre cómo ésta modifica o no la práctica profesional*.

Percepción general respecto al desarrollo profesional continuo

Ante la pregunta de opción múltiple sobre la percepción general de los encuestados respecto al desarrollo profesional continuo en los profesionales de la salud, se registraron 537 respuestas realizadas por los 267 participantes. La opción con mayor cantidad de respuestas fue: *Los cursos virtuales permiten el acceso a mayor actualización* (182) mientras que la opción con menor respuestas fue: *Los cursos de actualización deberían realizarse en horario de trabajo* con 18 registros (ver Gráfico 1)

Gráfico 1: Porcentaje de respuestas sobre percepción general respecto al desarrollo profesional continuo. N=537



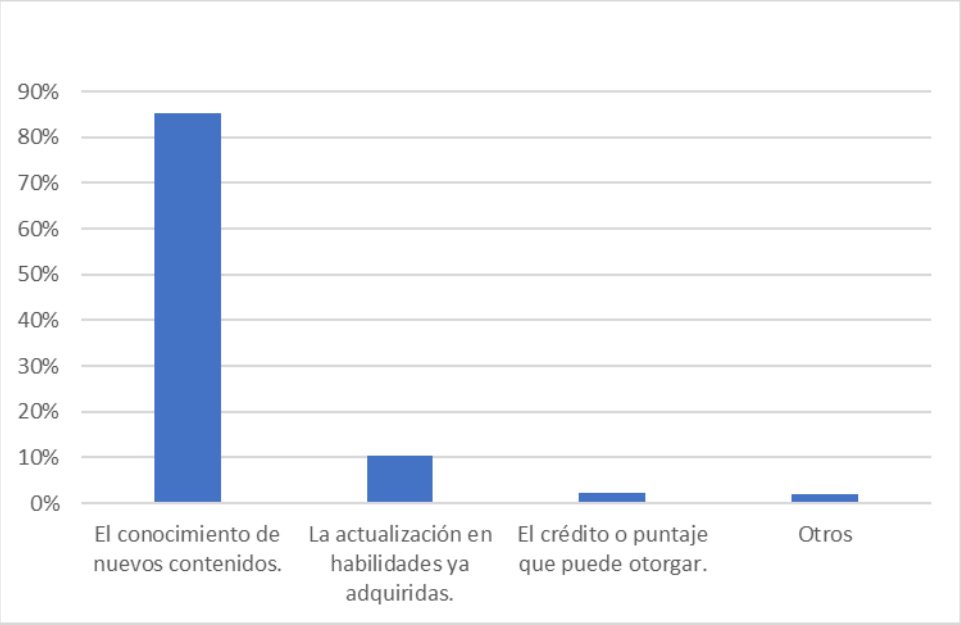
Fuente: Datos propios

Motivos priorizados al elegir una actividad de capacitación

Con respecto a la pregunta de única opción sobre los motivos priorizados cuando deciden elegir y participar de una actividad de capacitación, se registraron 267 respuestas correspondientes a los 267 participantes. El 85% afirmó que cuando decide participar de una actividad de capacitación lo hace por *El conocimiento de nuevos contenidos* (nuevas habilidades, nueva información, nuevas estrategias de trabajo) y el 11% optó por *La actualización de habilidades ya adquiridas*. (ver Gráfico 2)

La pregunta tenía una opción abierta para que los participantes pudieran responder otros aspectos no considerados en las opciones de respuestas. En relación con lo expresado en esta opción *Otros,* el 2 % (5) mencionaron como motivo para elegir una actividad formativa, el acceso a mayor retribución u otros espacios laborales como así también el costo de la actividad a elegir.

Gráfico 2: Porcentaje de respuestas sobre los motivos priorizados al elegir una actividad de actualización. N=267



Fuente: Datos propios

Tipos de actividades de formación realizadas en los últimos 12 meses

Ante la pregunta acerca de las actividades en las que habían participado en el último año, se describe a continuación la distribución de las respuestas según actividad formativa. Por tratarse de una pregunta de opción múltiple, se obtuvieron 974 respuestas realizadas por los 267 participantes, esto supone un promedio de 4 respuestas por persona respecto a actividades formativas en los últimos 12 meses. La opción que tuvo mayor porcentaje de respuestas fue *Cursos Presenciales* y las que tuvieron menor porcentaje fueron *Seminarios Intensivos* y *Otros* (ver Tabla 2)

Tabla 2. Actividades realizadas en los últimos 12 meses. **N 974**

Actividades	**N**	**%**
Cursos presenciales	203	21
Cursos virtuales	173	18
Lectura de artículos	150	15
Jornadas de capacitación en servicio	138	14
Congresos	132	14
Cursos a distancia	101	10
Participación en redes profesionales	48	5
Seminarios intensivos	20	2
Otros	9	1
Total	974	100

Fuente: Datos propios

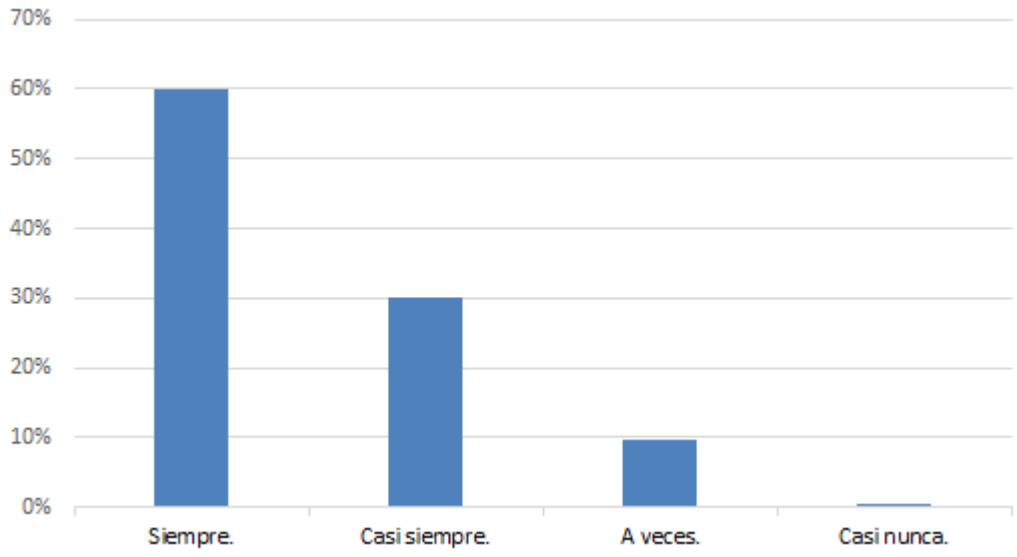
En la distribución entre las diversas modalidades y formatos educativos (presenciales, virtuales, otros), se observa en primer lugar, que predominan las actividades presenciales representadas en cursos presenciales propiamente dichos, congresos, jornadas de capacitación en servicio y seminarios intensivos (51%). En segundo lugar, con el 28%, se encuentran las actividades virtuales y a distancia. Dentro de la categoría “otros” el acceso a conocimiento relevante fue dado en redes sociales, simposios y ateneos.

Valoración respecto a cómo la capacitación modifica los resultados de la práctica

Respecto a la valoración realizada por los encuestados sobre si las actividades de capacitación modifican los resultados de la práctica, el 90 % (240) consideró que los resultados de su práctica se modificaron *Siempre o Casi siempre*, esto independientemente de la modalidad o formato

educativo. El 10% (26) manifestó que a veces, mientras que una (1) persona optó por la respuesta *Casi nunca*. (ver Gráfico 3)

Gráfico 3. Porcentaje de respuestas sobre la valoración realizada respecto a cómo las actividades de capacitación modifican los resultados de la práctica. N= 267



Fuente: datos propios

Identificación del curso elegido 2016 -2017

Tal como se explicó en el apartado de aspectos metodológicos, en la encuesta se presentó un listado con 43 cursos (21 cursos del 2016, 22 del 2017) impartidos por la Facultad de Ciencias Médicas con la modalidad bajo estudio. Los encuestados tuvieron que seleccionar uno de los cursos con el objetivo de continuar con la encuesta brindando información sobre ese único curso seleccionado.

A continuación, se presentan datos sobre el tiempo trascurrido desde que el participante realizó el curso elegido y el momento de la encuesta. El 86 % de los encuestados realizó el curso los 12 meses previos al momento de la toma de la encuesta (mayo 2018). (ver Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de respuestas sobre el tiempo transcurrido desde la finalización del curso realizado en meses agrupados.

Tiempo transcurrido en meses	**N**	**%**
De 0 a 6 meses	127	48
De 7 a 12 meses	101	38
De 13 a 18 meses	23	9
Más de 19 meses	16	6
Total	**267**	**100**

Fuente: datos propios

Sobre el curso realizado

En relación a si la modalidad del curso b learning elegido lo incentivó a inscribirse en este tipo de actividades, el 92% de los 267 encuestados manifestó que este tipo de modalidad de cursada lo había incentivado. También el 90 % (240) manifestó que fue necesaria la instancia presencial.

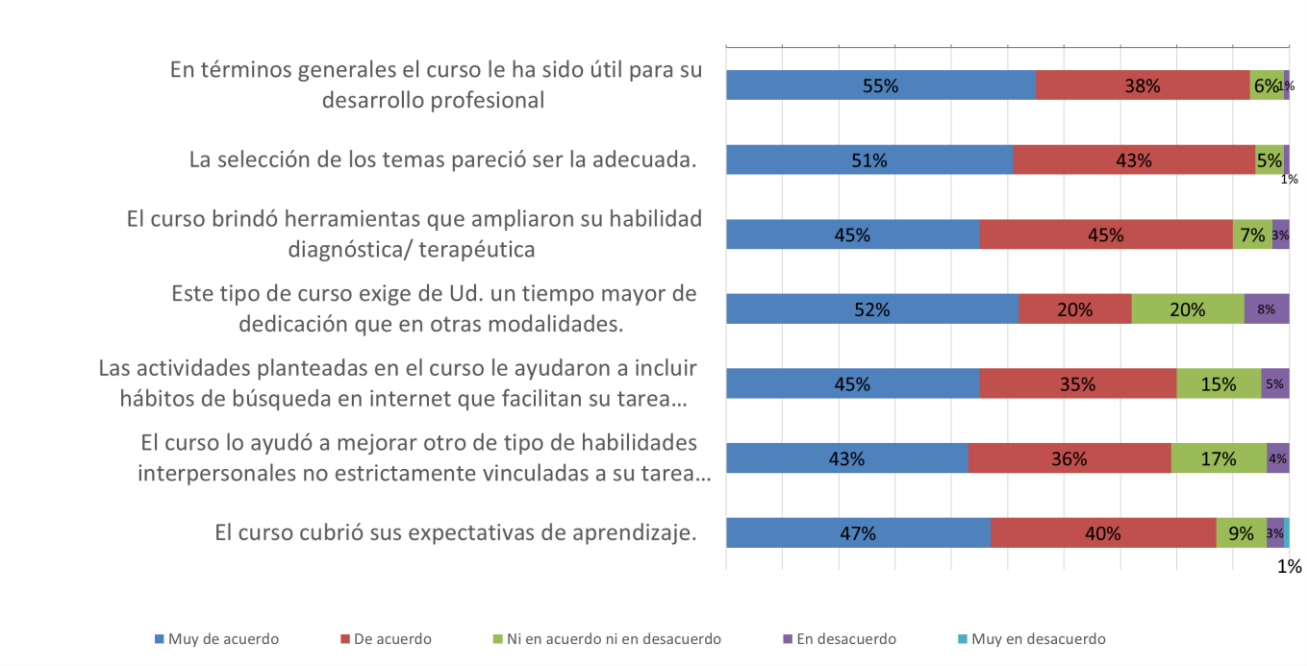
Cada uno de los ítems 7 items que permitieron valorar el curso realizado, fue evaluado por los participantes con un alto porcentaje de *muy de acuerdo o de acuerdo (*70% o más). Los ítems que tuvieron el mayor porcentaje de *muy de acuerdo* fueron: *En términos generales el curso le ha sido útil para su desarrollo profesional; La selección de los temas pareció ser la adecuada; y Este tipo de curso exige de Ud. un tiempo mayor de dedicación que en otras modalidades*.

Los ítems con mayor porcentaje de desacuerdo fueron *Este tipo de curso exige de Ud. un tiempo mayor de dedicación que en otras modalidades* y *Las actividades planteadas en el curso le ayudaron a incluir hábitos de búsqueda en internet que facilitan su tarea*.

Prácticamente no hubo opiniones *muy en desacuerdo,* a excepción de *El curso cubrió sus expectativas de aprendizaje, con el 1%*. (ver Gráfico 4)

Con respecto a las 2 personas (1%) que respondieron estar en desacuerdo con la utilidad del curso y la selección adecuada de temas, coinciden en que el curso les brindo un nivel básico de actualización y no utilizan las habilidades o herramientas adquiridas.

Gráfico 4. Valoración de los entrevistados respecto al curso seleccionado. N=267



Fuente: datos propios

Nivel de actualización percibido en el curso que ha participado.

En relación con el nivel de actualización percibido, 116 profesionales respondieron que el curso les permitió adquirir habilidades y herramientas intermedias, y 78 que la adquisición fue de herramientas avanzadas. Los 73 profesionales restantes respondieron que el curso le brindo información básica e introductoria. (ver Tabla 4)

Tabla 4. Percepción de los encuestados respecto al nivel de actualización adquirido.

Nivel de actualización percibido	N	%
Adquisición habilidades y herramientas intermedias.	116	43
Adquisición habilidades y herramientas avanzadas.	78	29
Adquisición de información básica e introductoria.	73	27
Total	**267**	**100**

Fuente: datos propios

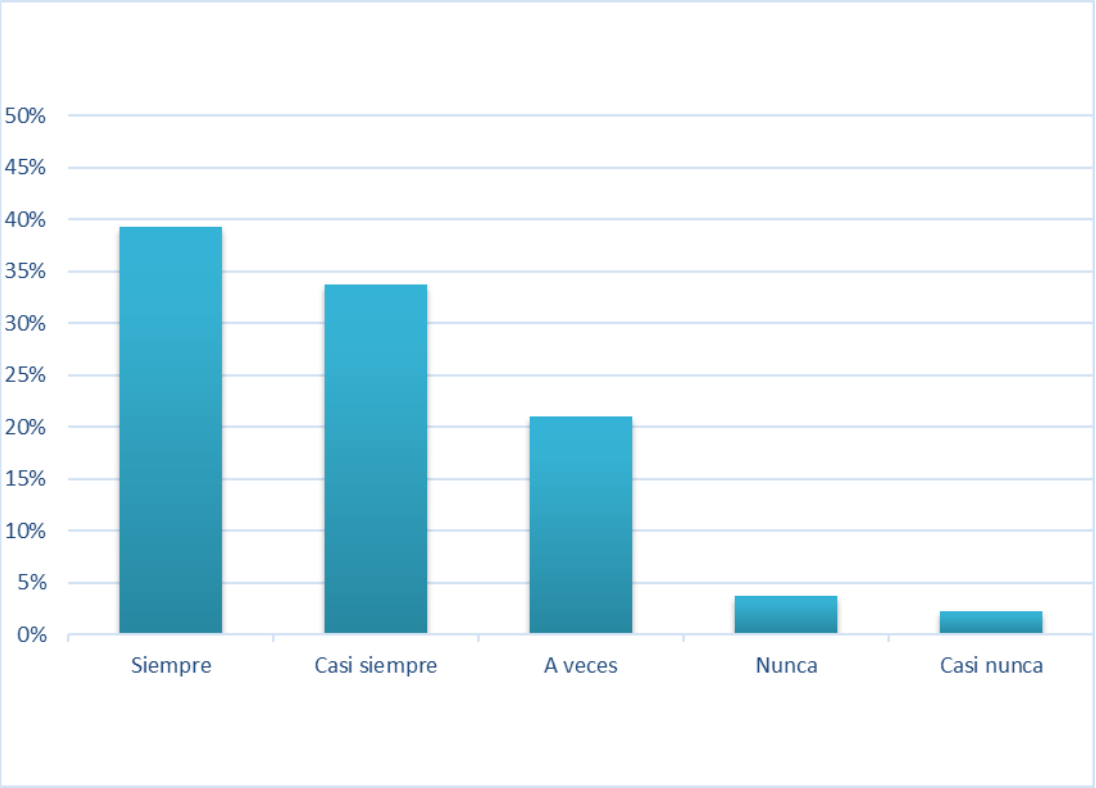
El promedio de edad de las personas que respondieron que adquirieron herramientas y habilidades intermedias fue de 42 años (24 a 65), de aquellas que adquirieron habilidades avanzadas fue de 45 años (24 a 69) y de las que manifestaron adquirir habilidades básicas fue de 40 años (24 a 68).

Identificación y clasificación de herramientas o habilidades que utiliza el alumno a partir del curso

Los profesionales manifestaron en un 73% que continuaban utilizando las herramientas o habilidades adquiridas en el curso para la resolución de problemas de la práctica clínica, siempre o casi siempre. Del total de participantes, 16 respondieron que no las utiliza o casi nunca. (Gráfico 5).

Este grupo tiene un promedio de edad de 39 años (28 a 54) y en un 70% opinó que había adquirido habilidades básicas e introductorias.

Gráfico 5- Percepción de los profesionales sobre el uso actual de las habilidades adquiridas (N 267)



Fuente: Datos propios

A continuación, se presenta información sobre la última pregunta abierta que proponía que el profesional mencionara hasta 3 herramientas o habilidades que comenzó a utilizar y sigue utilizando a partir de la realización del curso.

De los 267 profesionales el 92% (248) identificó entre 1, 2 y 3 habilidades o herramientas que sigue utilizando en su práctica laboral. De ese total, el 46% (112) mencionó 3 herramientas o habilidades, el 20% (50) mencionó 2, mientras que el 34% (86) mencionó solo una.

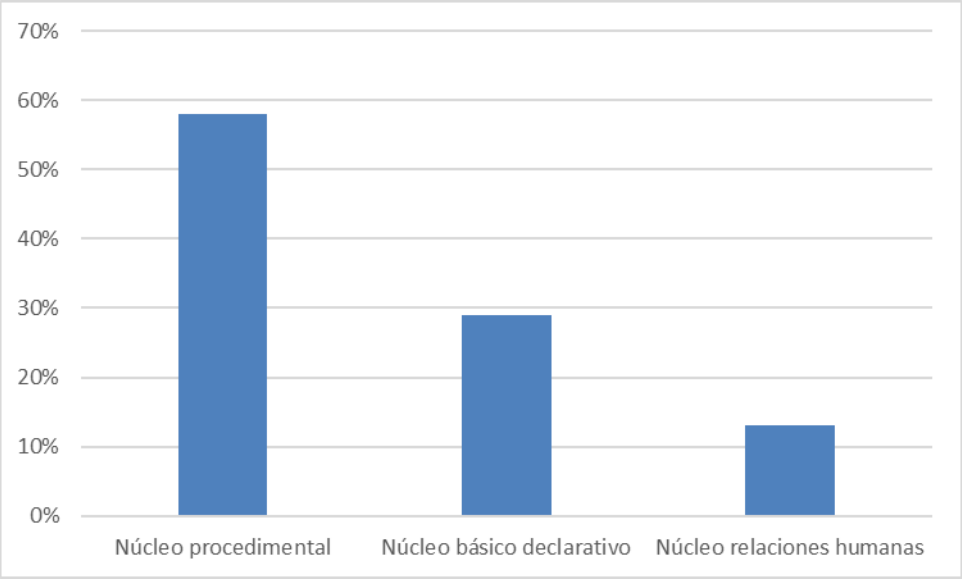
Sin embargo, el 4 % (10) de las personas no respondieron la pregunta, mientras que el 3% (7) afirmaron que no utilizan las herramientas adquiridas. Además, el 1% (2) de las respuestas no fueron consideradas para el análisis ya que no era posible categorizarlas a los fines del estudio.

De los 10 casos que no respondieron, el promedio de edad era de 39 años (28 a 45), 8 habían realizado el curso elegido hacía más de 7 meses y también consideraban en su mayoría que decidían participar de los cursos por el conocimiento de nuevos contenidos (nuevas habilidades, nueva información, nuevas estrategias de trabajo). Además, el 63% (7) consideró que siempre o casi siempre las actividades de capacitación modifican la práctica.

Por otro lado, el grupo de 7 personas que manifestó no utilizar ninguna herramienta, con un promedio de edad de 40 años (32 a 54), 4 habían realizado el curso hacía más de 13 meses y el 100% consideró que siempre o casi siempre las actividades de capacitación modifican la práctica. En relación con el curso realizado el 71% (5) manifestó que el curso no había sido útil para su desarrollo profesional. De los 7 profesionales, 5 habían elegido cursos distintos, sin embargo, los dos restantes habían cursado y elegido el mismo curso.

En el total de las respuestas válidas se identificaron 524 habilidades o herramientas que en ese momento seguían utilizando los profesionales. Las respuestas se dividieron, según lo expresado en la metodología, en tres grandes categorías de análisis, en orden de magnitud: Núcleo procedimental con el 58% (N304), Núcleo básico declarativo, 29% (N151) y Núcleo de las relaciones humanas con el 13% (N69) (ver gráfico 6)

Gráfico 6: Porcentaje de habilidades o herramientas identificadas por categorías de análisis (N524)



Fuente: datos propios

También, tal como se explicó en el apartado de metodología, cada una de las categorías analíticas se dividió a su vez en subcategorías, las que permitieron agrupar una gran cantidad de ítems que debido a la diversidad y extensión de las respuestas no se las reproduce en detalle. Solo dos menciones de herramientas o habilidades fueron invalidadas por ser ininteligibles para su interpretación.

Núcleo Procedimental

Se mencionaron 304 habilidades o herramientas correspondientes a la categoría *Núcleo procedimental*, distribuidas en 3 subcategorías, habilidades técnicas, habilidades clínicas y habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo. Además, al interior de cada subcategoría se describen otros agrupamientos emergentes del discurso que se agruparon en áreas temáticas para su análisis (ver tabla 5)

Tabla 5- Herramientas o habilidades adquiridas identificadas por los profesionales y clasificadas dentro de la categoría Habilidades procedimentales y sus subcategorías

Habilidades procedimentales		
Habilidades Técnicas (106 menciones)	Habilidades Clínicas (160 menciones)	Habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo (38 menciones)
-Criterios de seguridad del paciente -Uso de instrumental especifico - Ecografía básica y doppler -Uso de nuevos dispositivos -Técnica de ejercicios terapéuticos. -Práctica en estética -Evaluación forense -Soluciones médico-quirúrgicas -Dosificación de equipos de fisioterapia	-Evaluación clínica -Confección de HC -Examen físico -Seguimiento del paciente -Interpretación de casos -Métodos Diagnósticos -Prescripción medicamentos -Solicitud de prácticas y laboratorio -Terapéuticas actualizadas -Análisis de interacciones farmacológicas -Manejo de patologías crónicas -Valoración de ingreso y egreso de pacientes. -Insulinoterapias	-Análisis del error médico -Técnicas de resolución de problemas -Elaboración de recomendaciones a pacientes. -Educación al paciente -Capacitación al equipo de trabajo. -Derivaciones adecuadas -Educación a la familia del paciente -Esquemas de trabajo y protocolos - Visitas domiciliarias -Manejo en la consulta -Relación médico paciente

Fuente: datos propios

Núcleo básico declarativo

La categoría *núcleo básico declarativo* presenta 151 habilidades mencionadas distribuidas para su análisis en 6 subcategorías emergentes que se presentan a continuación (Ver tabla 6)

Tabla 6- Herramientas o habilidades adquiridas identificadas y clasificadas dentro de la categoría Núcleo básico declarativo y sus subcategorías emergentes

Núcleo básico declarativo					
Incorporación TICS (27 menciones)	Métodos de enseñanza (17 menciones)	Conocimientos Epidemiologia, Estadística e Investigación (35 menciones)	Otros conocimientos nuevos (30 menciones)	Búsqueda bibliográfica (37 menciones)	Técnicas de redacción (5 menciones)
-Campus Virtual -E books -Simulación -Búsqueda web -Foros -Habilidades informáticas	- Taller -Técnicas de estudio Herramientas tutorías -Material didáctico - Aprendizaje basado en problemas - Aprendizaje colaborativo	-Conocimiento científico -Habilidades en investigación -Diagnóstico de situación -Estudio de casos y controles -Gestión de datos	-Actualización en diagnósticos -Conceptos teóricos nuevos. - Actualización de temas básicos - Cultura organizacional - Profundización de conocimientos	-Artículos online - Publicaciones médicas - Actualización -Lectura científica	-Escritura científica -Elaboración de informes -Comunicación escrita

Fuente: datos propios

Núcleo de relaciones humanas y éticas

Se mencionaron 69 habilidades correspondientes al *"Núcleo de relaciones humanas y éticas"*, de las cuales 35 pertenecen a la subcategoría de "Habilidades de comunicación interpersonal", 21 a "Actitudes ante el paciente y sus familiares", y 13 para “Habilidades adaptativas”. También en este caso se describen otros agrupamientos emergentes para facilitar la comprensión de los temas y conceptos vertidos en las respuestas de los profesionales (ver Tabla 7)

Tabla 7 – Herramientas y habilidades adquiridas identificadas por los profesionales, clasificadas dentro de la categoría Núcleo de relaciones humanas y éticas y sus subcategorías

Núcleo de relaciones humanas y éticas		
Habilidades de comunicación interpersonal (35menciones)	Actitudes ante el paciente y sus familiares (21 menciones)	Habilidades adaptativas (13 menciones)
-Trabajo en equipo -Habilidades comunicacionales entre pares -Redes sociales -Derivación e interconsultas -Participación en foro -Técnicas de Mediación	-Comprensión, escucha activa y dialogo -Indagación empática -Relación médico paciente -Habilidades para la resolución de conflictos -El respeto y cuidado integral hacia la persona enferma y la familia. -Transferencia de Habilidades de Autoconocimiento	-Sensibilización -Automonitoreo -Contención -Utilización de redes para solucionar problemas relacionados con el paciente -Aprendizaje emocional -Ayuda a pacientes con menos recursos -Mejor desempeño -Articulación de redes. -Trabajo interdisciplinario

Fuente: Elaboración propia

Además, de las 248 personas que respondieron acerca de las 3 habilidades o herramientas que siguen utilizando, el 19% (43) respondió que las 3 herramientas o habilidades adquiridas eran del núcleo procedimental (siendo 129 las herramientas en total), el 50% (64) eran habilidades clínicas, el 38% (49) habilidades técnicas y el 12 % (16) habilidades de resolución de problemas. Por otro lado, el 4% (11) de los profesionales mencionaron las 3 opciones como herramientas del núcleo básico declarativo, donde la incorporación de TICS obtuvo el mayor porcentaje y el 1% (3) respondieron que sus herramientas eran solo del núcleo de las habilidades de las relaciones humanas, obteniendo el mayor porcentaje las habilidades de comunicación interpersonal.

Capítulo 6 - Discusión y conclusiones

En este capítulo se presentan los hallazgos encontrados entre las conceptualizaciones de la educación médica continua y las percepciones de los sujetos de estudio sobre el proceso de desarrollo profesional continuo y los cursos realizados.

Las discusiones alrededor de los objetivos del estudio permitieron responder los interrogantes propuestos, como también abrir otros y realizar observaciones que permitieron nuevas perspectivas. Algunos de los resultados encontraron coincidencias y contradicciones en los estudios citados como antecedentes en el marco de esta investigación.

Para poner en contexto los resultados, dentro de las características socio demográficas se destaca que la mayoría de los participantes fueron mujeres, de nacionalidad argentina y residentes en el país, prioritariamente en el nordeste argentino. Con respecto a la edad, podemos afirmar que el promedio de edad (43 años) ilustra un profesional activo en plena carrera y el rango (24 a 69) conduce a pensar en una trayectoria formativa continua que se extiende a lo largo de la vida.

Casi la totalidad de los encuestados eran profesionales de la salud, siendo más de la mitad de los mismos médicos con más de un empleo, aunque un tercio de este grupo tenía como segunda actividad la docencia.

Como resultado del análisis de las percepciones respecto al proceso de educación médica continua de los profesionales, se puede concluir que para ellos la EMC permite acceder a una mayor actualización, y que el motivo principal para seguir capacitándose se debe a una motivación personal con la intención de adquirir nuevas habilidades, nueva información o nuevas estrategias de trabajo. Aunado a esto, cabe destacar que según las percepciones relevadas las actividades formativas siempre o casi siempre modifican la práctica.

En general y en consonancia con Fernández Pérez (2014), los resultados encontrados en este trabajo permiten pensar que la educación continua forma parte de la cultura propia de los profesionales de la salud, conclusión que se ve reforzada por el hecho de que el promedio de actividades de capacitación realizadas durante el último año por los profesionales estudiados fue de 4 actividades per cápita, siendo las actividades presenciales las más mencionada por ellos como modalidad de cursada. A pesar de esto último, casi la totalidad de los participantes coincidió en que la modalidad blended learning los motivó a inscribirse y afirmaron haber tenido una experiencia satisfactoria con los cursos realizados.

Debe destacarse también, la mención realizada por los encuestados sobre el mayor tiempo de dedicación que demanda la modalidad blended learning respecto de las actividades presenciales. En esa línea, Chávez (2017) también señaló que el aprendizaje en línea suele ser más exigente que el presencial, lo que obliga al estudiante a una dedicación meticulosa al estudio.

En base a estos resultados del estudio, se puede afirmar que los profesionales de la salud encuestados se presentaron como sujetos activos y demandantes de propuestas formativas que les permitieran regular subjetivamente la provisionalidad que presenta el conocimiento en sus profesiones.

Algunas conclusiones sobre el curso realizado:

- Se destacó con un alto porcentaje de muy de acuerdo y de acuerdo que el curso había sido útil para su desarrollo profesional.
- Entre los ítems valorados, se destacaron las habilidades interpersonales y herramientas de búsqueda de información.
- La percepción sobre el curso arrojó resultados favorables sobre la cobertura de expectativas de aprendizaje y selección de temas.
- Los resultados describen un contexto de buena experiencia educativa dotada de significado.
- Los profesionales opinaron que el curso realizado le permitió adquirir habilidades y herramientas útiles para su práctica profesional.
- En relación con el nivel de actualización percibida en primer lugar se mencionaron las habilidades intermedias, luego las avanzadas y en un porcentaje menor las habilidades introductorias.

Asimismo, la mayoría de los profesionales manifestaron que luego de la realización del curso en un lapso de no más de 12 meses, las mismas habilidades o herramientas adquiridas se siguieron utilizando en la práctica.

Seguidamente de la descripción de los aspectos del curso considerados útiles, una gran parte de los profesionales identificó entre 1,2 y 3 habilidades o herramientas que siguen utilizando en la práctica.

En total se encontraron 524 registros, de los 43 cursos analizados, que permitieron una categorización teórica que facilitó el análisis ampliado de estas menciones.

Al respecto, las respuestas se ordenaron en 3 grandes categorías: núcleo procedimental que reúne las habilidades clínicas, técnicas y de resolución de problemas; un núcleo básico declarativo que integra 6 subcategorías emergentes, de las cuales las más mencionadas fueron la búsqueda bibliográfica, la incorporación de conocimientos científicos y TICS y, en tercer lugar, el Núcleo de relaciones humanas que involucran las habilidades de comunicación interpersonal, actitudes ante el paciente y habilidades adaptativas. En este caso, algunas de las menciones de este núcleo pueden ser consideradas parte de las herramientas adquiridas complementarias a su labor y que el curso permitió su adquisición como, por ejemplo, el trabajo en redes, el autoconocimiento, la solidaridad y empatía con el paciente, etc.

Esta discriminación e identificación por parte de los profesionales da cuenta, tal cual desarrolló Moreno (2000), de un enfoque integrado u holístico del concepto de competencia. Dicha concepción reúne tanto las habilidades derivadas de la combinación de atributos, como las tareas determinadas para situaciones específicas, tomando en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo en el que se genera el proceso. En este sentido, se evidencian coincidencias entre las menciones de los profesionales que facilitaron el agrupamiento. Estos conceptos sugieren que no se tratan de habilidades complementarias una de otras, sino que conforman un sistema integrado que involucran no solo los conocimientos y técnicas, sino que además comprometen la ética y los valores como elementos de desempeño competente, la importancia del contexto y la posibilidad de demostrarlo de diferentes maneras.

En este sentido, se concluye, coincidiendo con Zabala y Arnau (2007), que las competencias implican las habilidades que exhibe el aprendiz, como precurrentes básicas para el desarrollo de desempeños competentes. Estos desempeños competentes suceden fuera de los dispositivos formativos, suceden insertos en el contexto situado de su propia práctica, lo que nos conduce a afirmar la importancia de la percepción del que construye su trayectoria formativa.

El alcance de este estudio permitió pensar en otras posibles preguntas, desplazando el eje de la discusión a otros aspectos de la educación médica, a cursos en particular, a otras modalidades, a cada perfil profesional o especialidad o a otros contextos de la práctica.

Poniendo en diálogo los resultados de esta indagación, se presentan algunos desafíos:

- ¿Estamos frente a la posibilidad de que la educación virtual en medicina no sea un mero complemento y que se consideren aspectos que equiparan la adquisición de herramientas que solo estaban destinadas a la presencialidad?
- Ante la situación emergente e imprevista de la Covid -19 ¿es el momento de analizar y considerar la migración educativa de gran parte de la educación

médica hacia ambientes virtuales más estables y con igualdad de oportunidades y de acceso?

- ¿La educación virtual en contexto de educación médica genera comunidades de aprendizaje o aislamiento conceptual?
- ¿Será posible efectivamente medir este impacto en los contextos donde sucede la práctica?

Dentro de las limitaciones de este estudio se pueden mencionar las relacionadas con el tipo de muestra, la cual, dado su carácter intencional, no permite realizar generalizaciones sino atribuir la descripción a la población de estudio. También se considera una limitación que el instrumento de recolección fue confeccionado ad hoc, con la debida triangulación con profesionales idóneos para la construcción de los ítems y la selección de temas, aunque no se realizó un proceso estricto de validación científica.

Si bien la distribución de los porcentajes de los profesionales fue similar entre las distintas profesiones en salud, los lugares de trabajo, el género, la edad, las especialidades y las percepciones sobre el proceso de educación médica continua, otra limitación identificada es que el tipo de estudio no permite inferir relaciones entre estas características, que posiblemente estén vinculadas. Sería recomendable que en estudios posteriores y con otros diseños metodológicos se pueda avanzar en este aspecto.

En este sentido, es importante destacar que el presente trabajo aporta experiencia para poder establecer en próximas investigaciones nuevos interrogantes teniendo en cuenta las conceptualizaciones identificadas a partir de las percepciones de los profesionales. El marco teórico que da contexto al análisis de las habilidades y herramientas adquiridas relevadas permitiría ajustar el instrumento de recolección y establecer otras perspectivas sobre las dimensiones de estudio.

Las conclusiones obtenidas sugieren la necesidad de pensar la educación médica como una instancia continua y permanente de actualización de contenidos y revisión de la práctica cotidiana estableciendo reflexiones en los contextos en que la tarea sucede.

En cuanto a otros desafíos, sin dudas la pandemia de COVID 19, abrió grandes interrogantes en el plano educativo a raíz del distanciamiento social preventivo como medida de salud pública. Sobre todo, y con suma urgencia en aquellas propuestas formativas con alto contenido presencial (Vázquez, 2020). Se incorporaron a este escenario emergente varios aspectos de la educación médica que fueron mencionados en este trabajo y que permanecen en entredicho.

Posiblemente estemos ante la generación de un nuevo paradigma educativo en el cual las estructuras formativas que fueron modificándose a lo largo de los años, desde aquel modelo Flexeriano, cobren mayor protagonismo y materialización.

En este sentido, es concluyente que la flexibilización de las modalidades hegemónicas hacia un paradigma más centrado en el alumno y en su trayectoria formativa, cuestionen el peso de la magistralidad y el control que prevé la presencialidad sobre la transmisión de conocimientos.

Los estudios que forman parte de los antecedentes de esta investigación, como así mismo los resultados obtenidos en este estudio, dan cuenta que estamos ante una oportunidad única en materia de consolidación de otras formas de concebir la virtualidad en educación médica. La pandemia de Covid- 19 desestructuró modelos cristalizados, desorganizó servicios, estableció una disrupción en los recorridos establecidos de formación. Podemos pensar que esto puede favorecer en corto plazo, el fortalecimiento de comunidades de profesionales y sus procesos de aprendizaje centrados en la reflexión y validación colectiva como elementos potentes para la aplicación del nuevo conocimiento en la práctica.

La educación a distancia como modalidad establecida, brindó en este contexto, soluciones integradas, resolvió disrupciones que permitieron seguir desarrollando destrezas para la toma de decisiones.

Del mismo modo, es posible considerar el proceso de educación continua como una decisión individual y personal que puede irradiar a otros colaborativamente y ser interpelada por un contexto laboral, una comunidad educativa o una necesidad cognitiva. Esta connotación le cambia la dirección unilateral que tradicionalmente se le otorga y la libera de prácticas estereotipadas o formatos rígidos para llevarla a un plano de trasversalidad y flexibilidad.

Otros de los desafíos es generar investigaciones que permitan establecer, con validez y fiabilidad, las relaciones entre educación, desempeño de los profesionales y resultados en la clínica, relaciones que se manifiestan tanto en contextos presenciales como virtuales pero que se imponen como difíciles de medir. En esta línea de pensamiento, la percepción del profesional es un elemento constitutivo de estas relaciones que se tensionan y dinamizan como parte de la trayectoria formativa que se menciona como idea marco de este estudio. En las trayectorias sucede la educación médica continua, en el trayecto emergen los dispositivos educativos que interpelan saberes establecidos, en este contexto situado se ha podido describir una red de trayectorias formativas, una usina de percepción que dio sentido al proceso de educación continua.

Establecer la mirada hacia otra dirección, la dirección de lo percibido por la persona y no una mirada aplicacionista del desempeño permitió observar ese tiempo “entre” la adquisición de la competencia y la aplicación de esa competencia en el campo laboral.

Visto en perspectiva y como conclusión, desarrollar investigaciones sobre lo que sucede en los escenarios de la práctica real se presenta como un desafío. A su vez, conocer cómo efectivamente se aplican las competencias adquiridas de la mano del profesional que las usa posibilitará identificar qué otras habilidades y herramientas son requeridas en interrelación con los demás actores del sistema de salud, como también generará la posibilidad de diseñar dispositivos de actualización ajustados a la realidad de los entornos de práctica.

Para terminar, asistimos a una oportunidad única de deconstrucción de la educación médica en un contexto de integración generacional, de interdisciplina y aprendizaje colaborativo, de innovaciones tecnológicas y de modificaciones vertiginosas de los escenarios de la práctica.

Anexo I

Invitación Formal para la participación en el estudio

FACULTAD DE MEDICINA
Universidad Nacional del Nordeste

Universidad Nacional del Nordeste

CENTENARIO REFORMA UNIVERSITARIA

Estimada/o profesional:

Lo invitamos a participar del estudio ***"La integración del conocimiento en la acción. Un análisis sobre propuestas de educación médica continua".*** La indagación propuesta pretende abordar una serie de interrogantes articulados en torno a la educación médica continua, sus concepciones actuales y las percepciones de los profesionales sobre las herramientas que brinda para el quehacer profesional.

Con dirección de la Dra. Viviana Navarro, el objetivo del trabajo es caracterizar el proceso y las competencias que favorecen el desarrollo profesional continuo en el marco de los cursos que brindó la **Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste** en los años 2016 y 2017.

Esperamos contar con su valiosa participación y ser parte del estudio. Su respuesta es muy importante, las mismas serán confidenciales y utilizadas solo para el objeto de este estudio.

Lo saludamos atte

Lic. ALEJANDRA PÉREZ
Maestría en Educación
Universidad Nacional de Quilmes

Prof. GERARDO OMAR LARROZA
Decano
Facultad de Medicina - UNNE

Anexo II

Comunicaciones enviadas – Modelo de recordatorios

Se presentan los dos modelos de mensaje con los que se realizaron los recordatorios.

Estimada/o profesional:

Agradecemos su participación en el estudio ***"La integración del conocimiento en la acción. Un análisis sobre propuestas de educación médica continua"***, en caso de que no haya participado le recordamos que puede responder la encuesta hasta el 8 de junio.

En el siguiente **link** encontrará el cuestionario, le tomará solo 5 minutos responderlo.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf4v6dj_NYxdkwao-MfKVMwZRzf1mwK7ar9r7SRAxDKSDAR2g/viewform

¡Muchas gracias por su participación!

Estimada/o profesional:

Dedicamos esta última semana a seguir relevando información, agradecemos su participacion.
Si ud ya participó, desestime este mensaje.

En el siguiente link encontrará el cuestionario, le tomará solo 5 minutos responderlo.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf4v6dj_NYxdkwao-MfKVMwZRzf1mwK7ar9r7SRAxDKSDAR2g/viewform

Muchas gracias por su participación!

Anexo III

Acuerdo de colaboración, consentimiento informado

Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA
Universidad Nacional del Nordeste

Universidad Nacional del Nordeste

CENTENARIO REFORMA UNIVERSITARIA

Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina

Encuesta de autopercepción

El presente cuestionario tiene por objeto indagar sobre las percepciones que Ud. tiene respecto de la utilidad para su práctica de los cursos en los que ha participado durante el año 2016 y 2017. Su participación es completamente voluntaria; usted no será identificado en el estudio y ninguna de las informaciones obtenidas se relacionarán con usted. Si está de acuerdo en participar, presione "SIGUIENTE".

Anexo IV

Instrumento de recolección

Universidad Nacional del Nordeste - Facultad de Medicina

Encuesta de autopercepción

Información General

1) Edad: ----

2) Sexo: Mujer – Hombre –
3) Nacionalidad:
4) País de residencia:
5) Ciudad de residencia:

Perfil profesional

6) Título de grado:
7) Universidad en la cual obtuvo el título de grado:
8) Año que obtuvo el título de grado:
9) Posee alguna Especialidad: SI - NO

Lugar de trabajo

En caso de haber respondido afirmativamente, indique cual:

10) Lugar de trabajo donde tiene mayor carga horaria

11) Rol o cargo desempeñado:
12) Otros trabajos en los cuales se desempeña: ----------

Sobre la Educación Médica Continua

13) ¿Qué apreciación tiene sobre el desarrollo profesional continuo en los profesionales de la salud? (Puede marcar más de una opción)

a) Debería ser obligatoria la realización de determinados cursos al año.
b) La actualización continua depende de la motivación individual.
c) La capacitación debería tener incentivo económico para realizarla.
d) Los cursos deberían realizarse en horario de trabajo.
e) Los cursos virtuales permiten el acceso a mayor actualización.

14) Cuando usted decide participar de una actividad de capacitación, ¿qué aspecto evalúa como prioritario?

a) la actualización en habilidades ya adquiridas
b) el conocimiento de nuevos contenidos (nuevas habilidades, nueva información, nuevas estrategias de trabajo)
c) el crédito o puntaje que puede otorgar
d) Otros ---------- ¿Cuáles?

15) ¿Cuáles de las siguientes actividades de capacitación realizó en los últimos 12 meses?

La modalidad blended learning o semipresencial queda exceptuada ya que será consultada en otro ítem. Se sugiere que se responda que "otros" tipos realizó aparte. Puede responder más de una opción.

(Puede marcar más de una opción)

a) Congresos
b) Jornadas de capacitación en servicio (en el lugar de trabajo)

c) Lectura de artículos
d) Cursos presenciales
e) Cursos a distancia
f) Cursos virtuales
g) Participación en redes profesionales
h) Seminarios intensivos
i) Otras ---------- ¿Cuáles?

16) ¿Considera que las actividades de capacitación modifican los resultados de su práctica? Marque una opción.

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) Nunca

Identificación del curso 2016 - 2017

Seleccione en que curso/os participó:

17) **2016: (**Se despliega el listado de cursos codificado)

- ✓ Código 1: Inmunoterapia y medicamentos utilizados en situaciones de hipersensibilidad y enfermedades inmunológicas 2016
- ✓ Código 2: Enfermería Nefrológica. Cuidado integral del enfermo renal 2016
- ✓ Código 3: Electromedicina actualizada y aplicada en rehabilitación 2016.
- ✓ Código 4: Curso de Posgrado Disfunciones de la Marcha y Neurorehabilitación 2016
- ✓ Código 5: Entrenamiento en Normas de Buenas Prácticas Clínicas 2016
- ✓ Código 6: Primer curso de postgrado de Epidemiología de Formosa 2016.

- ✓ Código 7: Medicamentos utilizados para el tratamiento de afecciones de las vías respiratorias: Eficacia y Seguridad 2016
- ✓ Código 8: Salud Mental y Trabajo 2016
- ✓ Código 9: Curso de Postgrado: actualización en Diabetes 2016. Lo Antiguo, lo nuevo ¿hacia dónde vamos en Diabetes?
- ✓ Código 10: Actualización de los aspectos médico - legales de la praxis médica 2016
- ✓ Código 11: Mediación en Salud 2016
- ✓ Código 12: La estrategia de Atención Primaria de la Salud en la formación de residentes de
- ✓ Ciencias de la Salud 2016.
- ✓ Código 13: 17º Curso de Posgrado de Epidemiología 2016
- ✓ Código 14: Epidemiología aplicada al análisis de la situación de salud 2016
- ✓ Código 15: Ecografía básica: su uso diario 2016.
- ✓ Código 16: Actualización y perfeccionamiento en Ecografía ginecológica y obstétrica 2016
- ✓ Código 17: Ecografía abdominal y partes blandas 2016
- ✓ Código 18: Curso de Posgrado en Neurociencias: Neuropsicología Aplicada a la Práctica Profesional 2016
- ✓ Código 19: Kinesiología Estética y Drenaje Linfático Manual 2016
- ✓ Código 20: Actualización en Psiquiatría Infanto Juvenil 2016
- ✓ Código 21: Clínica Médica 2016
- ✓ No participé en cursos
- ✓ Otro: _____

18) **2017:** Se despliega el listado de cursos codificado

- ✓ Código 31: Efectividad de Medicamentos promocionados como Innovadores y Seguridad de Medicamentos utilizados en Ulceras Gastroduodenales.
- ✓ Código 33: Salud Mental y Psiquiatría forense 2017
- ✓ Código 34: VI Curso de Postgrado Metodología de la investigación y monitoreo de los ensayos clínicos 2017
- ✓ Código 35: Curso de Posgrado en Ciencias Básicas en Oftalmología 2017
- ✓ Código 36: Traumatismos Oculares 2017

- ✓ Código 37: Actualización en Diabetes, Nutrición y Endocrinología 2017
- ✓ Código 38: Brotes epidémicos y emergencias sanitarias: El rol de la comunicación de riesgos 2017
- ✓ Código 39: Curso de Postgrado Intensivo de Doppler en Obstetricia 2017
- ✓ Código 41: Curso de Postgrado en Rehabilitación Kinésica Deportiva 2017
- ✓ Código 42: Emergencias en Salud Pública y Brotes Epidémicos. El Rol de la Comunicación de Riesgos
- ✓ Código 43: Protocolo de Abordaje en la evaluación psicolaboral 2017
- ✓ Código 44: Curso de Posgrado en Clínica Médica 2017
- ✓ Código 45: Curso de Posgrado de Kinesiología Estética y D.L.M. 2017
- ✓ Código 46: Curso de posgrado: Psicofarmacología clínica - Fundamentos biológicos y clínicos de la terapéutica farmacológica en psiquiatría 2017
- ✓ Código 47: Curso de posgrado en neurociencia: Neuropsicología aplicada a los trastornos del neurodesarrollo 2017
- ✓ Código 48: Integrando Salud Mental y Atención Primaria de la Salud 2017
- ✓ Código 49: Curso de Posgrado Ecografía Abdominal y Partes Blandas 2017
- ✓ Código 50: Curso de Posgrado Ecografía Gineco - obstétrica 2017
- ✓ Código 51: Curso de Posgrado Ecografía Básica: Su uso diario 2017
- ✓ Código 52: Resolución de conflictos en Salud 2017
- ✓ Código 53: Nivel avanzado de Coaching en Salud: técnicas, recursos corporales y emocionales 2017
- ✓ Código 55: Curso de Posgrado de Estética Integral.

Formación, Actualización y Perfeccionamiento 2017

- ✓ No participé cursos _____

Otro:

Si Ud. realizó más de un curso en este período 2016-2017, elija entre uno de ellos para seguir con la pregunta 19.

Código Curso elegido: [ ]

19) ¿Cuánto tiempo trascurrió desde la finalización del curso? Marque una opción

a) De 0 a 6 meses
b) de 7 a 12 meses
c) de 13 a 18 meses
d) más de 19 meses

Sobre el curso realizado (marque una opción)

20) La modalidad de cursada propuesta lo motivó a inscribirse en el curso.

- Si
- No

21) En términos generales el curso le ha sido útil para su desarrollo profesional.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo

- Muy en desacuerdo

22) La selección de los temas pareció ser la adecuada.
- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

23) El curso brindó herramientas que ampliaron su habilidad diagnóstica/ terapéutica.
- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

24) Este tipo de curso exige de Ud. un tiempo mayor de dedicación que en otras modalidades.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

25) ¿Le pareció necesaria la instancia presencial que propone el curso en el cual participó?

SI- NO

26) Las actividades planteadas en el curso le ayudaron a incluir hábitos de búsqueda en internet que facilitan su tarea profesional.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo

- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

27) El curso lo ayudó a mejorar otro de tipo de habilidades interpersonales no estrictamente vinculadas a su tarea profesional (comunicacionales, redes, aprendizaje colaborativo, trabajo en equipo)

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

28) El curso cubrió sus expectativas de aprendizaje.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

29) En cuanto al grado de actualización percibido (marque una opción):

a) El curso le brindo información básica e introductoria.
b) El curso le permitió adquirir habilidades y herramientas intermedias.
c) El curso le permitió adquirir habilidades y herramientas avanzada

Del conocimiento a la acción en la práctica

30) Actualmente utiliza las herramientas o habilidades adquiridas en el curso para la resolución de problemas de la práctica clínica.

a) Siempre
b) Casi siempre
c) A veces
d) Casi nunca
e) Nunca

31) Mencione hasta 3 herramientas o habilidades que Ud. comenzó a utilizar y continúa utilizando a partir del curso seleccionado. (Campo libre)

_____

_____

Muchas Gracias por su colaboración

Referencias Bibliográficas

ABRAMZOM, M; ROVERE M (2010) *Recursos Humanos en Salud. Bases para una agenda impostergable*. Instituto Ginno Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA

BARBERÀ, E, BADIA, A, MOMINÓ, J (2001) *La incógnita de la Educación a Distancia.* Barcelona: ICE-Horsor.

BARBIER, J. M. (1999): *Prácticas de formación, evaluación y análisis. Formación de formadores.* Serie los documentos. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

BARTOLOMÉ, A. y AIELLO, M (2006). *Nuevas tecnologías y necesidades formativas. Blended Learning y nuevos perfiles en comunicación audiovisual*. Telos, 67, cuaderno central. Available from: https://www.researchgate.net/publication/28109534_Nuevas_tecnologias_y_necesidades_formativas_Blended_Learning_y_nuevos_perfiles_en_comunicacion_audiovis ual [accessed Aug 8, 2017].

BENNETT NL, Davis DA Easterling W Friedmann P, Green JS, Koeppen BM, et al. (2000) *Continuing Medical Education: A New Vision of the Professional Development of Physicians.* Academic Medicine; 75:1167-72.

BORRELL BENTZ, M. (2005) *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa* - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS.

BYRN N, ROZENTAL M. (1993) *Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para la educación médica en América Latina*. Educ Med Salud 1993; 28: 53-123

CABERO, J. (2006). *«Bases pedagógicas del e-learning»*. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC) [artículo en línea]. Vol. 3, n.° 1. UOC. [Fecha de consulta: 08/08/2017]. http://www.uoc.edu/rusc/3/1/dt/esp/cabero.pdf ISSN 1698-580X.

CANTILLON P, JONES R. (1999) *Does continuing medical education in 4. ¿General practice make a difference?* BMJ 1999; 318: 1276-9.

CASTILLO CONTRERAS O, SANDOVAL VEGAS M, DÍAZ FERRER J, SORIANO ÁLVAREZ C. (2018) *Percepción del gastroenterólogo sobre las necesidades de educación médica continua en el Perú.* Rev Gastroenterol Peru. 2018;38(4):356-64.

CEA D'ANCONA, M. A. (1996) *Metodología Cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Capítulo 7, la investigación social mediante encuesta*. Madrid: Alianza.

CONFERENCIA MUNDIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA (1993) *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica.* Documento de posición de América Latina ante la, OPS. Edimburgo: OPS.

COLL, C. (2004) *¨Psicología de la Educación y prácticas educativas mediadas por las tecnologías de la información y la comunicación. Una mirada constructivista"* Sinéctica, 25, pags. 1 – 24.

COLL, C Y MONEREO C (2008) *"Psicología de la educación virtual, aprender a enseñar con las Tecnologías de la información y la Comunicación".* Ediciones Morata

DAVINI, M.C. (1989) *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*, OPS.

DAVIS, D. y otros (2003), *"The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect"*, British Medical Journal, vol. 327, 5 de Julio.

DAVIS, D. y otros (1999), *"Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?",* Journal of the American Medical Association, vol. 282, Nº 9.

DÍAZ B. F. Y RIGO M. A. (2000). *«Formación docente y educación basada en competencias»*. En Pensamiento Universitario 91 (tercera época, pp 76-103). Centro de Estudios sobre la Universidad

FLEXNER A. *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching.* Bulletin No.4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910.

GALLI, A., MASTANDUENO R., ENRÍQUEZ, D., FLICHTENTREI, D. (2014). Estrategias de educación médica continua. Intramed Vol 3 (2)

GARCÍA ARETIO, L. (2018). *Blended learning y la convergencia entre la educación presencial y a distancia.* RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 21(1), pp. 09-22. doi: http://dx.doi.org/10.5944/ried.21.1.19683

GRANT J. (2002) *Learning needs assessment: assessing the need*. BMJ 2002; 324:156-9.

HARDEN RM, GRANT J, Buckley G, HART IR. BEME Guide Nº 1: Best Evidence in Medical Education. Med Teacher. 1999; 21:553-62.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C. Y BAPTISTA LUCIO, P. (2006) *"Cap. 9 Recolección de los datos cuantitativos,* en: Metodología de la investigación, Mc Graw Hill, México.

HERNÁNDEZ VCI, HERNÁNDEZ T, NAVARRO GAM, et al. (2008) *La educación a distancia: una estrategia viable para la medicina familiar*. Arch Med Fam 2008; 10:60-64.

ISBEJ, L, URIBE, J, CARRASCO, O, VILLARROEL, I, PIZARRO, M, JIRÓN, M, SANHUEZA, E, ÁLVAREZ-LOBOS, M, HERNÁNDEZ-ROCHA, C, ROLLÁN, A, MONSALVE, X, DÍAZ, L, CERDA, M, KRAMER, T, MUNIZAGA, F. & RIQUELME, A. (2019). *Experiencia de educación continua en línea en gastroenterología para médicos no especialistas.* Revista médica de Chile, 147(8), 1059-1066. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000801059

KANE MT. (1992) "*The assessment of professional competence".* Education and the Health Professions; 15:163-182.

KARCHMER, K. S., (2006). *Educación médica continuada. Necesidades de proyección*. Acta Médica Grupo Ángeles .4 (1): Ley General de Salud, Titulo cuarto capítulo III, 1984, C sec. 39-40 (Última Reforma DOF 19-03-2014).

KARCHMER, S. (2005) *La educación médica para el siglo XXI: una aproximación al problema*- 265ISSN-0300-9041 Volumen 73, Núm. 5, mayo.

LARIOS MENDOZA, H. (2006): *«Competencia profesional y Competencia clínica»*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.htm

LARRE BORGES U, PETRUCCELLI D, NISKI R, et al. (2003) *Continuing medical professional development in Uruguay as the country faces the 21st century*. Rev Panam Salud Pública;13(6):410-418.

LITVIN, E. (2005) *Tecnologías educativas en tiempos de Internet*, ISBN 950-518-833-1- Capítulo 1, La tecnología educativa en el debate didáctico contemporáneo. págs. 13-34.

MARGOLIS A. (2012) *Marco conceptual y lecciones aprendidas sobre educación médica continua a distancia*. Capítulo de libro (aceptado para su publicación). CEPAL

MARGOLIS A. (2013) *Tendencias en educación médica continua a distancia* - Facultad de Ingeniería. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Recepción 4 de septiembre de 2012; aceptación 3 de octubre de 2012ISSN: 2007-5057 - seefrontmatter © 2013 Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México. Publicado por Elsevier México.

MARINOPOULOS SS, DORMAN T, RATANAWONGSA N, et al. (2007) *Effectivenessof Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment* No. 149, AHRQ Publication No. 07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

MARTINEZ PEREZ, J, MACAYA, C (2015) *La formación de los médicos: un continuo inseparable* en https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-la-formacion-los-medicos-un-S1575181315000121

MAZMANIAN P, David AD. (2002) *Continuing Medical Education and the Physician as a Learner: Guide to the Evidence.* JAMA; 288:1057-60.

MAZMANIAN P, DAVIS D, GALBRAITH R. (2009) *Continuing medical education effect on clinical outcomes.* Chest; 135 (Suppl): S49-55.

MEJÍA, A. (1986) *Educación Continua* – Revista EducMed Salud, Vol. 20, No. 1

MUNOZ ˜ F, MATUS O, PÉREZ C, FASCE E. *Blended learning y el desarrollo de la comunicación científica en un programa de especialización dental*. Inv Ed Med. 2016 [En prensa]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.011

NAVARRO, V. (2018) *¿Los estudiantes aprenden en el aula virtual?* Revista Fac. Med. UNNE XXXVIII: 1, 3-4.

NORMAN G. (1985) *"Defining Competence: A Methodological Review"*. En: Assessing Clinical Competence. Neufeld VR, Norman GR. (Eds.) Springer Publishing Company. New York, pp 15-37.

NICASTRO S. y GRECO B. (2009) *"Entre trayectorias, escenas y pensamientos en espacios de formación"* Editorial Sapiens

OLSON, C. A. (2012), *"Twenty predictions for the future of CPD: Implications of the shift from the update model to improving clinical practice",* Journal of Continuing Education in the Health Professions, vol. 32.

ORIOL-BOSCH A, PARDELL H. (2004) *La formación de los profesionales médicos en la profesión médica: los retos del futuro.* En Oriol-Bosch A, Pardell H, eds. La profesión médica, los retos del milenio. Monografías Humanitas; vol. 7. p. 69-84.

OSPINA J.E, OROZCO J.G. (2008) *Impacto de una intervención educativa virtual sobre la prescripción de antibióticos en infección respiratoria alta aguda*. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 49 (3): 293-316.

PARDELL, H. (ed.) (2001) *Formación médica continuada, a debate*, Barcelona, Ediciones Mayo.

PATIÑO JF. (2001) *Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud.* Medicina 2001; 3: 169-78.

PETRUCELLI, D (2003) *El desarrollo profesional médico continuo en el Uruguay de cara al siglo XXI.* Revista Panam Salud Pública/ Panam J Health Public 13 (6) 2003

PINZÓN, C.E. (2008). *Paradigmas de la educación médica en Latinoamérica*. Acta Médica Colombiana, 33(1):33-41.

POSADA ÁLVAREZ, R. (2004). *Formación superior basada en competencias, interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante*. Revista Iberoamericana De Educación, 35(1), 1-33. https://doi.org/10.35362/rie3512870

PRAT-COROMINAS, J., PALÉS-ARGULLÓS, J., NOLLA-DOMENJÓ, M., ORIOL-BOSCH, A., & GUAL, A. (2010). *Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende.* Educación Médica, 13(4), 197-203. Recuperado en 08 de agosto de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000400002&lng=es&tlng=pt.

PRIETO LOUREIRO, GABRIELA (2016) *"Aspectos que se deben considerar en la enseñanza y el aprendizaje de la clínica vinculada a la salud cuando se utilizan tecnologías"* Esta entrada se publicó en artículos, educación, nuevas tecnologías, salud y está etiquetada con clínica, estrategias educativas, TIC en 12 diciembre, 2016 por revista-epsys.

RIBES, E. (2004). *"Psicología, educación y análisis de la conducta"*, en S. Castañeda Educación, aprendizaje y cognición. Teoría en la práctica (pp. 15–26). México: El Manual Moderno.

ROVERE, M (2014) *REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA* x ISSN 1515-3460 x Buenos Aires x Volumen 2 x Número 3 x Sept 2014 x Página 25-26.

RUIZ JG, MINTZER MJ, LEIPZIG RM (2006) "*The Impact of E-Learning in Medical Education. Academic Medicine*" 81:207-12.

TORDA, A. (2020), *How COVID-19 has pushed us into a medical education revolution. Intern Med* J, 50: 1150-1153. doi:10.1111/imj.14882

SANCHO, J. M. (2008) *"De TIC a TAC, el difícil tránsito de un vocal*". Investigación en la escuela, 64, 19-30. Departamento de Didáctica y organización escolar. Universidad de Barcelona. Disponible en: www.ub.edu/esbrina/docs/proj-tic/tic_a_tac.pdf

SOLANO-MURCIA, M. (2015) *Virtualización y formación médica: reflexiones pedagógicas Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación*, vol. 7, núm. 15, pp. 49-62- Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá, Colombia.

SLOTNICK HB. (2000) *Physician's Learning Strategies*. Chest; 118:18-23.

SCHÖN, D. A. (1992): *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones*. Barcelona: Paidós.

SOUTO, M. y otros (1999): *Grupos y dispositivos de formación*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires: Novedades Educativas.

VASQUEZ D. (2020) *Ventajas, desventajas y ocho recomendaciones para la educación médica virtual en tiempos del COVID-19*. Rev CES Med. 2020; Especial Covid-19: 14-27.

VELASCO N M (2013) *La educación médica continua como herramienta constante de aprendizaje.* Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 65 - Nº 2; pág. 187-191.

VENTURELLI, J. (1997). *Educación Médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Inminencia y necesidad del cambio en el camino de la equidad, calidad y eficiencia de una salud para todos.* Washington D.C, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

VENTURELLI, J. (2003): *"Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos".* Serie PALTEX *Salud y Sociedad 2000,* Nº8, OPS-OMS, PP. 205-207.

YURI CASTRO-RODRÍGUEZ - ROSA LARA-VERÁSTEGUI (2017) - *Percepción del blended learning en el proceso enseñanza aprendizaje*- Educ. Médica – 2018. 19 (4) :223-224

ZAPATA ROS, M (et al) (2016): *MOOC, debate abierto*. Universidad Virtual de Quilmes. Bernal.