



**RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA DOCENTE
TRADICIONAL FRENTE A LA EDUCACIÓN SIMULADA EN UNA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE SANTIAGO DE CALI EN EL AÑO 2021.**

Barona Manchola Carlos Alberto

Naged Ocampo María Fernanda

Rivera Bernal Diana Sofia

Universidad Santiago de Cali

Facultad de salud

Programa de fisioterapia

Santiago de Cali

2022

**RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA DOCENTE
TRADICIONAL FRENTE A LA EDUCACIÓN SIMULADA EN UNA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE SANTIAGO DE CALI EN EL AÑO 2021.**

Barona Manchola Carlos Alberto

Naged Ocampo María Fernanda

Rivera Bernal Diana Sofia

Asesor:

Ft. Esp. Mgs. Diana Carolina Urrea Arango

Universidad Santiago de Cali

Facultad de salud

Programa de fisioterapia

Santiago de Cali

2022

Tabla de contenido

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 PREGUNTA PROBLEMA	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVO GENERAL	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. MARCO DE REFERENCIA.....	10
4.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS	10
4.2 CONTEXTUALIZACIÓN	11
4.3 MARCO CONCEPTUAL:	12
4.4 MARCO ÉTICO.....	15
4.4.1 MARCO ÉTICO INTERNACIONAL.....	15
4.4.2 MARCO ÉTICO NACIONAL	17
4.5 MARCO LEGAL	18
4.6 MARCO DISCIPLINAR	19
5. METODOLOGÍA.....	20
5.1 DISEÑO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
5.2 PAPEL DEL INVESTIGADOR.....	21
5.3 RECOGIDA DE DATOS.....	21
5.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS O ACTORES PARTICIPANTES.....	22
5.3.2 MUESTREO	23
5.3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	24
5.3.4 PROCESO DE TRABAJO DE CAMPO	24
5.3.5 CATEGORÍA DE ANÁLISIS Y CATEGORIZACIÓN	24
5.4 ANÁLISIS DE DATOS:.....	25
5.4.1 PERCEPCIÓN DE LOS DOCENTES FRENTE A LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES:.....	26
5.4.2 EDUCACIÓN SIMULADA VS EDUCACIÓN TRADICIONAL:.....	27
5.4.3 HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD:.....	30
6. Referencias bibliográficas	32
7. ANEXOS:	35

7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	35
7.2 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	36

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A raíz de la emergencia sanitaria declarada en principios del año 2020 en el país de Colombia en el cual obligó a los estudiantes a pasar de una educación presencial a una educación virtual los docentes del área de la salud tuvieron que adoptar nuevas estrategias de estudio para poderle brindar al alumno las herramientas necesarias para su proceso de aprendizaje, una de las herramientas utilizadas en la Universidad Santiago de Cali fue el uso de la educación simulada, una herramienta en la cual el docente fue capaz de crear un ambiente “real” a través del uso de maniqués los cuales actúan dependiendo las necesidades y exigencias del docente

Teniendo en cuenta que la simulación clínica es un método muy útil en las Ciencias Médicas, tanto cuando se emplea con fines educacionales como evaluativos. Acelera el proceso de aprendizaje del estudiante y elimina muchas de las molestias que, durante su desarrollo, se pueden producir a los pacientes. La simulación tiene el propósito de ofrecer al educando la oportunidad de realizar una práctica análoga a la que realizará en su interacción con la realidad en las diferentes áreas o escenarios docente- atencional que se trate. Es necesario que en todo momento se garantice el cumplimiento de los principios bioéticos durante la realización de las diferentes técnicas de simulación. Se tiene la ventaja de plantear estrategias a desarrollar para su adecuada intervención. Se concluye que es un buen complemento del proceso docente estudiante que facilita, pero no sustituye la interacción del educando con la realidad de los servicios de salud. (3)

Una vez revisada la literatura acerca de la educación clínica simulada se puede concluir que hay muy pocos estudios publicados acerca de la percepción y experiencia que tienen los docentes sobre este tipo de enseñanza; la mayoría de artículos se han basado en estudiantes; En esta investigación se intentará conocer la percepción que tienen los docentes del área de la salud frente al uso de la simulación clínica en los procesos de práctica profesional; en donde se pretende encontrar fortalezas y debilidades en cuanto a los métodos de enseñanza que se

utilizaron en esta pedagogía para así modificarlos o fortalecerlos, teniendo en cuenta que la simulación clínica es una herramienta docente de primer orden, en donde los estudiantes pueden conocer a través de los docentes la seguridad del paciente y los eventos adversos que se pueden prevenir con los modelos educativos, protocolos de actuación y técnicas nuevas de diagnóstico y tratamiento; aprendiendo de los errores, disminuyendo estos sucesos adversos que se encontraran en el ámbito profesional y real.

1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la experiencia de la práctica docente tradicional frente a la educación simulada en una universidad privada de Santiago de Cali en el año 2021?

2. JUSTIFICACIÓN

La simulación educativa es una técnica poderosa que enseña algunos aspectos del mundo real mediante su imitación o réplica. Está basada en un modelo de un sistema o fenómeno del mundo real en el que se han simplificado u omitido algunos elementos para facilitar el aprendizaje. Es decir, la simulación supone un proceso (1), Durante las últimas décadas, los laboratorios de simulación se han constituido en una herramienta didáctica utilizada para la enseñanza de la medicina. Con la simulación, los estudiantes pueden aprender en una forma práctica procedimientos, y afianzar conceptos clínicos como apoyo de las diferentes asignaturas. Se sabe de las ventajas que ofrecen estos espacios, pero aún faltan docentes que creen en sus bondades y desarrollen de manera sistemática, una verdadera incorporación de la simulación en su práctica docente. (2); en la simulación encontramos una clasificación la cual es importante de mencionar, simulación de alta complejidad, mediana complejidad y/o baja complejidad, estas con la finalidad de que los futuros profesionales se logren desenvolverse de una manera adecuada en cada uno de los ambientes que se puedan presentar en el área clínica de la salud.

El hospital simulado USC, es considerado el más grande en área y mejor dotado en Latinoamérica, usado aproximadamente por 5.000 estudiantes de la Facultad de salud en los programas de medicina, enfermería, terapia respiratoria, instrumentación quirúrgica, fonoaudiología, fisioterapia, psicología, regencia de farmacia y atención prehospitalaria (3), en el cual se observa la atención en tiempo real con ayuda de maniqués simulados, este hospital maneja un nivel cuatro de complejidad como las clínicas Imbanaco y Valle del Lili de nuestra ciudad, lo que representa un servicio de ALTA complejidad.

La facultad de salud cuenta con un hospital simulado creado en el año 2016 donde se cuenta con un espacio de más de 1.150 metros cuadrados por su extensión y tecnología es una de las más completas de su tipo en américa latina, el cual está dividido por un quirófano real, una Unidad de Cuidados Intensivos, una sala de partos y una de recuperación de partos, una sala neonatal, una sala de recuperación de mujeres y otra de hombres, lo mismo que un consultorio para atención de

pacientes. También seis grandes áreas: instrumentación quirúrgica, fonoaudiología, enfermería, farmacia, control y monitoreo y central de esterilización. Todos estos espacios están dotados con equipos de tecnología de punta traídos de Japón y Estados Unidos. Es un servicio donde los estudiantes realizan sus prácticas en diferentes escenarios de acuerdo al semestre que estén cursando; a causa del COVID-19 y con el objetivo de no sumar la propagación de este virus, el hospital simulado es el único campo de práctica útil hasta el momento, en su formación profesional el cual le da a la universidad un posicionamiento importante ante las diferentes instituciones de la ciudad y del país. Es muy importante la labor del docente al momento de estar en la simulación clínica ya que es un facilitador del aprendizaje, capacidad reflexiva y crítica, enseñado de verdad a el estudiante y no solo por un momento o solo por pasar la practica sino que genera nuevas experiencias a los estudiantes, además al momento de la retroalimentación el docente siempre relaciona los conocimientos previos con los nuevos beneficiando la enseñanza y la experiencia determinando si el estudiante logra tener un significativo aprendizaje. también cumple el papel importante de hacer la interacción social con el paciente simulado y que el estudiante lo realice de manera adecuada preparándolo para cuando esté en un contexto real.

Por esta razón la presente investigación fue de tipo cualitativo, y se enfocó en docentes de la facultad de salud de una institución educativa ubicada en la ciudad de Santiago De Cali; la investigación se enfocó en estudiar la percepción que tienen los docentes de la facultad de salud que asistían al hospital simulado, frente al uso de simuladores como método de enseñanza tradicional versus la educación simulada, con el fin de facilitar a toda la comunidad estudiantil, adquirir las competencias necesarias como actitud crítica, capacidad para tomar decisiones favorables, ser líder y estar comprometido con la profesión, el paciente y la entidad a la cual pertenecía, permitiendo que el estudiante presente algunas falencias o cometa errores a la hora de una intervención sin poner en riesgo la vida de un paciente real o causar daño irreversible. Por eso fue de suma importancia conocer el nivel de educación de los docentes frente a la utilización de los equipos del hospital simulado; y de no ser así cómo se prepara cada docente para aprender y

enseñar a sus estudiantes el uso de estos, además de que el docente debía establecer un tiempo previo fuera de sus horas laborales para obtener el conocimiento necesario dando una muy buena información y metodología a sus estudiantes a la hora de intervenir con un dispositivo o maniquí; Los resultados en esta investigación fueron conocer un poco más sobre la experiencia de los docentes que utilizaron la simulación clínica como estrategia didáctica para la enseñanza a los futuros profesionales de la salud; Conocer estas particularidades en los docentes contribuirá a la incorporación de la simulación clínica como un elemento más para la adquisición de conocimientos y destrezas propias del quehacer del personal de la salud y su consolidación dentro de los planes de estudio de las diferentes carreras del área de la salud que se ofertan en la una universidad privada en la ciudad de Santiago De Cali, esto brindo una mayor seguridad del docente, del estudiante y del paciente, actores principales del proceso enseñanza-aprendizaje.(4)

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer la relación entre la experiencia de la práctica docente tradicional frente a la educación simulada en una universidad privada de Santiago de Cali en el año 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la percepción de los docentes frente a las actitudes de los estudiantes dentro de un entorno simulado comparado con un entorno real dentro de sus prácticas en una universidad privada de Santiago de Cali en el año 2021.
- Identificar la percepción de los docentes frente a la educación simulada de manera comparativa con la educación tradicional en una universidad privada de Santiago de Cali en el año 2021.

- Identificar la opinión de los docentes acerca de la relación entre la humanización de los servicios de salud y la simulación clínica en una universidad privada de Santiago de Cali en el año 2021.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

La actual investigación está enfocada en el modelo de George Miller, Miller es uno de los psicólogos más importantes del siglo 20 en Latinoamérica, fue uno de los fundadores de la psicología cognitiva y pionero de la investigación neuropsicológica, por esta razón iniciamos describiendo el término cognición, este hace referencia a procesos de adquisición, elaboración, recuperación, y utilización de información para resolver problemas, este proceso es propio de la mente humana, la mente animal y la inteligencia artificial (4), es por esta razón que elegimos el modelo de Miller.

El modelo de Miller tiene como fin demostrar cómo la memoria a corto plazo del ser humano se comporta, cuando se enfrenta a algo desconocido y también para evaluar las competencias profesionales. Se encuentra organizado como una pirámide de 4 niveles que están en orden de complejidad. En la base se sitúan los conocimientos (el “saber”) como un profesional desempeña de manera eficaz su trabajo, en el segundo nivel surge la capacidad de cómo aplicarlos a casos concretos (el “saber cómo”), en el tercer nivel, se encuentra la destreza donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer (el “mostrar cómo”). El cuarto nivel, que hace referencia al desempeño (“el hacer”) o lo que el profesional realmente hace en la práctica laboral (5).

Por otra parte, en 1967 el Dr. Michael Gordon, desarrolla a Harvey (un maniquí) en el laboratorio de simulación esto se hizo con el fin de que los estudiantes de salud pudieran diferenciar ruidos cardíacos y soplos congénitos (6). Teniendo en cuenta estas dos perspectivas teóricas se debe hablar de tres tipos de simulación considerando siempre la fidelidad o realismo del ejercicio de simulación. En primer

lugar, tenemos simulación de baja fidelidad, caracterizada por el uso de simuladores estáticos, que no tienen ninguna complejidad tecnológica. En segundo lugar tenemos la simulación de mediana fidelidad, este Incluye simuladores que replican algunos parámetros fisiológicos mediante un software o características anatómicas realistas y por último la simulación de alta fidelidad o simulación de alto realismo, tienen la capacidad de reproducir situaciones muy próximas a la realidad, y permiten la adquisición de habilidades técnicas y no técnicas (7).

4.2 CONTEXTUALIZACIÓN

El uso de simuladores para la práctica y la enseñanza de la medicina se extiende en un amplio espectro, desde la simple reproducción de partes aisladas del cuerpo, hasta la imitación de las interacciones complejas del organismo en un maniquí con parámetros fisiológicos variables (Bradley, 2006). Existen muchos hallazgos de modelos de partes del cuerpo humano en múltiples culturas y continentes, que pueden considerarse los primeros simuladores en medicina (Madiedo y Cárdenas, 2009). En 1927, el Chino Wang Weiyi, ilustró un manual en el que mostró el uso de maniqués de bronce cubiertos de cera para el aprendizaje de las técnicas de acupuntura y moxibustión (China.org.cn). En 1958, ocurrió un hecho importante para la simulación clínica. En una conferencia de anesthesiólogos escandinavos, los doctores estadounidenses Peter Safar y Bjorn Lind, demostraron con estudios que podían salvar vidas con el simple hecho de ventilar boca a boca o boca a máscara. Sus investigaciones generaron un interrogante: ¿Cómo podrían entrenar a las personas para que adquirieron estas destrezas?, y la respuesta creó una clara necesidad por el entrenamiento con maniqués (Tjomsland & Baskett, 2002). Un fabricante de muñecos, Asmund Laerdal, se unió para trabajar junto a estos dos doctores y fabricaron juntos el primer simulador para el entrenamiento médico, Resusci-Ann®. Este maniquí revolucionó la enseñanza de la reanimación, convirtiéndose en un efectivo modelo de entrenamiento a bajo costo, con el que los aprendices adquieren habilidades para la ventilación boca a boca. Su éxito fue tal que se modificó para instruir también en reanimación cardiopulmonar (Cooper & Taqueti, 2004). Con Resusci-Ann® se despertó el interés por diseñar maniqués

más sofisticados, capaces de reproducir características fisiológicas de pacientes humanos. El ingeniero Stephen Abrahamson y el médico Judson Denson desarrollaron Sim One®, un maniquí con un gran número de características sofisticadas como respiración, sonidos cardíacos, pulso carotídeo y temporal sincronizados, presión arterial, movimiento de la boca y ojos. Los aprendices podrían administrar cuatro drogas intravenosas y dos gases (Oxígeno y Óxido Nitroso) utilizando máscara o tubo. La introducción de un ordenador analógico permitió por primera vez que las respuestas fisiológicas del maniquí ocurrieran en tiempo real y automáticamente. Sim One®, no logró introducirse en las escuelas de medicina, a pesar de los informes de eficacia, debido a que no se había definido la necesidad de enseñar con simuladores, y la tecnología era aún muy costosa (Bradley, 2006).

En 1967, un grupo interdisciplinario conformado por profesores, internistas, cardiólogos, oncólogos, neurólogos y urgenciólogos del Centro de Investigación en la Enseñanza de la Medicina de la Universidad de Miami desarrolló el maniquí Harvey®, un maniquí que simula veintisiete condiciones cardíacas normales y anormales, con presión arterial, pulsos arteriales central y periférico, pulsos yugulares, ruidos respiratorios, y soplos y ruidos cardíacos sincronizados según la patología. Harvey® representó un gran salto en la enseñanza de desórdenes crónicos y severos, y es usado en la actualidad en muchas universidades para estudiantes de posgrado de medicina interna y de cuidado crítico (Gordon, Issenberg, Mayer, & Felner, 1999). (8)

4.3 MARCO CONCEPTUAL:

- **Simulación clínica:** Es un proceso dinámico que involucra la creación de una situación hipotética que incorpora una representación auténtica de la realidad, facilitando la participación activa del alumno e integrando las complejidades del aprendizaje práctico y teórico con oportunidades para la repetición, retroalimentación, evaluación y reflexión sin el riesgo de causar daño al paciente (9).

- **Simulación de alta fidelidad:** Integración de múltiples variables fisiológicas, manejados mediante computadoras utilizando tecnología avanzada en hardware y software donde incrementa el realismo de la simulación. Se puede realizar prácticas más complejas como la atención de un parto eutócico o complicado, Intubación endotraqueal, resucitación cardiopulmonar en niños y adultos (10).
- **Simulación de intermedia fidelidad:** Son más realistas y complejos. Este simulador tiene varias intervenciones de resucitación cardiopulmonar, apoyo de inserción de cánulas y administración de soluciones intravenosas (10).
- **Simulación de baja fidelidad:** Son estáticos, con poco realismo. Simuladores de un segmento anatómico, se puede realizar algunos procedimientos y maniobras invasivas o no invasivas como exploración ginecológica, aplicación de inyecciones intramusculares o intravenosas, o toma de presión arterial (10).
- **Percepción:** Conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos (11).
- **Percepción subjetiva:** Las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro (11).
- **Percepción selectiva:** La persona no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir (11).
- **Percepción temporal:** Fenómeno a corto plazo, el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (11).
- **Aprendizaje:** Proceso a través del cual el ser humano adquiere o modifica sus habilidades, destrezas, conocimientos o conductas, como fruto de la experiencia directa, el estudio, la observación, el razonamiento o la instrucción (12).
- **Aprendizaje significativo:** Según David Ausubel “el conocimiento verdadero sólo puede nacer cuando los nuevos contenidos tienen un

significado a la luz de los conocimientos que ya se tienen” es decir, el estudiante relaciona su conocimiento previo con la nueva información para poder desenvolverse en diferentes contextos (13).

- **Satisfacción:** Es un estado del cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema (14).
- **Calidad:** La calidad es una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea valorada con respecto a cualquier otra de su misma especie (14).
- **Competencias:** Son características que capacitan a alguien en un determinado campo. No solo incluyen aptitudes teóricas, sino también definen el pensamiento, el carácter, los valores y el buen manejo de las situaciones problemáticas (15).
- **Aprendizaje:** es el proceso a través del cual se modifican y adquieren habilidades, destrezas, conocimientos, conductas y valores. Esto como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación. (15)
- **Proceso de aprendizaje:** es una actividad individual que se desarrolla en un contexto social y cultural. Es el resultado de procesos cognitivos individuales mediante los cuales se asimilan e interiorizan nuevas informaciones (hechos, conceptos, procedimientos, valores), se construyen nuevas representaciones mentales significativas y funcionales (conocimientos), que luego se pueden aplicar en situaciones diferentes a los contextos donde se aprendieron. Aprender no solamente consiste en memorizar información, es necesario también otras operaciones cognitivas que implican conocer, comprender, aplicar, analizar, sintetizar y valorar (15)
- **Enseñanza:** Es el proceso mediante el cual se comunican o transmiten conocimientos especiales generales sobre la materia.

- **Educación:** Es el conjunto de conocimientos, órdenes y métodos por medio de los cuales ayuda al individuo en el desarrollo mejor a través de las facultades intelectuales, morales y físicas. (15)
-

4.4 MARCO ÉTICO

4.4.1 MARCO ÉTICO INTERNACIONAL

DECLARACIÓN DE HELSINKI

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Etica Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.
13. Los grupos que están su representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y

si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación. (16)

4.4.2 MARCO ÉTICO NACIONAL

DECRETO 2277 DE 1979 (septiembre 14)

ESTATUTO DOCENTE

Por el cual se adoptan normas sobre el ejercicio de la profesión docente. El presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades extraordinarias que le confirió la ley 8ª de 1977, y oído el concepto de la comisión asesora prevista en el artículo 3 de dicha ley,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Definición de contenido y aplicación

Artículo 1. DEFINICIÓN. El presente decreto establece el régimen especial para regular las condiciones de ingreso, ejercicio, estabilidad, ascenso y retiro de las personas que desempeñan la profesión docente en los distintos niveles y modalidades que integran el sistema educativo nacional, excepto el nivel superior que se regirá por normas especiales.

Artículo 2. PROFESIÓN DOCENTE. Las personas que ejercen la profesión docente se denominan genéricamente educadores. Se entiende por profesión docente el ejercicio de la enseñanza en planteles oficiales y no oficiales de educación en los distintos niveles de que trata este decreto. Igualmente incluye esta definición a los docentes que ejercen funciones de dirección y coordinación de los planteles educativos de supervisión e inspección escolar, de programación y capacitación educativa, de consejería y orientación de educando, de educación especial, de alfabetización de adultos y demás actividades de educación formal autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional en los términos que determine el reglamento ejecutivo. (17)

4.5 MARCO LEGAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002654 DEL 2019

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 3. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente resolución, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, tal como lo prevé el artículo 6º de la Ley 1751 de 2015.

Actividad de salud. Conforme lo establece el numeral 1 del artículo 8º de la Resolución 5857 de 2018, expedida por este Ministerio, es el conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

Inteligencia artificial. La inteligencia artificial ("Artificial Intelligence", o "AI") es la simulación de procesos de inteligencia humana por parte de máquinas, especialmente sistemas informáticos. Estos procesos incluyen el aprendizaje (la adquisición de información y reglas para el uso de la información), el razonamiento (usando las reglas para llegar a conclusiones aproximadas o definitivas) y la autocorrección.

Sistema de inteligencia artificial. Es un sistema basado en máquinas que puede, para un conjunto de objetivos definidos por los humanos, hacer predicciones, recomendaciones o decisiones, influenciando ambientes virtuales o reales. Los sistemas de inteligencia artificial son diseñados para operar de acuerdo a niveles de autonomía. (18)

4.6 MARCO DISCIPLINAR

DECRETO 1278 DE JUNIO 19 DE 2002

CAPÍTULO I

OBJETO, APLICACIÓN Y ALCANCE

ARTÍCULO 4. Función docente. La función docente es aquella de carácter profesional que implica la realización directa de los procesos sistemáticos de enseñanza - aprendizaje, lo cual incluye el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los mismos procesos y sus resultados, y de otras actividades educativas dentro del marco del proyecto educativo institucional de los establecimientos educativos.

La función docente, además de la asignación académica, comprende también las actividades curriculares no lectivas, el servicio de orientación estudiantil, la atención a la comunidad, en especial de los padres de familia de los educandos; las actividades de actualización y perfeccionamiento pedagógico; las actividades de planeación y evaluación institucional; otras actividades formativas, culturales y deportivas, contempladas en el proyecto educativo institucional; y las actividades de dirección, planeación, coordinación, evaluación, administración y programación relacionadas directamente con el proceso educativo.

Las personas que ejercen la función docente se denominan genéricamente educadores, y son docentes y directivos docentes.

ARTÍCULO 5. Docentes. Las personas que desarrollan labores académicas directa y personalmente con los

alumnos de los establecimientos educativos en su proceso enseñanza aprendizaje se denominan docentes. Estos también son responsables de las actividades curriculares no lectivas complementarias de la función docente de aula, entendidas

como administración del proceso educativo, preparación de su tarea académica, investigación de asuntos pedagógicos, evaluación, calificación, planeación, disciplina y formación de los alumnos, reuniones de profesores, dirección de grupo, actividades formativas, culturales y deportivas, atención a los padres de familia y acudientes, servicio de orientación estudiantil y actividades vinculadas con organismos o instituciones del sector que incidan directa o indirectamente en la educación.

ARTÍCULO 6. Directivos docentes. Quienes desempeñan las actividades de dirección, planeación, coordinación, administración, orientación y programación en las instituciones educativas se denominan directivos docentes, y son responsables del funcionamiento de la organización escolar. Los cargos de directivos docentes estatales serán: director rural de preescolar y básica primaria; rector de institución educativa en educación preescolar y básica completa y/o educación media; y coordinador. El rector y el director rural tienen la responsabilidad de dirigir técnica, pedagógica y administrativamente la labor de un establecimiento educativo. Es una función de carácter profesional que, sobre la base de una formación y experiencia específica, se ocupa de lo atinente a la planeación, dirección, orientación, programación, administración y supervisión de la educación dentro de una institución, de sus relaciones con el entorno y los padres de familia, y que conlleva responsabilidad directa sobre el personal docente, directivo docente a su cargo, administrativo y respecto de los alumnos. El coordinador auxilia y colabora con el rector en las labores propias de su cargo y en las funciones de disciplina de los alumnos o en funciones académicas o curriculares no lectivas. (19)

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Es una investigación de tipo cualitativa, que se abordará desde el método hermenéutico, el cual permite tener detalles del estudio, análisis e interpretación de textos, y eventos que evocan un resultado beneficioso; además de encontrar los elementos, dar estructura, especificar propiedades, características, describir las

categorías, subcategorías y tendencias respectivas que complementan el contenido encontrado en el estudio.

Por tanto, el método hermenéutico es eficaz a la hora de interpretar el contexto de la investigación en donde se captan los diversos medios de verificación que se usaron en las encuestas como lo fue el ver, escuchar o sentir la verdad del emisor; los cuales son elementos significativos al momento de dar respuestas positivas a las diversas incertidumbres o adversidades que se presentan.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Docentes que trabajan en la universidad Santiago de Cali y que acepten realizar la entrevista

-Docentes que utilicen la simulación clínica como método de enseñanza-aprendizaje

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Docentes que no completen la entrevista

-Docentes que no tengan prácticas en el hospital simulado

-Docentes que no pertenezcan a la institución.

5.2 PAPEL DEL INVESTIGADOR

Los investigadores crearon una guía de entrevista semiestructurada, la cual posteriormente fue aplicada a docentes universitarios pertenecientes a una universidad privada de la ciudad de Santiago de Cali, una vez aplicada la entrevista se procede a realizar el análisis de los datos relevantes que contenía esa guía para de esta manera obtener los resultados de la investigación.

5.3 RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada creada por los estudiantes, y la cual fue evaluada por 4 fisioterapeutas expertos en investigación cualitativas los que dieron sugerencias y recomendaciones al

instrumento aplicado por los estudiantes; Una vez aprobado el instrumento por los 4 expertos se procede a citar a los docentes investigados por medio de correo electrónico a participar de la investigación; La entrevista se aplica a voluntad de los investigados en horarios disponibles por cada uno de los participantes, las entrevistas se realizan por medio de grabaciones de audio dentro de las instalaciones de la universidad Santiago De Cali, una vez se completaron las grabaciones de los audios los entrevistadores realizaron transcripción de cada una de las entrevistas aplicadas, posteriormente se realizó la codificación de cada una de las entrevistas para el análisis de datos.

5.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS O ACTORES PARTICIPANTES

La unidad de datos de esta investigación fueron 15 docentes universitarios pertenecientes a la facultad de salud que dictarán clases en simulación clínica y que pertenecieran a una universidad privada en la ciudad de Santiago de Cali; los datos de los docentes se muestran a continuación:

Codificación de entrevista	Sexo	Edad	Programa al que pertenece	Asignatura que dicta en simulación clínica	Semestres a los que dictaba clase simulada	Horas semanales de educación simulada
HD1	M	42	Atención pre-hospitalaria	Soporte pre hospitalario	Segundo, tercero y cuarto	Tres horas
HD2	M	30	Terapia respiratoria	Electiva Uci básica	Quinto semestre	Ocho horas
HD3	M	54	Terapia respiratoria	Electiva de profundización	Séptimo y octavo	Seis horas
HD4	M	33	Fisioterapia	Valoración fisioterapéutica	Cuarto semestre	Ocho horas
HD5	M	34	Fisioterapia	Práctica de consulta interna	Octavo y noveno	Ocho horas
HD6	M	42	Fisioterapia	Práctica de consulta	Octavo y noveno	Cinco horas

				interna		
HD7	M	31	Terapia respiratoria	Unidad de cuidado intensivo	Cuarto, quinto y octavo	Treinta horas
MD1	F	35	Fisioterapia	Práctica de consulta Interna	Octavo y noveno	Ocho horas
MD2	F	26	Terapia respiratoria	práctica clínica cardio respiratoria	Sexto	Diecisiete horas
MD3	F	40	Terapia respiratoria	Cuidado domiciliario	Octavo	Dieciocho horas
MD4	F	37	Fisioterapia	Practica infancia y adolescencia	noveno	Seis horas
MD5	F	48	Fisioterapia	Práctica de consulta interna y externa	Octavo y noveno	Una hora
MD6	F	34	Fisioterapia	Práctica de consulta interna y énfasis en UCI	Octavo, noveno y décimo	Seis horas
MD7	F	37	Fisioterapia	Técnicas de fisioterapia	Quinto	Dos horas
MD8	F	39	Terapia respiratoria	práctica clínica cardio respiratoria	Cuarto, quinto sexto y octavo	Treinta horas

5.3.2 MUESTREO

Se realizó un muestreo oportunisto o a conveniencia, el cual fue utilizado por ser una técnica no probabilística y no aleatorizada, en este tipo de técnica facilito el acceso a la toma de muestras ya que brindo flexibilidad en cuanto la disponibilidad de las personas en realizar la entrevista en un intervalo amplio de tiempo. Se utilizaron docentes que cumplieran con las condiciones antes mencionadas en los criterios de inclusión y hasta encontrar saturación de la información.

5.3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se realizó una guía de entrevistas, las cuales fueron evaluadas por 4 fisioterapeutas expertos en investigaciones cualitativas, dieron sus sugerencias y recomendaciones para el instrumento para lograr que se cumpliera con los objetivos que fueron planteados en la investigación.

Se realizaron 15 entrevistas a los docentes las cuales se componían de 10 preguntas cada una, con el fin de conocer la experiencia del docente en cuanto a la enseñanza que le brindan al estudiante en la educación simulada.

5.3.4 PROCESO DE TRABAJO DE CAMPO

Se inició con un juicio de expertos los cuales eran 4 docentes del área de rehabilitación con experiencia en investigación cualitativa, donde dieron sus aportes para ajustes del instrumento, en el cual se crea la guía de entrevista, posteriormente se hace la captación a los docentes mediante correos electrónicos enviados a la dirección de los diferentes programas de salud, una vez el docente aceptaba la participación en la investigación el estudiante abordaba al docente en la sala de profesores, en aulas de clase y también se realizaron entrevistas virtuales las cuales fueron grabadas ya sea en forma de audio o de video, estas tenían un tiempo de duración máximo 20 minutos por entrevista.

5.3.5 CATEGORÍA DE ANÁLISIS Y CATEGORIZACIÓN

Categoría principal	Categoría secundaria	Categoría emergente
<ul style="list-style-type: none">Percepción de los docentes frente a las actitudes de los estudiantes	<ul style="list-style-type: none">Actitud de los estudiantes en un ambiente simuladoActitud de los estudiantes en un ambiente real	<ul style="list-style-type: none">Opinión docente sobre contar con espacios simulados en la formación profesional en las áreas de la salud
<ul style="list-style-type: none">Educación tradicional versus educación simulada	<ul style="list-style-type: none">Cambios que realizaría a la educación simulada	<ul style="list-style-type: none">Destreza que los estudiantes logran integrar en educación simulada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre la construcción de aprendizaje y ambiente simulado • Integración de los conocimientos teóricos en la educación simulada 	
<ul style="list-style-type: none"> • Humanización en los servicios de salud 		

5.4 ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizaron un total de 15 encuestas a docentes que dictan clases en educación simulada y clases tradicionales en la universidad Santiago de Cali, de las cuales se implementaron 10 preguntas abiertas donde ellos podían expresar su experiencia en ambos entornos; se separó cada pregunta y se agruparon la respuesta de los 15 encuestados haciendo uso de la teoría hermenéutica en donde se interpretan las similitudes y se identifican las características que tenían en común y diferencias cuando daban sus respuestas.

Gracias a la aplicación de la teoría hermenéutica en la investigación, en donde se realizó una entrevista grabada en audio, una transcripción y análisis de las respuestas brindadas por los 15 docentes entrevistados los investigadores centraron el estudio en tres grandes categorías las cuales fueron: percepción de los docentes frente a las actitudes de los estudiantes, educación tradicional versus educación simulada y humanización en los servicios de salud; de cada una de estas categorías se desprenden subcategorías secundarias y emergentes las cuales son descritas en los párrafos subyacentes

5.4.1 PERCEPCIÓN DE LOS DOCENTES FRENTE A LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES:

Esta categoría permitió incluir tanto la percepción de las actitudes de los estudiantes al participar en una clase en un entorno simulado comparado con un ambiente real, como la opinión de los docentes sobre contar con espacios simulados para la formación profesional en las áreas de la salud.

5.4.1.1 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES EN UN ENTORNO SIMULADO:

Los docentes entrevistados concordaron en que los estudiantes llegan a un entorno simulado con una buena actitud, una expectativa muy alta, y con un mayor grado de confianza y de seguridad, debido a que sienten que el entorno simulado es un entorno controlado en el cual pueden equivocarse sin temor a causar daño a una persona real, en las respuestas de los docentes MD3: “el ambiente es seguro para los estudiantes, pueden poner en práctica las experiencias adquiridas” **(MD3)**; HD3: “percepción frente a las actitudes de los estudiantes es buena, se pierde el temor de los estudiantes” **(HD3)**; HD1: “les gusta mucho el ambiente simulado, expectativa buena por participar en procesos clínicos” **(HD1)**, se puede observar la igualdad en la percepción de los docentes frente a las actitudes de los estudiantes, por otro lado hubo docentes los cuales percibieron diferentes actitudes en los estudiantes dependiendo el semestre en que estuvieran cursando, tal y como lo expresa el docente HD7 en su respuesta “La percepción con los estudiantes de 8 semestres fue desagradable, no fue tan llamativa, ya que venían de prácticas reales, mientras que los estudiantes de 4 y 5 semestre si tenían gran perspectiva.” **(HD7)**, al igual que el docente MD8 el cual responde “varias percepciones, primeros semestres con expectativas altas y se trata de mantener, los estudiantes de semestres avanzados no tienen mucha motivación ya que tenían previo contacto con pacientes” **(MD8)**, con estas respuestas se pudo inferir que un estudiante de un semestre avanzado no va a entrar a un entorno simulado con una actitud buena debido a que al tener contacto con paciente real ya un ambiente controlado le parece aburrido y no le llama mucho la atención.

5.4.1.2 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES EN UN ENTORNO REAL:

Los docentes concordaron en que los estudiantes al entrar a un entorno real llegan con miedo y desconfianza a la hora de poner en práctica sus conocimientos teóricos en un paciente.

5.4.1.3 OPINIÓN DOCENTE SOBRE CONTAR CON ESPACIOS SIMULADOS EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN LAS ÁREAS DE LA SALUD:

La opinión de los docentes frente a contar con estos espacios es que fueron adecuados en estudiantes de semestres inferiores debido a que le van perdiendo el miedo cuando vayan a tener el primer contacto en escenario real; es un escenario que permite un mayor desarrollo de las habilidades del estudiante sin necesidad de que sienta tanta presión, en los expresado por los docentes MD3: “Es una gran ventaja para el estudiante, porque al momento de llegar al escenario clínico no está tan ajeno a la realidad, además de haber ganado ciertas competencias.” (MD3), MD04: Tener los equipos de simulación facilita los resultados del aprendizaje, además de que el estudiante pierde el miedo. (MD4) aval esta opinión de los docentes; Por otro lado, algunos docentes refieren que contar con estos espacios simulados ayudan al proceso de acreditación que llevan algunas carreras MD1: “Es muy coherente con el proceso de acreditación en el que se encuentra la carrera, No hay otra universidad en la ciudad donde el programa de fisioterapia cuente con un hospital simulado.” (MD1), de igual manera la universidad se ha dado a conocer a nivel nacional debido a contar con el hospital simulado más grande del suroccidente colombiano, así lo expresa HD7 en su respuesta “Es un espacio con el cual la universidad se ha dado a conocer a nivel nacional; además de esto es un espacio que le ayuda al estudiante a tener un primer contacto con lo que se va a encontrar en el escenario real” (HD7).

5.4.2 EDUCACIÓN SIMULADA VS EDUCACIÓN TRADICIONAL:

Todos los docentes entrevistados estuvieron de acuerdo en que no se puede desligar la educación tradicional de la educación simulada, ya que la educación simulada les brinda a los estudiantes herramientas tecnológicas en las cuales

pueden integrar de una manera más tranquila los conocimientos previos adquiridos previamente, mientras que la educación tradicional les ayuda a los estudiantes a desarrollar un mayor razonamiento clínico.

Aunque todos concordaron en que una educación va de la mano con la otra, se puede evidenciar que hay docentes les gusta más el método de enseñanza tradicional tal y como lo expresan MD6 “Es importante integrar las dos educaciones, sin embargo la educación simulada no es suficiente a la hora de tener un caso real, porque se necesita ese acercamiento de contacto con el paciente” **(MD6)** HD7: “La comparación se queda un poco corta debido a que en el ambiente simulado la interacción se hace entre el estudiante y docente no más, mientras que en la educación tradicional se crea una relación interdisciplinaria.” **(HD7)**.

5.4.2.1 RELACIÓN ENTRE CONSTRUCCIÓN DE APRENDIZAJE Y AMBIENTE SIMULADO:

Esta relación entre construcción de aprendizaje y ambiente simulado va muy de la mano con las actitudes y con el semestre que esté cursando el estudiante, ya que los estudiantes que han tenido contacto con paciente real han perdido el miedo al primer contacto HD7: “Se queda corto en los estudiantes de semestres avanzados debido a que estos esperan prácticas en escenario real, mientras que en semestres inferiores es de gran ayuda ya que van perdiendo un poco ese miedo a la hora de atender un paciente.” **(HD7)**, Sin embargo si se ve en un nivel global el ambiente simulado genera una mayor curva de aprendizaje tanto teórica como práctica en los estudiantes HD5: “Es un proceso de habilidades que el estudiante gana mientras hace su curva de aprendizaje práctico también realiza su curva de aprendizaje teórico” **(HD5)**, HD6: “Los ambientes de aprendizaje juegan un papel importante en la formación del estudiante y generan cambios en donde se conecte a través de la experiencia asegurando que no haya un daño si se realiza un procedimiento inadecuado” **(HD6)**.

5.4.2.2 INTEGRACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS EN LA EDUCACIÓN SIMULADA:

Si bien los estudiantes integraron de manera concreta los conocimientos teóricos en un entorno simulado, la experiencia, la didáctica y las estrategias que genere el docente para hacer de ese ambiente simulado lo más real posible tiene que ver mucho en la integración de esos conocimientos MD8: “Si, aunque depende también de las estrategias que utilice el docente, ya con las bases teóricas ellos pueden resolver problemas en el hospital simulado y de esta manera van forjando las competencias necesarias para la atención de un paciente real” (MD8), HD4: “Si, se logra, pero depende de la didáctica del profesor y de que el estudiante haga estudio independiente” (HD4), HD3: Para integrarse se deben tener objetivos además de tener claro los planes de trabajo.(HD3).

5.4.2.3 DESTREZAS QUE LOS ESTUDIANTES DESARROLLAN EN LA EDUCACIÓN SIMULADA:

Entre las destrezas que los estudiantes desarrollaron en un ambiente simulado antes de entrar a un ambiente real es la perdida del miedo a la hora de atender un paciente eso se ve reflejado en las respuestas de los docentes: MD4: “el estudiante pierde miedo al paciente real” (MD4), HD2: “aspectos técnicos fundamentales que el estudiante debe de identificar, ejecución de maniobras, realizar de manera repetitiva, sin temor a la equivocación, ni eventos adversos” (HD2), HD7: “las destrezas es perder el miedo para afrontar un paciente y utilizar todas las herramientas en terapia respiratoria.” (HD7); Los estudiantes también desarrollan destrezas específicas en lo que son las evaluaciones e intervenciones de la fisioterapia respiratoria con el uso de los insumos utilizados en los espacios reales.

5.4.2.4 CAMBIOS QUE REALIZARÍA A LA EDUCACIÓN SIMULADA:

Debido a que en la categoría de educación tradicional vs educación simulada se encontró que algunos docentes sienten que la educación tradicional es un poco mejor que la educación simulada, nos hemos dispusimos a recomendar algunos cambios que se pueden realizar en la educación simulada según las respuestas de los docentes; Según los docentes uno de los mayores problemas de la educación

simulada es que no se trabaja la relación interdisciplinaria, por lo cual uno de los cambios más significativos que se debe de hacer a la educación simulada es la práctica de casos clínicos donde se involucren otras carreras, esto se puede ver reflejado en las respuestas dadas por los docentes MD1: “Realizar guías taller prácticas donde se involucren las demás profesiones” **(MD1)**, MD8: Mayor participación multidisciplinar **(MD8)**, HD4: Seguir configurando el escenario clínico simulado al escenario real para poder realizar guías taller de alta fidelidad con carreras afines. **(HD4)**.

5.4.3 HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD:

Con esta pregunta se ve un poco de controversia en las respuestas de los docentes entrevistados, ya que a algunos les parece que la humanización en los servicios de salud solo esta presente en la educación tradicional, ya que en la educación simulada es incoherente pedirle a un paciente que humanice a un maniquí, esto se evidencia en las respuestas de los docentes MD5: “Sí se vería afectado porque pues en la simulación clínica no hay una acercamiento real con una persona que siente que expresa, por más de que uno haga una simulación clínica y por más que uno plantee un caso clínico lo más aproximado posible a la realidad, definitivamente se necesita de una persona que tenga un entorno social, un entorno familiar, una situación determinada y que esto permite que este profesional o ese estudiante pueda tener más calidad humana” **(MD5)**, MD6: “La simulación clínica es buena pero no se le puede dar el 100% porque se pierde el componente de humanización al momento de tener contacto, de educar y hablar con el paciente.” **(MD6)**, HD7: “Nos quedamos cortos también en el sentido en que como estamos tratando con muñecos con maniquís, entonces se nos olvida saludar, se nos olvida interactuar con el paciente, cuando ya vamos a la práctica clínica real el estudiante va con ese chip pensando en que prácticamente el paciente real también es un maniquí” **(HD7)**, MD3: Es una desventaja para el estudiante, pero el docente debe hacerle entender y orientarlo para que gane esa competencia comunicativa con el paciente al momento de la intervención” **(MD3)**. Mientras que otros docentes como lo son los docentes el HD5, MD7, HD1 y HD6,

que expresan que la simulación fortalece la humanización en salud, esto lo recalcan en sus respuestas: HD5: “Se afecta positivamente si se sabe utilizar el hospital simulado teniendo un programa de humanización, llevando al estudiante a que no llame al simulador como maniquí, sino que lo identifique con un nombre e identificación y realice una evolución al terminar la intervención” **(HD5)**, MD7: “La afecta positivamente porque claramente si usted tienen la oportunidad de ensayar con un simulador que obviamente no expresa nada pero que el docente está ahí diciendo bueno y si te dice esto, si te dice aquello el paciente, tú qué le contestas, el estudiante se va a preparar cognitivamente.” **(MD7)**, HD1: “No se ve interferida, la humanización en salud siempre ha existido y siempre va a ser una de los talones de Aquiles de los profesionales porque eso depende mucho de la empatía que establezcas con la persona” **(HD1)**, MD6: “La simulación clínica es buena pero no se le puede dar el 100% porque se pierde el componente de humanización al momento de tener contacto, de educar y hablar con el paciente.” **(MD6)**. Por ultimo hay un docente el cual expresa MD8: “Todo depende de cómo tu manejes esta práctica simulada, sin embargo algunos estudiantes lo han notado, pero sobre todo cuando están en semestres superiores como si a bueno es el simulado, pero con semestres más inferiores yo les insisto uno saluda al paciente, el familiar está ahí la baranda abajo se te puede caer, es como te digo eso ya depende de cómo el ambiente que tu generes también en los juegos de roles” **(MD8)**, con esta respuesta podemos resaltar que aplicar la humanización en los servicios de salud en un ambiente simulado depende de las estrategias pedagógicas que realice el docente y del semestre en que se encuentre el estudiante, ya que entre mas contacto haya tenido el estudiante con un paciente real será mas complejo que trate a un maniquí como una persona.

6. Referencias bibliográficas

1. Philippa Moore, María Inés Leighton, Constanza Alvarado, Cecilia Bralic. Pacientes simulados en la formación de los profesionales de salud: el lado humano de la simulación. Rev. medic. Chile (Volumen 5) pag: 144 [INTERNET]. 2016. [Citado en junio del 2022]; Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000500010&script=sci_arttext
2. Esmérita Ignacia, Opazo Morales, Elena Rojo, José Maestre. Modalidades de formación de instructores en simulación clínica: el papel de una estancia o pasantía [INTERNET]. 2017. [Citado en Junio del 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301103>
3. Salas Perea RS, Ardanza Zulueta P. La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. Educ médica super (Impresa) [Internet]. 1995. [citado en Enero del 2022]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411995000100002
4. Marta Lupón, Aurora Torrents, Lluïsa Quevedo. PROCESOS COGNITIVOS BÁSICOS.[INTERNET]. 2018. [Citado en Enero del 2022] . Disponible en: https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/189580/tema_4._procesos_cognitivos_basicos-5313.pdf?sequence=5&isAllowed=y
5. Eduardo Durante. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. (volumen 26). [INTERNET]. 2006. [Citado en Enero del 2022] . Disponible en: <https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2019-10/durante-2005-piramide-miller.pdf>

6. Patricia Durán Ospina, Carol Violet Pinzón, Ángela María Yepes Marín, Monica Margarita Baron Castro, Carlos Eduardo Martínez, William Duque, Claudia Lorena Betancourt Torres. Simulación clínica. Palmira – Colombia. [INTERNET]. 2019. [Citado en Febrero del 2022]: Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/479/Simulaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Gleyvis Montanet, Begoña Bartolome Villar, Felisa Garcia, Julia Sanchez, Luz Torres, Mercedes Mendez, Mercedes Morales, Maria j Pardo. Indicadores para medir fidelidad en escenarios simulados. [INTERNET]. 2020. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000300008
8. Laura Mendoza I, Pedro Herskovic L., Alicia Vásquez, Fernando Quevedo R. Uso de modelos simuladores como metodología docente para la carrera de Medicina; Rev Hosp Clín Univ Chile. [INTERNET]. 2009. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: [uso_modelos_simuladores.pdf\(uchile.cl\)](uso_modelos_simuladores.pdf(uchile.cl))
9. Mónica Illesca Pretty, Roxana Novoa Moreno, Mirtha Cabezas González, Alejandro Hernández Díaz, Luis González Osorio. Simulación clínica: opinión de estudiantes de enfermería. (Volumen 8). [INTERNET]. 2019. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000200051
10. Gleyvis Montanet, Begoña Bartolome Villar, Felisa Garcia, Julia Sanchez, Luz Torres, Mercedes Mendez, Mercedes Morales, Maria j Pardo. Indicadores para medir fidelidad en escenarios simulados. [INTERNET]. 2020. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000300008
11. Departamento de psicología de la salud - Universidad de alicante. Sensación, percepción y atención. [INTERNET]. 2007. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/2/TEMA%202_SENSACION,PERCEPCION,ATENCI%C3%93N.pdf

12. Karel Pérez Ariza, José Emilio Hernández Sánchez. Aprendizaje y comprensión. Una mirada desde las humanidades. [INTERNET]. 2014. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v14n3/hmc10314.pdf>
13. Moreira, Marco Antonio. Aprendizaje significativo crítico. [INTERNET]. 2005. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/771/77100606.pdf>
14. Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro. Satisfacción y calidad. [INTERNET]. 2007. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v6n13/v6n13a08.pdf>
15. López Gómez, Ernesto. En torno al concepto de competencia: un análisis de fuentes. [INTERNET]. 2016. [Citado en febrero del 2022]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/567/56745576016.pdf>
16. Humanos P. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos - Universidad de Chile [Internet]. Uchile.cl. 2020 [Citado en abril del 2021] Disponible en: <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76196/introduccion-declaraciones-principios-eticos-generales-preambulo>
17. República de Colombia. Decreto 2277. Por el cual se adoptan normas sobre el ejercicio de la profesión docente. 1979. [Citado en abril del 2022]; Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-103879_archivo_pdf.pdf
18. República de Colombia. Resolución 2654. Por el cual se expide el Estatuto de Profesionalización Docente. [INTERNET]. 2019. [Citado en abril del 2022]; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf
19. República de Colombia. Decreto 1278. Por el cual se expide el Estatuto de Profesionalización Docente. [INTERNET]. 2002. [Citado en abril del 2022]; Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-86102_archivo_pdf.pdf

7. ANEXOS:

7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA**

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: "Percepción frente al uso de simulación clínica en los docentes de la facultad de salud de una institución privada de educación superior que asisten al hospital simulado en el año 2021", realizado por los docentes del programa __Diana Carolina Urrea Arango __:cc_1130671234_cel_3188448697_correo_diana.urrea00@usc.edu.co_; Nathaly Carvajal, cc_31306800__cel_3183308401 correo_nathali.carvajal00@usc.edu.co_; y Jorge Daza , cc_1113636038 cel_3108923676 correo__jorge.daza01@usc.edu.co_; se me ha explicado claramente que el objetivo del estudio es: Conocer el impacto de la educación simulada en el desempeño de los estudiantes de práctica de la facultad de salud que asisten al hospital simulado en una institución de educación superior de Santiago de Cali en el primer semestre del año 2021. y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar:

•PASO A PASO LO QUE EL PARTICIPANTE DEBE HACER (procedimientos-maniobras), El estudiante llenará una encuesta sobre satisfacción de la simulación de alta y baja fidelidad, y responderá una entrevista semiestructurada.

•me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores yo, (derechos del participante.) para (producto) la publicación de un artículo científico y crear una estrategia pedagógica. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

•Sé que el beneficio de este trabajo es: contribuir a mejorar la experiencia de aprendizaje en el hospital simulado para: brindar mejores metodologías de enseñanza de los estudiantes que utilicen el hospital simulado (aplicabilidad), en ningún momento habrá remuneración económica.

•Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.

•A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran.

Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de la entrevista y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE

FIRMA

C.C: _____

FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) _____



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:

7.2 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Entrevista semiestructurada para Docentes

Número de identificación:

Fecha:

Edad:

Genero:

Programa académico:

Practica o asignatura que dicto en el periodo 2021^a:

Semestres a los cuales dicta la asignatura o practica:

Horas semanales de educación simulada (asistencia al hospital simulado):

El objetivo de esta entrevista es conocer la relación entre la experiencia de la práctica simulada con el aprendizaje de los estudiantes y docentes de la facultad de salud que asisten al hospital simulado en una institución de educación superior en Santiago de Cali en el primer semestre del año 2021.

1. cuál es su percepción frente a las actitudes de los estudiantes durante la experiencia de educación con simulación?
2. ¿Cómo fue su experiencia como docente en la práctica o asignatura clínica desde la simulación?
3. ¿Cuáles destrezas usted considera los estudiantes lograron adquirir durante la práctica clínica en el hospital simulado?

4. Según su experiencia en educación simulada, ¿qué cambios pudieran sugerirse a esta práctica?
5. ¿cuál es su opinión sobre contar con estos espacios de simulación clínica para el aprendizaje profesional en salud?
6. ¿Cómo relaciona la construcción de aprendizaje y el ambiente simulado?
7. ¿Cuál es su percepción frente a la educación simulada de manera comparativa con la educación tradicional?
8. ¿Considera que los estudiantes logran integrar los conocimientos teóricos en la educación simulada Si o No y por qué?
9. ¿Cómo percibe usted a los estudiantes dentro de un entorno simulado comparado con un entorno real dentro de sus prácticas?
10. Que piensas de la simulación clínica y la relación con la humanización de los servicios en salud, hay alguna interferencia o se vería afectado o no.