

Congreso Iberoamericano de Educación
METAS 2021

Un congreso para que pensemos entre todos la educación que queremos
Buenos Aires, República Argentina. 13, 14 y 15 de septiembre de 2010

COMPETENCIAS BÁSICAS

Aprendizaje significativo para la formación de competencias esenciales en educación medica básica y continúa 2007 – 2010

¹ Orlando Tipismana Neyra

¹ *Docente Universitario orlandotipismana@gmail.com Lima – Perú Junio 2010.*
UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION. FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA. ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

RESUMEN

Basado en la teoría de las competencias y estrategias del aprendizaje significativo, el objetivo fue establecer la pertinencia y relevancia de la práctica reflexiva en un espacio de aprendizaje, para mejorar la calidad personal del estudiante de medicina en pre clínica y en el desarrollo profesional continuo de Médicos y Enfermeras en el Hospital de Emergencias Pediátricas y Centro Nacional de Salud Renal – EsSalud. En una muestra de 126 estudiantes de pre – clínica y 87 médicos y enfermeras; utilizando las herramientas de la autoevaluación: “cubo del cambio”, plan de mejora y ejercicios en dilemas éticos. Desde el año 2007 al 2010, los estudiantes de pre-clínica incrementaron sus habilidades de comunicación y relación interpersonal en un 60 a 80% en tres períodos lectivos, disminuyó el temor de participar en aula, programar sus actividades personales y académicas, mejorar sus destrezas afectivas y con sus pares académicos. También, un 20 a 30%, mejoraron su promedio ponderado al final de cada ciclo y mantienen constantes sus logros. En los Médicos y Enfermeras, 14% continúan utilizando su plan de mejora, el cubo del cambio hasta el 2009, con controles periódicos de seis meses. 6% a 8% de médicos y enfermeras mantienen su visión estratégica y mejoran sus planes personales. Para el 70 a 80% les resultó una experiencia interesante, y es empleada para mejorar su relación interpersonal en el trabajo y hogar hasta la actualidad. Se concluye que el uso de este tipo de estrategias mejora de manera significativa en los estudiantes cuando son monitoreados con regularidad y por esta razón, se recomienda a la unidad académica implementar las estrategias en los periodos lectivos. Y, en las sistemas de capacitación de ambos centros de alta complejidad, la continuidad del proceso de mejora personal y profesional.

Palabras Claves: Aprendizaje significativo, práctica reflexiva, espacio de aprendizaje, competencias, plan de mejora.

ABSTRACT

Based on the theory of skills and meaningful learning strategies, the objective was to establish the relevance and significance of reflective practice in a learning space, to improve the personal quality of medical students in pre clinical and continuing professional development Doctors and Nurses in the Pediatric Emergency Hospital and National Kidney Health Centre - EsSalud. In a sample of 126 students in pre - clinical and 87 doctors and nurses, using the tools of self: "hub of change, improvement plan and exercises in ethical dilemmas. From 2007 to 2010, pre-clinical students increased their communication skills and interpersonal relationship in a 60-80% in three school periods, decreased fear of participating in classroom, schedule your personal and academic activities, improve their skills emotional and academic peers. Also, a 20-30% improved their weighted average at the end of each cycle and kept constant achievements. In the Physicians and Nurses, 14% continue to use its improvement plan, the cube of the change until 2009, with regular six months. 6% to 8% of doctors and nurses maintain their strategic vision and enhance their personal plans. For the 70-80% found it an interesting experience, and is used to improve their interpersonal relationship at work and home until today. We conclude that the use of such strategies significantly improved when students are monitored regularly and for this reason it is recommended that the academic unit to implement the strategies in teaching periods. And, in training systems of both centers of high complexity, the continuing process of personal and professional improvement.

Keywords: Meaningful learning, reflective practice, learning space, skills, plan for improvement.

1. INTRODUCCION

Si bien es cierto, el objetivo de nuestro estudio fue establecer la pertinencia y relevancia de la práctica reflexiva en un espacio de aprendizaje para mejorar la calidad personal del estudiante de medicina en pre clínica (universidad pública –ciencias básicas médicas) y, en el desarrollo profesional y personal de los médicos y enfermeras en el hospital de emergencias pediátricas (entidad pública –unidades de capacitación) y el centro nacional de salud renal –EsSalud (organismo descentralizado de salud)-, hubieron dos preguntas que centrales que se plantearon al inicio de la implementación y desarrollo del programa “**Gestión Personal de la calidad**” (Tipismana, 2005 y 2006) en hospitales de apoyo de las entidades públicas de Barranca, Huacho (segundo nivel de atención de salud) y el hospital “2 de mayo” (cuarto nivel de atención de salud).

La primera hace referencia a ¿Qué de significativo tiene el modelo del **aprendizaje significativo** en estudiantes de medicina que van a desarrollar actividades de clínica médica como parte de su formación profesional? y aún más, resultaba más complejo el hecho de trasladar este modelo a la capacitación médica y de enfermeras en los hospitales ya mencionados con la segunda pregunta ¿hay diferencias, o tienen una relación de continuidad los aprendizajes significativos que adquieren estos profesionales en su capacitación continua en sus unidades de capacitación en sus respectivos hospitales? (2007 – Agosto 2009).

Resulta peculiar plantear este tipo de estrategia de enseñanza – aprendizaje a dos grupos aparentemente disímiles en su actuación. Pero la necesidad de crear nuevos entornos de aprendizajes, y que sean significativos, para formar competencias esenciales (personales en la clasificación del autor del presente estudio) como una alternativa al modelo convencional del proceso de enseñanza – aprendizaje, resultó por demás alentador y aleccionador para los actores involucrados en estos años de trabajo conjunto, para demostrar en la práctica concreta sus bondades.

Partiendo del principio de que cualquier acto creativo implica, necesariamente, activar todo el sistema conceptual, procedimental y actitudinal precedente, que en opinión de la persona, serán necesarios para enfrentar el problema planteado. Los nuevos aprendizajes que deriven del acto de resolución del problema cotidiano conectarán armónica y significativamente con aquellas estructuras cognitivas que poseía el sujeto antes del acto creativo. Esto, para muchos autores consultados, deviene **en aprendizaje significativo** (Citado por Morejón Quintana 2004)

Otros, solo enfocan el modelo de aprendizaje significativo a: formación de valores, resolución de problemas y aprendizaje significativo de forma aislada (Ibídem, pp. 2 – 5); también se observa con frecuencia la tendencia a enfocar el modelo a la mejora del currículo, toma de decisiones y resolución de problemas, incorporación de valores en el proceso de aprendizaje, aprendizaje no memorístico, dominios conceptuales que de tipo comprensivos y de la construcción de escenarios y aprendizajes que conduzcan a obtener no solo una mejor comprensión de competencias técnicas, sino también esenciales (Henriquez Virrafuela, S. 1999; Linares Alvarado 2002; CREDI de la OIE 2004; Cuellar H. 2005; Zubirán S. 2007; Gamio Gheri G. 2008 respectivamente)

La propuesta que aquí se postula, es que aprendizaje significativo integra todos estos

elementos no como procesos disjuntos. Son en sí, una dinámica de retroalimentación, de aprendizajes constructivos a través del tiempo y en espacios también significativos que ahora suelen denominarse “espacios de aprendizaje”. Espacios que tienen una estructura abierta, activa, participativa entre los distintos miembros que la ocupan. Espacios que tienen un clima de interacción entre las personas de continua creatividad, innovación y que activa potencialidades y saberes construidos a partir de la experiencia, la formación, la capacitación y el desarrollo continuo. No brechas que las separen. Siempre, están conectadas consciente o inconscientemente (Rubia F. 2007)

Estos espacios (aulas en el sentido convencional) necesariamente requieren de cambios profundos en la forma de impartir esos aprendizajes, que deseamos que nuestros estudiantes necesiten aprender. Al aula se convierte en un centro de producción no solo de intereses personales, sino de motivaciones colectivas que integradas en uno solo sentido, adquiere significado para formar competencias. Competencias que a propuesta de la OIT (1997) sean aprendizajes significativamente útiles para todo orden de situaciones, actividades, expectativas y creencias de los estudiantes. Y, no se observe, como habilidades y destrezas que por el solo hecho de estar ubicadas en un contexto y situación particular, se subdividan en técnicas, nucleares, genéricas, mixtas o cuanta clasificación existan (**notas del autor**)

En otras palabras que el aula, cualquiera sea su ubicación (Universidad – Hospitales en este caso) el aprendizaje significativo, tenga un valor; ese valor trasciende el hecho del contenido que se brinda, se centre principalmente en la persona que aprende, pero no como un repositorio de contenidos, sino como un activo crear y diseñador de propuestas de esos contenidos para la mejora continua en su formación académica (estudiantes de medicina) o su actuación en el hospital (médicos y enfermeras)

Es importante precisar que tanto el aprendizaje, espacios de aprendizaje y las competencias a construir van adquiriendo un significado que tengan ciclos de renovación y orienten a relaciones más resonantes (McKee A., Boyatzis R., Johnston F. 2008) para el logro eficaz y eficiente de la actividad específica en la que se encuentran en un momento y lugar pre-establecido.

Es posible que entre en contradicción el concepto de competencias, tal como muchos autores y organizaciones como países la clasifican, con las que aquí se postula (Tipismana, 2008). Es más común observar el concepto de competencia en el contexto de la organización laboral, más que en las organizaciones de educación superior (Alles M. 2008; Bethell-Fox y Hooghiemstra T. 2005)

El punto de vista que hemos asumido en el programa de formación personal de la calidad, hace referencia a que la competencia tiene dos excepciones básicas (a) **competencias esenciales**, que se vienen construyendo a lo largo de toda la vida de la persona, hasta que entra a un espacio de aprendizaje de formación profesional (universidad) y (b) **competencias técnicas**, que se van expresando en el ambiente laboral como producto de las primeras y articuladas a las actividades, tareas y otras acciones, que van adquiriendo un sentido específico en el espacio de trabajo (hospital). Pero, insistiremos en que estas dos formas de dividir las competencias no son distintas una de la otra. Ambas, en sí son un continuum en el tiempo, en la persona y el contexto de su actuación. Es más, trasciende a otros contextos, como ahora se observa: el personal, social, familiar, cultural,

Es aquí, donde el significado (valor) de la formación de personas para la producción humana, adquiere ese sentido de trascendencia, de necesidades e intereses de tener individuos íntegros, integrados y comprometidos con lo que piensan, sienten y hacen. Por esta razón es que los aprendizajes, solo tienen sentido desde un patrón teórico –

comprensivo, pero el aprendizaje adquiere significado desde un patrón práctico reflexivo, continuo, permanente, sostenible y sustentable en el tiempo.

No tiene sentido, formar personas para que desarrollen competencias técnicas y otorgar un significado por el solo hecho que las logra. El sentido de formar personas constituye un proceso más complejo. Esa complejidad creciente es hoy, más que en décadas pasadas un imperativo ético. Ya que las sociedades (personas en conjunto) actuales, enfrentan problemas de creciente complejidad. Definidas éstas como un sinnúmero de relaciones y variables que no siempre pueden ser interpretadas integralmente. Y, en este campo, la necesidad de desarrollar nuevas maneras de formar profesionales sólo adquiere un significado cuando no se dualiza a la persona, sino cuando se la integra como un todo (Carrizo L. 2002)

Por consiguiente, asumimos los postulados de Gardner H. (2007) para dar sentido a la propuesta de este estudio realizado a pre y post grado en ciencias médicas y de la salud. El sostiene la necesidad de dar a toda forma de producción humana por lo menos cinco mentes éticas: disciplinada, sintetizadora, creadora, respetuosa y ética. Y, una mente ética amplía el respeto por los demás hacia algo más abstracto. Este tipo de “**nuevos estudiantes y profesionales**” estarán en permanente proceso de autoevaluación (juicios críticos y autocríticos), que estén preguntándose sobre qué tipo de persona, trabajador y ciudadano se quiere ser.

En ella, radica el núcleo de nuestra propuesta, es decir, la de orientar nuestro aprendizaje docente (y el de otros) a que la formación básica médica y continua en la medicina y ciencias de la salud, en el desarrollo de aprendizajes significativos de competencias esenciales, principalmente en lo que respecta a: competencias de relación interpersonal, trabajo en equipo, comunicación, liderazgo, ética y sentido de trascendencia.

Que esta trascendencia, se sustente a lo largo de su aprendizaje de toda la vida personal, profesional, familiar, social, en aprendizajes que identifiquen fortalezas, debilidades para gestionar en el sentido personal, la calidad de formular oportunidades de mejora, planes de mejora, que no queden como un contenido de su adecuación al cambio de época, sino que por el contrario, que cuando las personas se propongan a aprender y se desarrollen para cambiar en este nuevo modelo de sociedad se torne muy importante y, que todo cambio que realicen, “sepan” que va a afectarles en lo personal y profesional (Boyatzis R., McKee A., Johnston F. 2008)

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de Estudio

El estudio es de tipo acción participación (IAP), dada la complejidad de los procesos que tienen las organizaciones de educación superior y hospitalaria, para implementarlo. Los tiempos de la actuación del investigador se derivaron en talleres presenciales y actuaciones virtuales de tutoría, para ayudar a consolidar los procesos de autoevaluación de las competencias esenciales que se requieren aprender significativamente en el contexto de educación médica básica y continua. El autor se convirtió en sí mismo, en parte del proceso de aprendizaje del grupo de estudiantes como de los participantes médicos y enfermeras.

El estudio duró desde Agosto del año 2007, hasta el Noviembre del año 2009. Con

periodos de latencia de dos o tres meses entre los grupos de trabajo, en el Hospital de Emergencias Pediátricas y Centro Nacional de Salud Renal de EsSalud (Lima – Perú)

En la Educación Médica Básica, fueron tres semestres académicos en los estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina Humana, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión 2007 – Agosto 2009 (Lima – Perú)

2.2 Población y Muestra

2.2.1 Estudiantes de Medicina

En este estudio no probabilístico con fines específicos, el muestreo se realizó de acuerdo a la disponibilidad de la organización académica; es decir, a la forma de matriculación de los estudiantes al semestre lectivo en el curso de Psicología Médica, ubicado en el Quinto Ciclo del Plan Curricular y que es previo al inicio de las actividades clínicas médicas. En consecuencia; de una población de 347 estudiantes matriculados, 126 estudiantes corresponden a los tres periodos lectivos 2007, 2008, 2009.

Este grupo específico, se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 1

Estudiantes de Medicina de la EMH – FMH - UNJFSC

Años de Matriculación	2007	2008	2009
Población de la EMH	317	287	305
Matriculados en el Curso Psicología Médica	42	40	44
Total de Estudiantes que conforman la muestra			126

Es importante destacar que el seguimiento a los estudiantes, se realizó en tres periodos lectivos, con el instrumento de control elaborado para medir si presentaba o no alguna competencia esencial o mantenía sus propuestas en el “cubo del cambio”.

2.2.2 Médicos y Enfermeras

Médicos y Enfermeras Hospital Emergencias Pediátricas y Centro Nacional de Salud Renal EsSalud. Para fines de presentación de los resultados se agruparon de la siguiente manera:

Tabla 2

Médicos y Enfermeras de ambas instituciones de salud

Organización de Salud	2007 - 2009
Hospital de Emergencias Pediátricas	57
Centro Nacional de Salud Renal EsSalud	30

Total de Médicos y Enfermeras que conforman la muestra	87
--	----

2.3 Instrumentos empleados para cada grupo de análisis

2.3.1 Para Estudiantes

De los múltiples instrumentos que se han diseñado para evaluar la formación de competencias, optamos por el uso de la autoevaluación de competencias esenciales a través de una **encuesta** sencilla de cuatro preguntas que los estudiantes recolectaron de los médicos docentes y médicos en general del Hospital Regional Docente de Huacho y el Hospital “Gustavo Lanatta Luján” –EsSalud-. Esta encuesta, se orientó a conocer qué concepto de competencias debería tener el médico y el futuro médico, qué valores debería practicar, cuáles las diferencias entre competencias técnicas y esenciales; qué competencias debería tener el médico en formación profesional.

Posteriormente, estos datos fueron agrupados en competencias esenciales, siguiendo el modelo de la Naciones Unidas (Módulo de Aprendizaje utilizado por el Docente del curso – 2007)

El segundo instrumento el “**Cubo del Cambio**” (Frisancho, S – PUCP, 2005), consistió en que los estudiantes al final del ciclo lectivo, presentaban un cubo donde se reflejaba lo siguiente: Las competencias esenciales, los valores, la visión, misión, estrategias, objetivos personales de él, como médico a futuro.

El tercer instrumento fue la elaboración de un Ensayo de Aprendizaje Personal (EAP) por cada uno de los estudiantes y controlados sus mejoras en cada periodo lectivo.

Otro instrumento muy oportuno para reforzar la propuesta del cubo del cambio, fue el uso de “dilemas éticos” (elaborado por Frisancho S, 2003), relacionados con la forma de actuación del médico ante situaciones específicas.

La medición final, se tomó como referente el promedio ponderado obtenido en todos las asignaturas del periodo lectivo y hacer el seguimiento de esos promedios desde que presentó el cubo del cambio hasta Agosto del 2009 que se realizó la última medición del promedio y del uso del cubo del cambio como referente de sus progresos personales a través del tiempo.

2.3.2 Instrumentos para Médicos y Enfermeras

El primer instrumento que se empleó en este grupo particular de profesionales se refiere a autoevaluar el clima organizacional, mediante un **cuestionario de autodiagnóstico institucional**. Este cuestionario contiene un conjunto de 25 indicadores con 10 valores de calificación de 1 (no) a 10 (si) Este instrumento, mide la motivación, Relaciones interpersonales, temor al cambio y a los riesgos, liderazgo y manejo de la autoridad, sobrecarga – estrés. La confiabilidad del instrumento constituyó un elemento central para insertarlo en las instituciones donde se desarrolló el estudio, El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.85, que considerada como confiable para diferencias entre las medias de estos dos grupos específicos. Aún cuando, la correlación se espera que sea mayor a 0.90, el dato obtenido, nos permite validar el instrumento para el presente estudio.

El segundo instrumento, se refirió a formar **talleres sobre gestión personal de la**

calidad de: competencias, aprendizaje, relaciones interpersonales, del cambio, habilidades políticas, planes de mejora. En cada taller se determinaron competencias específicas mediante inventarios de conceptos u oraciones vertidas por cada grupo, para que al final se consolide en una sola conclusión del grupo participante.

El último instrumento, se refirió a un Plan de Mejora Personal de Competencias: Este instrumento tiene una fecha de inicio y de término, objetivos generales y específicos, indicadores, actividades por objetivo y un **contrato de compromiso personal para el cambio**.

Durante el desarrollo de los talleres, la participación de los actores médicos y enfermeras fue proactivo y no se mostraron dificultades para integrar todos los elementos diseñados para este fin. Más bien, la colaboración fue amplia, decidida y sobre todo que despertó mucho interés, involucramiento, aunque el compromiso fue relativamente bajo.

Por último, se premiaron los mejores planes de mejora para la mejora del clima institucional y motivar a los miembros de la gestión a profundizar los cambios en el marco de referencia de la capacitación. Por este motivo, se les diseñó un Silabo específico para el desarrollo de los talleres.

Finalmente, se presentó un **informe específico de los logros alcanzados en los talleres**, el cumplimiento de los planes de mejora y el plan de seguimiento que por razones éticas se controló a través del correo electrónico, las consultas, avances y cumplimiento. Además para motivarlos a obtener logros continuos, se empleó un **“contrato consigo mismo”** y entregarlo al autor del presente estudio para su seguimiento y monitoreo.

No se contó con el permiso de la organización para presentar las fotos del taller, aún cuando se adjunta como anexos las fotos de los estudiantes y los instrumentos básicos de mejora personal, como el contrato consigo mismo.

2.3 Estrategia de presentación de resultados y estadísticos empleados

Por las características del estudio, se optó por presentar las tablas en función de frecuencia, porcentajes, histogramas y medidas de tendencia central para los instrumentos que lo requerían así, con el objetivo de dar solidez y consistencia a los datos presentados.

Por este motivo, se presenta las características del clima organizacional en ambos centros hospitalarios y estudiantes, como una demostración de la atmósfera relacional entre actores, los porcentajes de cumplimiento de elaboración de planes de mejora. No se incluye en este apartado el resultado de los planes de mejora de los estudiantes. En ellos, se empleó un formato específico para consignar el promedio de la asignatura y su promedio ponderado del semestre académico.

En lo que se refiere a las competencias esenciales, se presenta un cuadro comparativo. Estos datos se obtienen del inventario de competencias logradas por los estudiantes en la encuesta empleada, inventariada y colocada en una matriz de referencia con grado de cumplimiento (puntuación de una escala de 0 a 10), información obtenida usando el Internet (correos electrónicos) en periodos de tres meses. La misma estrategia se utilizó para los médicos y enfermeras.

El Plan de mejora, elaboradas por los médicos y enfermeras, se presenta en función de la efectividad de su elaboración en los talleres. Se valora el documento con el

criterio de: adecuado, poco adecuado, no adecuado. También se presenta aquí el cumplimiento de entrega del plan y del contrato consigo mismo.

En los estudiantes se evaluó el cubo del cambio. Se tiene en cuenta la calidad de su elaboración, el dominio de las competencias esenciales en una exposición de clase y la autoevaluación realizada por medio del correo electrónico terminado el ciclo académico. Se presentan los porcentajes de estudiantes por semestres que vienen cumpliendo hasta Abril del 2010, fecha de corte por la disminución del contacto con los actores.

Por último, se presentan los cuadros porcentuales de promedios del curso por años y promedios ponderados de los estudiantes en el semestre académico, así como la de características personales que ellos autoevaluaron como cambios personales significativos posteriores al proceso de aprendizaje en el aula.

En médicos y enfermeras, se presentan los comentarios relacionados con la continuidad del plan de mejora elaborado, su uso en función de las competencias delineadas en el taller y el grado de cumplimiento entre los meses de agosto del 2007 a diciembre del 2009. También de la autoevaluación realizada por ellos, y enviada por correo electrónico a partir del monitoreo del autor del estudio.

Dada la característica cualitativa del estudio y de lo difícil la obtención de información como de la veracidad del cumplimiento, se realizaron entrevistas a los estudiantes como a médicos y enfermeras entre el mes de Septiembre a Diciembre del 2009, del cambio que habían observado en sus personas a partir de su propia experiencia.

3. RESULTADOS

El evidente que el clima del aula observado por los estudiantes como en los médicos y enfermeras varía, por las características mismas de los contextos en cuanto a interacción se refiere; no obstante, encontramos algunas semejanzas en determinadas dimensiones del inventario de autodiagnóstico del clima organizacional, tal como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 1
Promedios ponderados de Médicos, Enfermeras y Estudiantes al inicio y término de actividades académicas y los talleres, del clima organizacional 2007 – 2009

Años Actores Dimensiones	2007		2008		2009	
	Periodo Inicial	Periodo Terminal	Periodo Inicial	Periodo Terminal	Periodo Inicial	Periodo Terminal

Médicos y enfermeras						
	x	x	x	x	x	x
Motivación	6.42	4.89	6.14	3.72	5.23	3.07
Relación Interpersonal y comunicación	6.92	5.92	5.76	4.78	6.02	4.56
Temor al cambio y a los riesgos	6.15	5.78	5.54	3.17	5.85	3.15
Liderazgo y manejo de la autoridad	6.79	5.00	6.07	4.22	6.17	4.65
Sobrecarga y Estrés	6.02	5.76	5.34	5.00	4.56	4.00
Estudiantes						
Motivación	6.42	4.89	6.14	3.72	5.23	3.07
Relación interpersonal y comunicación	7.14	5.07	6.69	4.02	5.25	3.00
Temor al cambio y a los riesgos	6.12	3.45	5.92	4.78	5.12	4.02
Liderazgo y manejo de la autoridad	6.79	5.02	7.14	4.56	5.25	3.79
Sobrecarga y Estrés	7.57	5.92	6.57	3.78	6.02	4.65

Fuente: Inventario de autodiagnóstico de la organización.

Los promedios en grupos de médicos y enfermeras en ambas organizaciones de salud, mantienen una constante antes y después de los talleres. Sus promedios se ubican dentro de cierto peligro para la organización. Considerando que de 1 – 3, es una organización de calidad, de 4 – 6 cierto peligro y 7 – 10 organización deficiente en su clima organizacional.

Entre el 2007 al 2009, los grupos participantes de médicos y enfermeras en el hospital de emergencias pediátricas y el Centro Nacional de Salud Renal, en promedio autoevalúan el clima de su organización con cierta tendencia al peligro en la calidad de sus interacciones y, de acuerdo a las dimensiones del inventario, la tendencia se mantiene antes y después de concluido la actividad formativa.

Del mismo modo, en estudiantes se observa, esa tendencia. Hay una percepción de cierto peligro. La autoevaluación describe en promedio al inicio un mayor peligro de sus dimensiones de interacción, pero mejora al término del semestre académico.

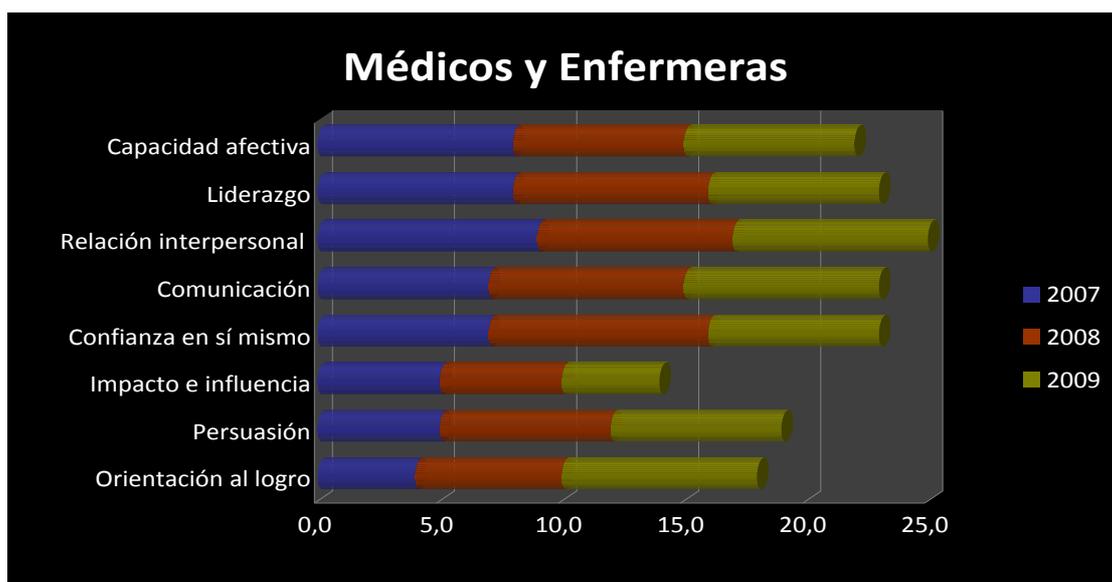
TABLA 2
Puntuaciones de Competencias esenciales encontradas por los médicos, enfermeras y estudiantes de acuerdo a la matriz elaborados después de la recolección de la información y autoevaluación

Competencias Esenciales	2007	2008	2009
--------------------------------	-------------	-------------	-------------

	1 - 10*	1 - 10*	1 - 10*
Médicos y Enfermeras			
• Orientación hacia el logro			
• Persuasión	4.0	6.0	8.0
• Impacto e influencia	5.0	7.0	7.0
• Confianza en sí mismo	5.0	5.0	4.0
• Comunicación	7.0	9.0	7.0
• Relación interpersonal	7.0	8.0	8.0
• Liderazgo	9.0	8.0	8.0
• Capacidad afectiva	8.0	8.0	7.0
	8.0	7.0	7.0
Estudiantes			
• Orientación hacia el logro			
• Persuasión	7.0	7.0	7.0
• Impacto e influencia			
• Confianza en sí mismo	8.0	6.0	8.0
• Comunicación	4.0	5.0	4.0
• Relación interpersonal	7.0	9.0	7.0
• Liderazgo	7.0	8.0	8.0
• Capacidad afectiva	9.0	8.0	8.0
• Capacidad de construir confianza	8.0	8.0	7.0
• Trabajo en equipo	8.0	7.0	7.0
	9.0	8.0	8.0
	8.0	8.0	8.0

Fuente: Encuesta aplicada por estudiantes y autoevaluación en ambos grupos

Lo clarificador de esta tabla, son las tendencias de los estudiantes en relación con las actores de las organizaciones de salud (médicos y enfermeras) Se observa una mayor puntuación con determinadas competencias como: la capacidad de generar confianza, comunicación, capacidad afectiva, relación interpersonal, comunicación y orientación hacia el logro. Esta tendencia suele ser común en otros datos preliminares recolectados por el autor del estudio.



Gráfica 1. Puntuaciones de Médicos, enfermeras y estudiantes, sobre competencias esenciales.

Además la gráfica 1, nos ilustra con más precisión esta distribución de las puntuaciones en los años de estudio del presente proyecto.

TABLA 3
Calidad de los planes de mejora y “Cubo del cambio” en médicos, enfermeras y estudiantes de medicina 2007 - 2009

Planes de Mejora	de	2007			2008			2009		
		A	PA	NA*	A	PA	NA	A	PA	NA*
Médicos y Enfermeras		40%	25%	35%	50%	40%	10%	70%	20%	10%
Planes de Mejora	de									
Estudiantes										
“Cubos Cambio”	del	90%	10%	--	90%	08%	02%	90%	10%	0,0%

Fuente: Autoevaluación de médicos y enfermeras. Fotos de los estudiantes con sus cubos

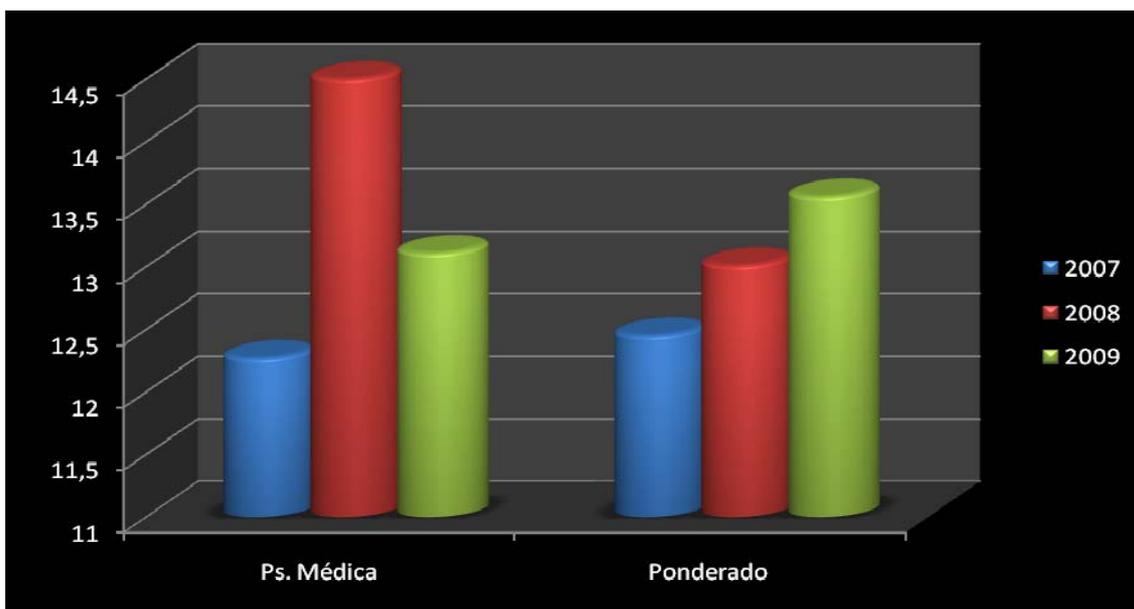
Es evidente que en esta tabla, las tendencias de ambos grupos son diferentes, porque el modelo que predomina en una organización de salud, se orienta a la producción y generación de acciones concretas. En otras palabras potenciar las competencias técnicas, en cambio los estudiantes de medicina se adecúan con más rapidez por las condiciones propias de su formación y de las motivaciones por la calificación.

Tabla 4
Promedios obtenidos en el curso de Psicología Médica y Ponderado Semestral en los estudiantes que participaron en el programa

Promedio	2007	2008	2009
Psicología Médica	12.27	14.50	13.11
Ponderado Semestre Académico	12.45	13.01	13.56

Registro de Notas obtenidas de la Unidad de Registros académicos de la FMH 2007 - 2009

La tendencia en los promedio, no varía de manera significativa en los estudiantes. Es probable que sea necesario otros tipos de valoración para tener una propuesta más concreta respecto de la evolución de su desarrollo formativo.



Gráfica 2. Tendencias de los promedios de estudiantes en el curso de psicología médica y promedio ponderado en el semestre académica de cada año de estudio.

La misma gráfica 2, establece la tendencia variable entre el curso y el promedio ponderado. Si bien es cierto, en el año 2008 se logra el mejor promedio, está no se mantiene, Y, por otro lado, hay una tendencia creciente en el semestre académico hacia su incremento. Nos posibilita la oportunidad de mejorar la calidad del programa dentro de la asignaturas o en el plan curricular.

Tabla 5

Seguimiento de los médicos y enfermeras respecto del uso del plan de mejora

Uso del Plan	2007				2008				2009			
	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
HEP	Si	Si	--	--	Si	--	--	Si	Si	--	--	--
EsSalud	Si	--	--	--	--	--	Si	--	--	Si	--	--

Abreviaturas: T: Trimestre. Si: cumple con su empleo y logro de metas (--) No lo realiza o solo toma en cuenta algunas actividades.

Fuente: Correos electrónicos o interacciones de Chat con los actores.

Se puede observar que la tendencia entre los actores varía de hospital. El cumplimiento está más en relación probablemente en términos de monitoreo continuo y seguimiento con estímulos reforzadores para los actores en general o, actores más motivados para orientar a los demás al desarrollo de la capacidad de logro.

Tabla 6

Entrevistas realizadas a médicos, enfermeras y estudiantes relacionados con el plan de mejora y el “cubo del cambio”

Comentarios de Médicos y Enfermeras	2007	2008	2009

Es bueno el programa	20%	20%	15%
Sirve para ordenar aspectos personales	70%	60%	40%
Lo usa para trabajar mejor	60%	70%	80%
Le ha permitido mejorar su relación familiar	70%	70%	80%
Comentarios de Estudiantes			
No es fácil su empleo	60%	70%	80%
Perdió el temor de hablar en público	80%	80%	90%
Sabe que es mejor, pero no lo emplea	90%	--	50%

Fuente: Entrevista mediante el chat y comentarios por correo electrónico

4. DISCUSION Y CONCLUSION

La necesidad de “**saber en lo que se piensa y pensar en lo que se va a hacer**” (Castoriades C. 1999) resume ¿las enormes implicancias de un aprendizaje significativo en todo proceso de enseñanza – aprendizaje en la educación superior de estudiantes de medicina humana y su continuidad en educación continua en los centros hospitalarios? Para el presente estudio, encontramos que hay elementos de juicio para considerar que sí.

No solo se trata de implementar los programas como un medio didáctico de mejora de la calidad de la enseñanza – aprendizaje que los docentes usan para hacer posible un cambio. Sino que ese cambio requiere de ser comprobado y analizado en profundidad en varios contextos y tiempos de similares condiciones y, sobre todo, cuando se trata de formar profesionales de la salud. Formar este tipo de personas a lo largo de su vida de pregrado, postgrado y continua no solo es una necesidad. Sino que es una cualidad inherente a la preservación de la vida humana. Destacando en ella, que la calidad y el bienestar de las personas a quienes se les brinda servicios de salud lo demanda así (Tipismana 2008, 2009 –informe técnico a las organizaciones de salud implicadas)

Una de las características claves está orientada a la implementación de un clima propicio del espacio de aprendizaje. Ello, hace necesario conocer el clima estructural del espacio de aprendizaje (Tabla 1) -aulas de formación y/o capacitación- para insertar un programa inherente a todo curso formativo o de capacitación (Pereda Martín y Berrocal Berrocal F 1999, pág. 205) Solo será significativo, si los actores (docentes de aula, capacitadores y estudiantes en el nivel de pregrado y educación continua) tienen las condiciones mínimas de un clima óptimo para crear, motivarse, producir y obtener los incentivos personales que los conduzca a formar y desarrollar competencias esenciales. Qué, si pueden estar ya insertadas, no son adecuadamente exploradas, utilizadas por los sistemas de gestión de la organización académica y

hospitalaria.

Las competencias esenciales (Tabla 2) como se observa es un indicador, indiciario de esa necesidad. Los espacios de aprendizaje, motivan identificar por los mismos actores involucrados las necesidades de conocer sus potencialidades para que el aprendizaje de cualquier contenido científico, técnico, social, cultural, motive el interés de incorporarlo como una clave de la mejora continua de sus aprendizajes.

Es decir, que si en todo sistema educativo formal, no formal e informal, siempre esta inherente esta condición y los procuradores educativos lo tienen como una prioridad, la posibilidad de lograr mejores resultados en sus planes estratégicos y curriculares, este será más sólido y consistente en el tiempo y es tácito que no puede obviarse, dada la complejidad de la conducta humana para los aprendizajes en todo sistema de conocimiento (Braslowsky y Gento 2002)

Es evidente entonces que lo significativo de los aprendizajes, va más allá de contenidos, manejo de conceptos. Se trata de personas. Personas, que cuando encuentran el motivo central de su actuación en un espacio y tiempo para producir, crear y hacer lo que les interesa y motiva, hacen planes de mejora. Además que estos planes (estrategias concretas) se convierten en parte de su crecimiento y desarrollo personal (Boyatzis y Goleman 2008) Las competencias no se van a ir construyendo por “obligación o necesidad inherente a la carrera”, sino que se construyen a partir de un cuerpo integrado e integral de ser personas humanas que van a brindar conocimientos técnicos, personales, sociales a otros (Gardner H, 2007) Estas personas que aprenden se convierten en agentes activos y diseñadores continuos de sus aprendizajes y mejoras de los mismos. Pero además, aprenden que estos aprendizajes son un continuum en el tiempo, y también a diferentes espacios que ocupan, el personal, social, familiar. Serán evidentemente ciudadanos responsables a pensar de manera diferente (Gardner, H., Gamio G., 2008 respectivamente)

El estudio en sí, va más de este simple informe, el estudio está en permanente mejora, se observa que las capacidades de las personas que participaron en el programa decaen en el tiempo, que se requiere de mantener continuo y abierto el proceso. O, en su mejor forma de mejorar las estrategias que emplea el programa para que, los actores que se involucran puedan mantener la necesidad de ir perfeccionando sus programas, utilizando las herramientas de la calidad (como el plan de mejora, autoevaluación, cubo del cambio, por mencionar los empleados aquí), harán posible que, no solo sea un factor personal a considerar. Todo lo contrario que ellos vean que perder el miedo para actuar en estos espacios (aulas) no es distinto de otros cuando de producir conocimiento se trata, que aprenden que cuando mejoran su propio clima, no solo estarán dedicados a mencionar que les es útil. Pero esa utilidad dejará de ser enunciativa y se convertirá en un proceso de autoformación de competencias esenciales a través del tiempo. Y, en consecuencia a transmitir estos aprendizajes, lo que indicará que las transformaciones reflejan que el aprendizaje significativo tiene un valor esencial para la vida de las personas que nos involucramos en la enseñanza y en el aprendizaje.

REFERENCIAS

Zubiran S. El ejercicio de la medicina. En: <http://www.intramed.net/>

Millán KT., Ercolano M., Pérez AM., Fuentes CF. Autoevaluación de habilidades clínicas básicas en médicos recién egresados de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Rev. Méd. Chile 2007; 135: 1479 – 1486.

Morejón Q. RI. ¿Cómo integrar desde el aprendizaje significativo la formación de valores y la resolución de problemas? Disponible en: www.monografias.com.

Carrizo L. Pensamiento complejo y transdisciplinariedad. Tomado de: Universidad Construye País: Observando la responsabilidad social universitaria, Julio 2004, Proyecto Universidad Construye País – En: www.construyepais.cl.

Quiroga Lobos M. Análisis comparativo de experiencias de introducción de las TIC en el aula. El rol del coordinador tecnológico y su impacto en el éxito de las políticas públicas. REICE (2008) Vol. 6, Número 4, pp. 150 – 164.

Gardner H. Mente Etica. Harvard Business Review/ Marzo 2007. Pp 34 – 38.

Kenichi Ohmae. The Next Global Stage: The Challenges and Opportunities in Our Borderless World. Wharton School Publishing, Marzo 2005, en: www.amazon.com.

Sahler OJ., Ciencias de la conducta y cuidado de la salud. Manual Moderno, México 2007. Pp. 267 – 271.

Goleman D., Boyatzis R. La inteligencia social y la biología del liderazgo. Harvard Business Review, Septiembre 2008, pp. 86-95.

Boyatzis R., McKee A., Johnston F. Líder emocional: Manual de uso. Harvard Business Press, Deusto. España, 2008. Pp. 19 – 22.

Castañeda Quintero LJ. Educando en el hospital: demanda, tareas y competencias para un equipo pedagógico multidisciplinar. En “hacia una educación sin exclusión” XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial, 2006. Edición electrónica. Universidad de Murcia ISBN: 84-932433-6-1.

Gamio Gehri G. El cultivo de las humanidades y la construcción de ciudadanía. Ensayo preparado para la Lección Inaugural del año 2008 en la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Pueblo Libre Lima – Perú. Pp. 1 – 3.

Cuellar H. Los valores ¿Existen? ¿Realmente existe un conjunto de cualidades que hacen a una persona mejor? Instituto para la Calidad y Desarrollo Humano – ICDH, Facultad de Ingeniería de la UNI, Lima – Perú.

World Federation For Medical Education. Desarrollo profesional en Ciencias de la Salud: Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Revista International Journal. Volumen 7, Suplemento 2, Julio-Septiembre 2004, pp.5-16

Alvarado Linares C. Aplicación de los sistemas y tecnologías de la información en el campo de la salud. En www.monografias.com

Torrego Egido L. Ser profesor universitario, ¿un reto en el contexto de convergencia europea? Un recorrido por declaraciones y comunicados. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 18 (3), Segovia – España (2004), 259 – 268.

Heather Fry, Steve Ketteridge and Stephanie Marshall Publishers: A Handbook for: Teaching & Learning in Higher Education. 2003. USA, Kogan Page.

Dueñas VH., Bact., M.Sc. El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. Colombia Médica, 2001 Corporación Editora Médica del Valle; 32: 189 – 196.

Morales Bueno P., Landa Fitzgerald V. Aprendizaje Basado en problemas. Theoria, Vol. 13: 145 – 157, 2004.

Ficha informativa aduanera. Método del doble cubo para evaluar cultura organizacional. La Paz, Abril 2004/ Ficha N° 10.

Francois Vallaey. Responsabilidad social universitaria: Definición e indicadores: Documento de Trabajo de la PUCP, 2005. Lima – Perú.

Venturelli J. Algunos aspectos sobre evaluaciones y tutorías. Expectativas del tutor y de los estudiantes. Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Paltex – 1997.

Villaseñor Farías M. Educar para la salud: reto de todos (Entrevista) . Revista de Educación y Desarrollo, Enero – Marzo 2004.

Edgar Morín. Lo que todo estudiante debería conocer sobre la educación universitaria al momento de tomar la decisión más importante de su vida. ART. Scientific Committee for Human Development Cooperation, Cátedra UNESCO – GUNI.

Del Basto Sabogal LM. Una reflexión en torno a la universidad y su acreditación. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa (en línea). Vol.1, No. 1 (Julio – Diciembre de 2004). Disponible en internet: <http://revista.iered.org>. ISSN 1794 – 8061.

Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo de Monterrey. El método de proyectos como técnica didáctica. Disponible en: <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>

Rama C. Ética y educación superior en el contexto de la mercantilización. Iesalc. Disponible en: www.iesalc.unesco.org/ve/.../Art%EDulo%20-%20Etica%20y%20educaci%F3n%superior.pdf

Tejera Concepción JF. Modelo de propuesta de actividad de superación profesional. Disponible en: www.monografias.com

Tipismana Neyra O. Informe del curso taller “Gestión personal de la calidad”. Hospital de Emergencias Pediátricas 2009. Lima – Perú

Tipismana Neyra O. Informe del curso taller “Gestión personal de la calidad”. Centro Nacional de Salud Renal. EsSalud 2009. Lima – Perú.