



Mosteiro, María del Carmen

Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual : continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la plataforma virtual de salud



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/>

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

Cita recomendada:

Mosteiro, M. C. (2022). *Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la plataforma virtual de salud. (Trabajo final integrador).* Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3633>

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

Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la plataforma virtual de salud

Trabajo final integrador

María del Carmen Mosteiro

mcmosteiro@gmail.com

Resumen

El presente trabajo se propone, dentro de su marco teórico, explorar las posibles continuidades y discontinuidades entre la capacitación permanente en servicio –valorado antecedente dentro de la cultura institucional del Ministerio de Salud de la Nación– y la capacitación a través de cursos virtuales en el entorno de la Plataforma Virtual de Salud, perteneciente a dicho organismo.

A partir de allí y de la contrastación con bibliografía actualizada en el campo de la docencia en entornos virtuales, se intentará establecer qué características de la primera resultan posibles aplicar en la segunda, y mediante qué estrategias o recursos.

Por último, se aplicarán las conclusiones obtenidas a la propuesta de estructuración de un curso virtual correspondiente al área de Salud Materno-Infantil.



Especialización en Docencia en Entornos Virtuales

Trabajo Final Integrador de la Especialización

Nombre del alumno: María del Carmen Mosteiro - DNI: 12.542.951

Director del proyecto: Dra. Susana López

Título:

CAPACITACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO Y ENSEÑANZA VIRTUAL:
CONTINUIDADES, DISCONTINUIDADES Y POTENCIALES APLICACIONES
EN LA PLATAFORMA VIRTUAL DE SALUD

**Dedico este trabajo
a la memoria de la Dra. Cristina Davini
por su sabiduría, pasión y generosidad.**

**Y a mis hijos,
María Inés, Gabriela y Arturo,
que no dejan de darme motivos
para ir siempre más allá.**

Objetivos del trabajo

Teniendo en cuenta la pasada valoración y la aceptación –al menos en términos teóricos– de la estrategia de *capacitación en servicio*, dentro de la actualmente denominada Dirección de Salud Perinatal y Niñez (DiSaPeNi) y del Ministerio de Salud y, asimismo, las limitaciones que dificultan su universalización –en particular, el hecho de que demandaría recursos financieros actualmente escasos– se proponen, como objetivos del presente trabajo, los que se expresan a continuación.

Objetivo general

- **Investigar las rupturas y continuidades** entre el modelo de la *capacitación permanente en servicio* y las **posibilidades** de la enseñanza en entornos virtuales de aprendizaje que ha venido a ¿reemplazarla? ¿continuarla? ¿complementarla?¹ dentro de la Plataforma Virtual de Salud (PVS), y **proponer las características que debería tener un curso virtual que fuera capaz de recuperar y promover las ventajas de la primera, apartándose de las debilidades de la capacitación de modalidad tradicional, que la capacitación en servicio vino oportunamente a remediar.**

Objetivos específicos

- Establecer cuáles son los rasgos más característicos y valiosos de la *capacitación permanente en servicio* y cuáles de ellos pueden ser transferidos a la modalidad virtual y valorar la presencia o ausencia de tales características en un curso virtual seleccionado.
- Proponer estrategias, estructuras, herramientas y recursos de posible implementación dentro del entorno virtual de la PVS, capaces de **favorecer o ampliar dicha transferencia.**
- Por último, se espera aplicar las conclusiones obtenidas a la propuesta de estructuración de un curso virtual correspondiente al área de Salud Materno-Infantil.

¹ La opción entre estas alternativas también será objeto de la presente investigación.

Contenido

1.	La capacitación en salud pública, a nivel nacional.	7
2.	El modelo tradicional de capacitación.....	8
	¿Existe alternativa?.....	14
3.	La capacitación profesional permanente de adultos en la actualidad: fundamentos y exigencias; riesgos y oportunidades.	16
4.	La estrategia de capacitación permanente en servicio de personal de salud en el ámbito nacional.....	19
	¿Por qué <i>Estrategia</i> ?.....	20
	¿Por qué <i>Permanente</i> ?	22
	¿Por qué <i>En servicio</i> ?	23
5.	La irrupción de la virtualidad: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.....	25
6.	La capacitación virtual dentro del Ministerio de Salud de la Nación.....	31
7.	La enseñanza en entornos virtuales vista por dentro.....	33
	¿Qué evaluar?	35
	Hallazgos, análisis y recomendaciones	39
	7.1.a. Organización de los contenidos	39
	7.1.b. Aspectos conceptuales.....	44
	7.1.c. Contenidos de conocimiento y valores	45
	7.1.d. Discriminación	46
	7.2a. Aspectos tipográficos.....	47
	7.2.b. Diseño de pantallas.....	48
	7.2.c. Calidad técnica.....	49
	7.2.d. Calidad estética.....	51
	7.3. Calidad del lenguaje	53
	7.4. Calidad de hipermedia.....	53
	7.5. Valoración general.....	54
8.	La voz de los testigos y protagonistas	55

8.1 La capacitación (el curso virtual) nunca es <i>el primer paso</i>	57
8.2 <i>Nada sirve para todo</i>	58
8.3 Los contenidos científicos validados <i>no son</i> un producto final.....	60
8.4 La definición de la necesidad: de la respuesta al descubrimiento	62
8.5 La mirada del otro.....	63
8.6 El modo de aprender de los adultos.....	66
8.7 La –permanente– tentación de la <i>transmisividad</i>	67
9. Contextos, desafíos y propuestas.....	69
Una herramienta de intervención institucional	71
Una dosis de <i>realidad</i>	72
Alternativas posibles	73
Un diagnóstico previo.....	73
Una encuesta inicial.....	73
La falta de tutores vs. la construcción del andamiaje para el trabajo futuro	74
Los límites de la virtualidad	77
Traer la realidad al mundo virtual	78
Atender a la <i>cadena de mando</i>	79
10. PROYECTO DE INTERVENCIÓN Curso virtual « Detección y prevención de la violencia sexual contra niñas, niños, y adolescentes (ViSNNyA)».	84
11. Bibliografía.....	87
ANEXO 1 - Grilla para la evaluación de Unidades Didácticas Virtuales.....	93
ANEXO 2 - Entrevistas	106
ANEXO 3: Descripción técnica del proyecto de curso	145
Estructura del curso	145
ANEXO 4: Modelo de planilla auxiliar para la preparación de la retroalimentación de evaluaciones.....	147
ANEXO 5: Autorizaciones para las entrevistas	151

*Cuéntame y lo olvidaré;
muéstrame y lo recordaré;
déjame hacer y lo aprenderé.*

Confucio

1. La capacitación en salud pública, a nivel nacional.

El Ministerio de Salud de la Nación es el órgano rector de la política sanitaria de la República Argentina. Como tal, le incumbe fundamentalmente “todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad” (Dto.7, 2019). En particular, le compete:

- ▶ “La planificación global del sector salud” (ibid, inc. 5);
- ▶ “La elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.” (ibid, inc. 6);
- ▶ “Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.” (ibid, inc. 18);

Dentro del ámbito del Ministerio, las actividades relacionadas con la promoción de la salud y la reducción de la morbilidad materna e infantil recaen en la actualmente denominada Dirección de Salud Perinatal y Niñez (DSPyN)².

² Su creación –en 1938 y con carácter de *División*– antecede a la del propio Ministerio de Salud –la cual data de 1950 (Hoxter S, Zocchi G, 2015)–. Más tarde recibió, sucesivamente, las denominaciones de Dirección de Maternidad e Infancia, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y, actualmente, la que se indica: Dirección de Salud Perinatal y Niñez (habiendo perdido el rango de *Dirección Nacional* para pasar a ser *Dirección Simple*.

2. El modelo tradicional de capacitación.

A lo largo de su historia, para el mencionado organismo ha sido una exigencia constante el **desarrollo de actividades de capacitación**, dirigidas especialmente al personal del Sistema Público de Salud. En algunos casos, también se han realizado actividades de capacitación orientadas a miembros de instituciones y organizaciones con potencial capacidad de producir un *efecto multiplicador* o, eventualmente, a profesionales del ámbito privado –puesto que es incumbencia del Estado garantizar las buenas prácticas en materia de salud para *todos* los ciudadanos, aunque haga foco sobre el sector público y, a través de él, sobre los grupos más vulnerables–.

Tradicionalmente, la capacitación se había desarrollado, en la antiguamente denominada “Dirección de Maternidad e Infancia”, bajo la modalidad de *cursos* o *talleres* sobre temas específicos, por lo general dictados por personal de la propia Dirección o bien por especialistas contratados *ad-hoc*. El eje primordial en el desarrollo de estos talleres era el *deber ser*, esperando y suponiendo una ulterior *aplicación* (no siempre verificada) o una *multiplicación en cascada* dentro de las estructuras institucionales locales.

En efecto, durante décadas y en la mayoría de los casos, la capacitación consistió en la *transmisión de conocimientos* dentro de la lógica del *modelo escolar*, con propósitos de *actualización* en nuevos enfoques, nuevas informaciones o nuevas tecnologías, ya fuera para la implementación de una nueva política –como lo fueron las políticas de descentralización (década del '90) o de priorización de la atención primaria (primeros años del siglo XXI)– (Davini, 2002).

El **escaso impacto** de tales capacitaciones –constatado a poco de su conclusión–, tiene algunas causas identificables.

Por una parte, no es posible ignorar la frecuente **rotación de personal** dentro del ámbito de la Salud Pública, con el resultado de que *los antiguos* capacitados se iban y los *recién llegados* se habían perdido “el curso”, para siempre o casi. (Cabe acotar que, con frecuencia, dicha rotación se debe a que las provincias carecen de recursos para sostener contratos de trabajo para cobertura de cargos que, en su origen y como medida de apoyo, son solventados con el presupuesto nacional, frustrándose casi siempre el objetivo *ideal* previsto en los proyectos, de la continuación de las estrategias con financiamiento local.).

Por otra parte, es necesario reconocer que, con harta frecuencia, **lo que cada profesional sabe es diferente de lo que “el contexto” le permite o le induce a hacer.**

Históricamente fuimos educados a considerar que estamos *formando* al personal sólo cuando se organiza un curso o se dicta una clase. Sin embargo, es necesario tomar conciencia de que también, “desde nuestros grandes o pequeñas decisiones respecto a la modalidad de funcionamiento de un sector, cuando conformamos determinado equipo de trabajo, cuando distribuimos tareas y responsabilidades, estamos de alguna manera u otra generando y promoviendo el aprendizaje de determinadas conductas y actitudes” (Listovsky, s/f)

Gilles Ferry (1990) identifica la modalidad de capacitación tradicional como el “*Modelo centrado en las adquisiciones*”. Así, este tipo de formación:

- se organiza en función de objetivos constatables de adquisición o perfeccionamiento de conductas;
- sus contenidos y objetivos son delineados por quien la concibe; y
- las adquisiciones se demuestran mediante **ejercitaciones pedagógicas**.

Tal como se ha dicho, de acuerdo con este modelo, la práctica sobrevendría *natural y espontáneamente* como una *aplicación* de la teoría, posterior a la adquisición de ésta.

La imposición de este modelo (que sigue siendo privilegiado dentro del mundo de los enseñantes y de los responsables de la capacitación), se explica quizá menos por su racionalidad, frecuentemente reafirmada (...), que por su profunda y casi indeleble inscripción en las estructuras administrativas, en la organización del uso del tiempo, en la configuración arquitectónica, en el tema de roles y en los *hábitos*. (Ferry, 1990)

En cuanto al *enfoque sobre la enseñanza* al que responde este estilo de enseñanza tradicional, coincide con el que Fenstermacher y Soltis (1998) denominan *enfoque ejecutivo*. Según este enfoque, el docente procura precisamente **transmitir** al estudiante los elementos básicos de su materia y la habilidad para manejarlos de la manera más eficiente posible. Si el dispositivo que implementa está bien planificado y es bien utilizado, resultará adecuado y de él se derivará, necesariamente, el **aprendizaje** del alumno.

Por este motivo, este tipo de *racionalidad técnica* –inaugurada por el conductismo de Skinner y retomada por Chadwick (1992) con su *tecnología instruccional*– se considera que la pedagogía transmisiva responde a los modelos de enseñanza **causales o directos**.

Gilles Ferry “captura” esta vertiente pedagógica en un fallido del lenguaje cotidiano (Acerca del concepto de formación, 1993):

“Se dice que en ingeniería los alumnos reciben una importante formación. Escuchen bien esta frase: ‘–Reciben una formación...’. Lo que remite a una imagen de algo que se consume, que se recibe del afuera, del exterior, y que se digiere más o menos bien.”

En palabras de este autor (1990),

“Formarse (...) es siempre adquirir o perfeccionar (que también es adquirir) un saber, una técnica, una actitud, un comportamiento, es decir, lograr una capacitación. (...) El proceso de formación se organiza en función de los resultados constatables y evaluables, cuya obtención pretende garantizar un nivel definido de competencia en términos de conocimientos, de comportamientos, de sus actuaciones o habilidades”. (...)

“Podemos reconocer aquí las formaciones tradicionales, en que la adquisición de conocimientos está provista de algunos ejercicios pedagógicos que constituyen el total de la formación. Es asimismo este modelo de donde surgen igualmente los tipos de formación inspirados en el conductismo y la pedagogía por objetivos.”

El estudiante, tal como sostenía Thorndike en los albores del s. XX (1903), es objeto de un *condicionamiento operante*; luego la conducta es fijada por medio de *refuerzos*, de un modo no demasiado distante del proceso de *adiestramiento* de un animal.

El docente, por su parte, es visto como el encargado de *producir* esos aprendizajes por medio de la aplicación de determinadas técnicas y habilidades.

Dentro de esta lógica, la *organización material* de la capacitación del personal supuso tradicionalmente reunir a los candidatos en un salón (es decir, un ámbito aislado del contexto *real* de trabajo), colocarlos ante uno o varios especialistas que *saben* y que les van a *transmitir* conocimientos para que, después de haberlos incorporado a su mente, ellos los *apliquen* a la práctica. (Resulta inmediatamente evidente la semejanza de esta escena con las formas de la escuela más tradicional.)

En este tipo de capacitación, el primer paso suele ser “sensibilizar” al grupo acerca del valor del nuevo enfoque o conocimiento para, luego, “transmitir” la mejor forma de entenderlo. Se suele incluir, posteriormente, una “cascada” de encuentros (de hecho, se describe el modelo con la metáfora de *capacitación en cascada*), que va desde los equipos principales (que recibieron la capacitación inicial) a los grupos de los niveles operativos, a través de *multiplicadores*. La expectativa (y el supuesto) es que la difusión de dichos conocimientos e informaciones tendrá un correlato certero en la aplicación a las prácticas de trabajo.

En otras palabras, se espera que a partir de un cierto número de *encuentros de capacitación*, los cambios de comportamiento se concreten en la realidad. Por tal motivo, es común descubrir **un incremento de tales encuentros áulicos en los períodos durante los cuales se pretende introducir ciertos cambios**, diluyéndose posteriormente esta concentración.

A pesar de las evidencias, con frecuencia se insiste y se repite este estilo de capacitación, constatándose que la lógica escolar suele estar incorporada de manera sutil en los modelos mentales, cuando los estudiantes se satisfacen con la simple certeza de *saber*.

Otra perspectiva sobre el mismo fenómeno es la de Bateson (1991), quien identifica en los adultos *niveles de aprendizaje* progresivos. Es interesante observar que es precisamente el primero de tales niveles (es decir, el más primitivo) el que coincide con el resultado que la pedagogía transmisiva identificaría como *exitoso*:

- la adquisición o extinción de un hábito (de manera no necesariamente reflexiva);
- el cambio de conducta derivado de la reflexión sobre las prácticas –propias o ajenas– junto con la consideración de alternativas; y, por último,
- el análisis de las características del contexto que da lugar a determinadas formas de acción (un tipo infrecuente, según este autor).

Bateson no vacila en caracterizar drástica y peyorativamente el primer nivel de aprendizaje (“*El caso más familiar y quizás el más estudiado es el del condicionamiento pavloviano clásico*”), considerándolo enteramente ligado a “la suposición del contexto repetible”. De modo que no se trataría más que del adiestramiento en una respuesta automática (aun si tal respuesta pudiera tener apariencia sofisticada).

Dentro de este modelo toda la valoración, la atención y el acento están puestos en *los contenidos*. Tal como reflexiona Meueler, “*Es demasiado grande la cantidad de clases en las que lo que se enseña es más importante que quien aprende...*” (s/f)

La ulterior *aplicación* de lo adquirido bajo este modelo no siempre se verificaba, o bien era verificada durante un tiempo muy limitado, ya que los relevamientos en terreno demostraban a menudo que la capacitación era afectada por una suerte de *síndrome de Sísifo*: poco después de concluida, no se evidenciaban sus efectos sino, una vez más, su necesidad.

Sucede que entre los procesos de enseñanza y aprendizaje no hay una relación de tipo causal que permita asumir que lo primero conduce necesariamente a lo segundo.” (Basabe & Cols, 2007).

De hecho, son frecuentes los casos en que se ha esperado –infructuosamente– que la multiplicación de los cursos (y los recursos dedicados a reproducirlos) mejorara la calidad de los servicios de salud sobre la sola base de un aumento o una modificación en los *conocimientos y habilidades* del personal que los presta. Sin embargo, durante largo tiempo este resultado adverso no fue razón suficiente para poner el modelo en cuestión.

Por otra parte, aun cuando en algunos casos la capacitación lograba producir resultados a nivel individual, éstos no siempre se trasladaban a la acción colectiva (Davini, 2002) lo cual implicaba el fracaso de la capacitación como estrategia para incidir, por ejemplo, sobre el modelo de atención en salud.

La **frustración** ante la falta de resultados de las capacitaciones *transmisivas* –en particular en el ámbito de los servicios de salud– ha desalentado tanto a capacitadores como a capacitados, traduciéndose en muchos casos en la **reducción de los programas y asignaciones**.

“...a pesar de los recursos invertidos, de la evidencia producida y de los avances conseguidos persiste la brecha entre lo que se sabe y lo que se hace consistentemente en la práctica cotidiana de los servicios de salud. Es decir, el conocimiento, en término de posibles intervenciones efectivas. No siempre se convierte en herramienta para conseguir cambios que mejoren la salud de la población. (...)

Existe un creciente cuerpo de conocimientos que indica que la cultura de las organizaciones actúa como una barrera para la incorporación de nuevas formas de organización de

las tareas, de actitudes con los usuarios, de relaciones entre integrantes del equipo, entre otras. Esta incongruencia también ha estimulado esfuerzos por diseñar estrategias que faciliten una mejor traducción de esos conocimientos y una mayor adopción de buenas prácticas en las políticas y programas de salud. (...)

...todas estas lecciones aprendidas muestran que no deben pasarse por alto las dificultades al introducir nuevos valores y nuevas prácticas. Muy frecuentemente, al momento de promover cambios, se olvida que estos no se darán en el vacío sino en el contexto de una organización.” (Ramos et al, 2015)

Estudios más recientes revelan que en cualquier organización –pero muy especialmente si se trata de un efector de salud– cuya transformación se intente por medio de acciones de capacitación, la conducta laboral no sólo es afectada por “lo que se sabe o no se sabe hacer”, sino por una multiplicidad de factores (UNICEF-CEDES, 2015), que incluyen:

- ▶ **los sistemas de vínculos** (sostenidos y expresados mediante rutinas, rituales, interacciones y regulaciones);
- ▶ **las trayectorias históricas:** tradiciones y “reglas de juego” institucionales; las regulaciones y sistemas de jerarquías;
- ▶ **los actores y los temas** (la “verdadera trama” –cuyo valioso conocimiento adaptativo se *paga* con el *derecho de piso*–) y que nunca es puesta en cuestión, como mecanismo de refuerzo del *status quo*.

Toda organización tiene una historia: relaciones de poder, estilos de gestión, diferentes formas y grados de cohesión grupal, estilos de liderazgo, maneras de resolver los conflictos y canales de comunicación.

El concepto mismo de *cultura organizacional* parece por momentos inasible, ya que tiene carácter informal, no necesariamente coincide con los reglamentos, las políticas y los manuales oficiales, ni surge “automáticamente”. Paradójicamente, para cualquiera que haya participado de una organización relativamente estable y con algún recorrido en el tiempo, resulta algo *concreto* e indiscutible e incluye “el conjunto de valores, creencias, normas, prácticas, usos y costumbres que condicionan la actuación de las personas y genera una identidad. Y si estos aspectos de la ‘vida’ de una organización no son tenidos en cuenta, los resultados de la promoción, implemen-

tación y consolidación de cualquier cambio que se quiera introducir difícilmente compensarán los esfuerzos que se realizan (Ramos et al., 2015).

En la actualidad más reciente, los ámbitos de trabajo se conciben como **organizaciones flexibles**, capaces de modificarse constantemente, dentro de las cuales los recursos humanos se autoorganizan e interactúan permanentemente con el entorno, a fin de adaptarse o responder a nuevos requerimientos.

En tal contexto, la eficacia de una experiencia de aprendizaje “depende, en gran medida, de la capacidad del alumno para organizar y ordenar la materia a aprender, de cuán adecuadamente pueda ver el tema dentro de un contexto global e integrado también en el contexto de su propia vida” (Huberman, 2000) Es decir: **la eficacia no está cifrada en la adquisición de conocimientos sino en un nivel de apropiación que permita reflexionar sobre la propia práctica y su contexto, y empoderarse para modificarla.**

Por otra parte es necesario reconocer, tal como se ha dicho, que cuando lo adquirido entra en conflicto con las prácticas y saberes anteriores, se desarrolla generalmente un fenómeno de **resistencia al cambio**. Por tal motivo, en el aprendizaje de los adultos se debe **tener en cuenta muy especialmente la subjetividad de los participantes**. “No puede considerarse el aprendizaje como algo orientado y guiado *desde afuera* sino que es más bien un proceso de **motivación** interna que es necesario hacer aflorar.” (Huberman, 2000)

“La motivación es la fuente de energía que desarrolla la voluntad de compromiso en el proceso de aprendizaje y sin este requisito, el aprendizaje tendrá pocas posibilidades de tener éxito.(...) Será necesario desarrollar los elementos metodológicos adecuados para producir situaciones estimulantes del fenómeno motivacional, porque en el fondo ningún esfuerzo externo podrá sustituir esa energía personal sin la cual no habrá aprendizaje, dado que en última instancia y por muy condicionado que esté, el aprendizaje siempre será una decisión individual.” (Blake, 1997)

¿Existe alternativa?

A pesar del efecto de *naturalización* de estas prácticas seculares, existen muchas otras formas de aprender, más allá de la “transferencia” de conocimientos o habilidades.

Un excelente primer paso para descubrirlas es tomar conciencia de que *la primera fuente de saber es la vida diaria*.

Para autores como Festenmacher (1998), la enseñanza no es la “causa” del aprendizaje, aunque resulte una condición necesaria. Lo que produce y asegura el aprendizaje *es la actividad que sea capaz de realizar el alumno con lo que aprende*, siempre que logre apropiarse de ello.

En este contexto, la actividad del maestro no es la causa del aprendizaje sino “un medio” para alcanzarlo.

“Instruir a alguien en esas disciplinas (en cualquier disciplina...) [...] no es cuestión de obligarle a que aprenda de memoria los resultados, sino de enseñarle a participar en el proceso que hace posible el establecimiento del saber. Enseñamos una materia no para producir pequeñas bibliotecas vivientes sobre el particular, sino para conseguir que el estudiante piense matemáticamente por sí mismo, para que conciba las cuestiones como hace el historiador, y tome parte del proceso para obtener conocimientos.”

(Bruner, 1972)

Nos adentramos así en un terreno que parece volverse más fecundo y apropiado cuanto mayor es **el caudal de experiencia o el potencial de interacción con su entorno que pueda aportar el estudiante**. Todo lo cual nos remite, precisamente, a la **capacitación de adultos**.

“El modelo facilitador del aprendizaje adulto será aquel que aproveche y capitalice saberes, vivencias y experiencias previas, ya sean áulicas o de la vida laboral, y cree las condiciones para poder reflexionar sobre ellas.” (Huberman, 2000)

El estudiante que reflexiona, aprovecha, capitaliza y transforma no se parece en nada al que recibe y reproduce un saber transmitido y cerrado.

Esta perspectiva se ubica en las antípodas de los modelos didácticos de la pedagogía escolar. Evidentemente, se opone al modelo tradicional de transmisión de conocimientos. Después de todo, como señalan Rogers y Freiberg” (1996), “la tarea fundamental del maestro es permitir aprender al alumno, despertarle la curiosidad”.

Al mismo tiempo, se opone también al modelo de la escuela ‘activa’, cuyas estrategias pedagógicas aseguran cierta libertad al alumno sin modificar fundamentalmente su relación respecto del saber (Ferry, 1997). Ferry se refiere, en este caso, a los modelos pedagógicos “negativos”

según los cuales el aprendizaje resulta de una “autogestión” del alumno, el cual dirige las actividades y la organización del trabajo en su propia formación.

Al contrario de la pedagogía transmisiva, es el alumno quien *construye* su propio conocimiento al apropiarse de ciertos contenidos que le presenta el *enseñante* e involucrarse activamente en descubrir el modo en que estos conocimientos afectan o pueden afectar su propio entorno. De allí la denominación de *constructivismo* con que se conoce esta corriente.

Gary Fenstermacher (1989) lo expresa de este modo:

“Educar a un ser humano consiste en proporcionarle los medios para estructurar sus propias experiencias de modo que contribuyan a ampliar lo que la persona sabe, tiene razones para creer (o dudar) y comprender, así como también las capacidades de esa persona para la acción autónoma y auténtica, y para percibir el lugar que ocupa en la historia. No consiste en proporcionar el conocimiento, las creencias razonables, etcétera, sino más bien en proporcionar los medios para lograr el acceso al conocimiento, la comprensión, etc., y para continuar aumentándolos. (...) La responsabilidad del profesor se desplaza entonces rápidamente de servir como proveedor de un contenido o «materia prima», a ejercer como proveedor de los medios para estructurar la experiencia.”

3. La capacitación profesional permanente de adultos en la actualidad: fundamentos y exigencias; riesgos y oportunidades.

Tal como se ha expuesto, las primeras teorías clásicas sobre el aprendizaje y la educación hacían foco en la formación de los niños y niñas, en particular a lo largo de las primeras etapas de la vida (educación inicial y primaria). Se trataba, arquetípicamente, de una relación asimétrica entre los personajes *adulto-niño*, en un escenario de aula, separado de la *vida real*.

Sin embargo, estos descriptores “no ayudan demasiado a entender cómo es que ciertos contextos facilitan mientras otros dificultan determinados aprendizajes, concepto que es particularmente importante cuando se trata de educación de adultos en situaciones de trabajo” (Davini, 2002).

Resulta evidente que el paradigma *adulto-niño* resulta insuficiente –o, más bien, *inadecuado*– para analizar la complejidad de los factores que influyen sobre una capacitación de adul-

tos, en particular en el caso de profesionales en situación de ser capacitados por otros profesionales que, estrictamente hablando, son sus *pares*.

Por otra parte, si se pretende que la capacitación transforme las prácticas de los capacitados en sus respectivos escenarios de trabajo cotidiano, no se puede ignorar el hecho de que **tales escenarios de trabajo deben estar incluidos, necesariamente, en el proceso de capacitación.**

Huberman (2000) se ocupa de rastrear las características más sobresalientes de **los adultos en situación de aprendizaje**, las que resume así:

- Valoran especialmente todo aquello que les permita **enfrentar y manejar situaciones nuevas**. La aceleración de los procesos de cambio de todo tipo (tecnológicos, normativos, sociodemográficos, etc.) en los entornos laborales provocan tensiones –y, con ellas, crece también el interés por resolverlas–.
- Para ellos aprendizaje **no es una gratificación buscada sino una imposición del contexto**. Suele ser interpretado como *un medio para un fin* –y no un fin en sí mismo–.
- También encuentran fuertes motivaciones en el sentido de la autoestima y el gusto por conocer algo nuevo.

Por otra parte, aunque los adultos suelen poseer capacidades que facilitarían cualquier aprendizaje (como el razonamiento lógico, las destrezas verbales y no verbales, y otras), también es cierto que presentan a menudo otros rasgos que funcionan como **obstáculos** para cualquier proceso de transformación, a saber: estereotipos y hábitos arraigados, autosuficiencia, temor al ridículo, susceptibilidad, bloqueos emotivos, etc., los que se suman a las ya mencionadas barreras impuestas por la referida *cultura de las organizaciones*.

En particular, coincidiendo con Huberman (2000) destacamos que para los adultos, a la hora de aprender, resulta decisivo tomar como punto de partida su experiencia vital, su realidad cercana y cotidiana, así como sus valores, actitudes, creencias, conocimientos, posibilidades y dificultades, aspectos que configuran su propia personalidad (Blake, 1997).

Se hace necesario **partir de la práctica acumulada a lo largo de la historia vital y profesional de cada uno**, para reflexionar sobre ella y estructurar los nuevos conocimientos en torno a la realidad de la experiencia cotidiana de cada individuo, tanto profesional como personal.

Por lo tanto, cobra suma importancia la capacidad de insertar los nuevos conocimientos en los previamente existentes; la conjugación constructiva del saber teórico con el saber cotidiano y la experiencia de las personas, que en modo alguno podrán considerarse *categorías residuales*.

Para sostener la motivación dentro del campo de la educación de adultos, Blake estableció (1997) algunas **condiciones esenciales**, a saber:

- ▶ La **percepción de la utilidad** del aprendizaje y la **conexión de éste con su propia realidad** (incluyendo objetivos y metas, realistas y significativos).
- ▶ La **participación** (es decir, *sentirse implicado* en la selección de objetivos, contenidos, actividades y evaluación.), puesto que el adulto tolera mal la pasividad (y, para, evitarla *saboteará la actividad o simplemente desertará*),
- ▶ **El compromiso del docente / tutor con el proceso de aprendizaje**, expresado en el *conocimiento de éste, acerca de quienes aprenden* (su contexto, lo que les pasa, sus dificultades, con más comprensión que juzgamiento); en una **relación no-competitiva** (sin trampas ni dificultades innecesarias); en una **relación no-autoritaria** (que no impone o reprime sino que sugiere y propone), y en la demostración de **control sobre lo que ocurre**, con *seguridad para conducir* las situaciones de aprendizaje y **capacidad para admitir críticas**.
- ▶ **La valoración de la experiencia de los participantes** (sobre la base de que ésta no equivale al mero recuerdo sino a la reflexión sobre lo ocurrido y las decisiones tomadas en consecuencia, y reconociendo una experiencia no es ‘mejor’ que otra).
- ▶ El **conocimiento de los capacitados acerca del propio proceso** de aprendizaje (mediante una evaluación permanente que permita hacer correcciones oportunas).

Teniendo en cuenta lo dicho, en el proceso de motivación conviene prestar atención a los siguientes momentos:

- ▶ la **sensibilización**, que incide en los procesos de aprendizaje para una participación proactiva;
- ▶ la **incentivación** de los estudiantes a lo largo de tales procesos, para que continúen participando sin decaer;
- ▶ la **animación** de quienes ya están capacitados, con el objetivo de movilizarlos a participar activamente en la vida comunitaria”. (Huberman, 2000)

Como resumen de las diferencias entre el aprendizaje escolar en un vínculo *adulto-niño* y la capacitación profesional entre *adultos pares* en un entorno de trabajo, se presenta a continuación una muy clara síntesis laborada por Gabriel Listovsky (s/f):

Aprendizaje escolar	Aprendizaje en el trabajo
■ Declarativo	■ Procedimental
■ Enunciado	■ Mostrado
■ Abstracto	■ Concreto
■ Distante de la aplicación	■ Cercano a la aplicación
■ Fragmentado	■ Integrado
■ Ligado a un texto	■ Ligado a personas y hechos
■ Un montón de información	■ Un repertorio de experiencia
■ Rápidamente olvidado	■ Olvidado lentamente
■ Comprobado por exámenes	■ Comprobado por desempeño
■ Débilmente ligado a la identidad	■ Fuertemente relacionado con la identidad
■ Ligado a la enseñanza	■ Ligado al <i>coaching</i> ³

4. La estrategia de capacitación permanente en servicio de personal de salud en el ámbito nacional

Entre 1992 y 2005 se desarrolló –en dos etapas sucesivas– el llamado “Programa Materno-Infantil y Nutrición” (PROMIN, I y II), con financiación del Banco Mundial, destinado a la re-

³ *Coaching* entendido como *entrenamiento para el desarrollo de habilidades específicas*.

forma del sector de la salud pública en relación con la atención del grupo poblacional compuesto por las mujeres en edad fértil, y los niños y niñas desde su concepción hasta los 18 años.

La transformación buscada se expresó especialmente por medio del Área de Capacitación de dicho Programa, bajo la influencia de la Dra. Cristina Davini, quien se hizo cargo de dicha área poco después de la etapa inicial del mencionado Programa.

La Dra. Cristina Davini, de reconocida trayectoria en materia de capacitación de adultos –y, particularmente, la capacitación de personal vinculado al Sector Salud– promovió e instaló definitivamente desde el Área de Capacitación del PROMIN la **Estrategia de Capacitación Permanente en Servicio** dentro del ámbito de la salud materno-infantil:

“La incorporación de María Cristina Davini como coordinadora del componente resultó fundamental para el diseño de la nueva propuesta. Su trayectoria como educadora y su protagonismo en el desarrollo de nuevos enfoques de capacitación, en particular en el campo de la salud, fueron centrales para lograr un giro en la concepción y en las prácticas de capacitación.” (Lomagno, 2006)

La continuidad y adopción definitiva del modelo de Capacitación en Servicio queda testimoniada, entre otros documentos, en el Anexo del Presupuesto Nacional 2002 referido a la *Jurisdicción 80, Programa 17*, donde se lee:

Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN II): (...) Las actividades principales que resultan en el apoyo a las provincias son: (...) Capacitación de los recursos humanos involucrados en la atención de la salud materno infanto juvenil (...). Se privilegiará la capacitación permanente en servicio como estrategia para la transformación de las prácticas y el mejoramiento de la calidad de las prestaciones.” (Min.de Economía, 2002)

¿Por qué Estrategia?

La elección del término *estrategia* no es una sutileza semántica, ni resulta indiferente buscarle sinónimos que terminan por no serlo –como *programa, plan, sistema* y otros–.

Tal como se ha expuesto, el paradigma tradicional de capacitación y, en particular, de capacitación de adultos en salud se asentaba sobre la idea de que acceder al *conocimiento* implicaba acceder a *la verdad* sobre una realidad unívoca, regida por leyes fijas y normativas objetivas. Este

tipo de conocimiento “valorizó lo cuantitativo, construyendo instrumentos de medida para evaluar y juzgar lo que sucede. Las emociones y la pasión, al igual que la intuición y lo artístico fueron considerados productos menores y por lo tanto desvalorizados” (Listovsky, s/f).

Terminada la Segunda Guerra Mundial, este paradigma entró en crisis: el pensamiento lineal, centrado en la razón, fue derivando hacia un pensamiento complejo, abierto a la inclusión de la historicidad, del valor de los afectos, de las percepciones y otros aspectos, desplazados hasta entonces al difuso campo de lo irracional.

“Se comienza a ver un sistema humano multidimensional, resultante de interacciones organizacionales, que presentan caracteres muy diversos. El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación.” (Listovsky, Programa de formación de formadores para profesionales con responsabilidad de formación en los servicios hospitalarios, s/f)

El nuevo paradigma de conocimiento asumió dos rasgos característicos: es **abierto** (admite ingresos, egresos y cambios) y es **multicéntrico** (en contraposición al rígido modelo piramidal).

En semejante contexto resulta imprescindible “abandonar las miradas lineales, estáticas, estables y ordenadas de nuestros servicios y capacitarnos para trabajar en situaciones signadas por el desorden y la incertidumbre.” (Listovsky, 2006)

“El pensamiento complejo no rechaza de ninguna manera la claridad, el orden, el determinismo. Pero los sabe insuficientes, sabe que no podemos programar el descubrimiento, el conocimiento, ni la acción. La complejidad necesita una estrategia. Es cierto que los segmentos programados en secuencias en las que no interviene lo aleatorio son útiles o necesarios. En situaciones normales la conducción automática es posible, pero la estrategia se impone siempre que sobreviene lo inesperado o lo incierto, es decir, desde que aparece un problema importante.” (Morin, 2001)

A partir de estas consideraciones, diremos que un *plan* es una secuencia de acciones pre-determinadas de antemano, que *funciona* muy aceptablemente en contextos estáticos y, por lo tanto, reductibles a un análisis más simple.

En contraste con esta descripción, **la estrategia o planificación estratégica tiene la capacidad de incorporar y considerar en su análisis los diversos factores que afectan o que pue-**

den afectar el logro de sus objetivos en el curso de su desarrollo, previendo posibles adaptaciones surgidas durante el proceso de ejecución y a raíz del mismo (Fernández Arroyo N, Schejtman L., 2012).

A diferencia del programa, una estrategia implica **un escenario de acción siempre cambiante** que puede –y debe– modificarse en función del acontecer y de un diagnóstico que nunca se realiza en la soledad de un escritorio.

“Tanto nosotros como personas, como las organizaciones en las que vivimos y trabajamos, lograremos mantener nuestra estabilidad sólo en la medida en que seamos capaces de aprender, cambiar y adaptarnos a los cambios que se van planteando en nuestro entorno. El cambio no es algo que ocurre rara vez y debe evitarse, sino que configura parte esencial de un proceso continuo por medio del cual las organizaciones sobreviven y mantienen su eficacia. (...) Dicho de otro modo, la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre.” (Listovsky, 2006)

¿Por qué Permanente?

Como queda aclarado en las fuentes que siguen, el concepto de *educación permanente* no debería confundirse con el de *educación continua*:

“La Educación Permanente hace énfasis en la máxima desescolarización del aprendizaje, desarrollando técnicas que provienen de la educación de adultos, de la psicología social, de la administración estratégica, con énfasis en la cultura organizacional y en enfoques de calidad centrados en los usuarios de los servicios.” (Davini MC, Nervi L, Roschke MA, 2002).

Por otra parte, la *desescolarización* implica, necesariamente, *desanclar* la educación de los años iniciales de la vida (la *etapa de formación*) para extenderla a toda la vida profesional:

“La educación permanente significa que no hay en la vida de un individuo una fase en la que se aprende y otra en la que se vive de los conocimientos adquiridos; a lo largo de toda la vida; cada uno debe continuar su educación” (Berger, 1982)

Tradicionalmente, las áreas de Salud han sido más propensas a la *educación continua*, que a la *educación permanente*. La *educación continua* se visualiza como una continuación regular

de educación de grado, centrada en la *actualización* de los conocimientos (conforme al avance de la ciencia), generalmente caracterizada –una vez más– por la pedagogía transmisiva, dando por descontada una aplicación cuasi automática de lo adquirido *al final / luego / a partir de* la capacitación *recibida*.

En efecto, la tentación de regresar a las tradiciones seculares sigue siendo un riesgo permanente y con demasiada frecuencia se espera mejorar “con un curso” la calidad de la atención.

En el campo de la capacitación del personal de salud, los cambios de paradigma resultaron insuficientes para contrarrestar el enfoque áulico de transmisión de conocimientos. Pese a todos los intentos, este enfoque se mantiene vivo en el desarrollo de múltiples propuestas que en el fondo (y, a veces, *no tan en el fondo*) responden al modelo tradicional, en forma paralela o simultánea con las nuevas propuestas alternativas. Su mantenimiento a lo largo del tiempo puede adjudicarse, entre otras razones, a la persistencia del modelo escolar en las formas de pensar la educación y a una visión simplificada de los sujetos y del terreno de la práctica en las organizaciones. (Davini MC, Nervi L, Roschke MA, 2002).

La **educación permanente** por su parte, a diferencia de la *educación continua*,

- ▶ incorpora en la enseñanza y el aprendizaje la vida cotidiana y las prácticas en contextos reales;
- ▶ utiliza dicha práctica como fuente de conocimiento y campo a problematizar;
- ▶ considera a los que aprenden como sujetos reflexivos y capaces de construir conocimiento y alternativas de acción, antes que como meros receptores; y
- ▶ descubre espacios educativos fuera del aula.

¿Por qué *En servicio*?

Como se desprende de lo expuesto, **la capacitación en servicio procura salvar la brecha entre los conocimientos teóricos** (adquiridos en instancias de grado, posgrado, cursos o talleres) **y las prácticas cotidianas concretas** de los profesionales, a menudo bajo la influencia de factores personales, institucionales, económicos, de gestión y otros (Listovsky, 2006).

Para ello, el *capacitador en servicio* reduce –o, inclusive, suprime– la enunciación puramente teórica y procede a participar de las prácticas cotidianas junto a la o las personas capacitadas, en las mismas condiciones en que éstas deben enfrentarlas, valorando al mismo tiempo su

experiencia y conocimientos previos. Como parte del proceso, se incluyen instancias de reflexión de las y los participantes sobre su propio quehacer, las condiciones que lo afectan y las alternativas posibles para mejorar los resultados (Schön, 1992). Todo esto sin dejar de recurrir al respaldo y el refuerzo de las nuevas prácticas a partir de bibliografía actualizada y normativas vigentes, aunque en una instancia posterior.

En síntesis, podríamos caracterizar la modalidad de la siguiente manera (UNICEF-CEDES, 2015):

La Capacitación Permanente en Servicio

- Incorpora el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren.
- Modifica sustancialmente las estrategias educativas al partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas, problematizando el propio quehacer.
- Coloca a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores.
- Aborda al equipo o grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones formales.
- Amplía los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en asociaciones comunitarias, etc.

Una vez concluido el programa PROMIN, la *capacitación permanente en servicio* fue asumida como la estrategia de capacitación de preferencia del área de gobierno de la salud materno-infantil y aun de otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación.

En particular, porque **la reflexión sobre la propia práctica** y el **empoderamiento asistido a partir de esta reflexión** oportunamente fueron considerados valores de los que no debería apartarse cualquier estrategia de capacitación que se aplique, lo cual incluye el caso que nos ocupa: la capacitación virtual.

5. La irrupción de la virtualidad: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Según enseña la historia toda cada vez que la humanidad debió cubrir una necesidad, supo crear el instrumento. Y, una vez creado éste, lo desplegó para mostrar campos de aplicación más amplios y diversos que lo que se había previsto –o aun soñado– al principio.

La educación en entornos virtuales reconoce antecedentes en la antigua “educación por correspondencia”, propuesta por lo general desde las páginas publicaciones populares a trabajadores y trabajadoras deseosos de *progresar* (mejorar su inserción laboral y sus ingresos), pero tenían vedada la educación formal por no acreditar los niveles requeridos de formación previa, porque su horario de trabajo les dejaba poco tiempo libre, al que también se le debía restar la duración del traslado hasta las instituciones de educación presencial.

Probablemente en esas limitaciones, que la hicieron nacer, también haya tenido origen su fama de “educación de segunda clase”. Muchos recordamos todavía haber oído comentar, acerca de algún profesional poco brillante en su especialidad, –*¡Este se recibió por correspondencia...!*

La modernidad fue cambiando los motivos, aunque no las necesidades. A la escasez de tiempo (siempre acuciante), se sumaron el costo del transporte, la inseguridad de las calles, la multiplicación de los compromisos familiares y otros. Todo esto, sin mencionar la obvia y drástica *virtualización* de la vida en general obrada por la pandemia de COVID-19.

Sin embargo, aun antes de este último evento, hace décadas que la formación en entornos virtuales dejó de ser una “educación de segunda categoría” para estar no sólo a la par sino revelarse, en ocasiones, como mucho más rica, más variada y más exigente que su versión presencial.

No debe sorprendernos que, en las últimas décadas, los conceptos de *educación* y *capacitación* hayan **dejado de estar asociados** –al menos en forma exclusiva– a la agrupación física de los estudiantes, a la coincidencia física de éstos en un recinto y en un tiempo concretos, a un calendario académico (en última instancia, de origen agrícola), al currículo uniformizado, a la imposición de ritmos e itinerarios, a la centralidad del docente que transmite el saber, la replicación de conocimientos y datos, la competitividad, la separación estanca entre parcelas del saber, el fomento de la pasividad, de la reactividad y de la falta de autonomía en los estudiantes. “Cabe pensar, por tanto, que la educación formal de la sociedad de la información y del aprendizaje fun-

cione bien con la dispersión geográfica y la no coincidencia en tiempo y lugar de los estudiantes, con un calendario flexible, con un currículo diverso y personalizado, con variedad de ritmos e itinerarios, una educación centrada en el estudiante” (Borges, 2007).

Resulta evidente que los nuevos medios han producido no sólo un cambio cuantitativo (llegar más lejos, llegar a más alumnos, reducir los costos), sino un profundo cambio cualitativo en términos de *nuevos escenarios educativos* y también de nuevas maneras de enseñar y de aprender.

Aunque pudieran parecer obvias, no está de más enumerar las ventajas (*fortalezas y oportunidades*) que ofrece la educación en entornos virtuales a la capacitación profesional de adultos, particularmente en el ámbito concreto que nos ocupa, el sector de la salud pública, dentro del área materno-infantil.

- ▶ A la evidente *ubicuidad* (no es necesario concurrir a un determinado lugar geográfico o espacio físico para participar), se suman:
- ▶ los contenidos *multiplataforma*, que les permiten a los estudiantes acceder a ellos desde cualquier dispositivo capaz de conexión a Internet, inclusive un teléfono celular durante un viaje; el aprendizaje se vuelve no sólo ubicuo sino *móvil*;
- ▶ el recurso a materiales *multimedia*, sin las clásicas dificultades que plantea la reproducción de imagen y sonido en un aula física y considerando entre ellos publicaciones habitualmente no accesibles para todos (diarios, revistas científicas, artículos con revisión por pares, bibliotecas multimedia, etc.), con la posibilidad de repetirlos, descargarlos, conservarlos para consulta e incluir en ellos sus comentarios o aspectos destacados.
- ▶ Los *contenidos hipermediáticos*, esto es, enlaces latentes, señalados, que el estudiante puede explorar en función de sus deseos de profundizar o de sus intereses personales, convirtiéndose en diseñador y explorador de un itinerario de conocimiento propio.
- ▶ La *asincronicidad* en la mayoría de los casos, de manera tal que el estudiante puede elegir dentro de su jornada el momento más adecuado, evitando el conflicto con otras actividades de su agenda diaria;
- ▶ La *reducción de costos*, tanto para el cursante como para la institución que ofrece la capacitación. En el caso del Ministerio de Salud, tradicionalmente los equipos capacitadores recorrían

diferentes puntos del país (en muchos casos para reunir en una ciudad a estudiantes de una misma región –es decir, de varias provincias–), lo cual implica para el nivel nacional y para los niveles provinciales considerables gastos en pasajes aéreos, alojamiento y viáticos, a lo que se suma la imposibilidad de atender otras actividades laborales fuera de los horarios comprometidos o de cuidado familiar. (Sin embargo, como se aclarará más adelante pero es bueno mencionar desde ahora, la enseñanza en entornos virtuales *no es una actividad “sin” costos.*)

- La posibilidad de ampliar los cursos y de repetir los cursos, sin multiplicar aritméticamente los costos iniciales.

A las ventajas comentadas, García Aretio (2017) agrega las de apertura, eficacia, inclusión /democratización, formación permanente, motivación e iniciativa, privacidad, individualización, interactividad e interacción, aprendizaje activo, socialización, autocontrol, macroinformación, gestión de la información, inmediatez, innovación, permanencia, multidireccionalidad, libertad de edición y difusión, e interdisciplinariedad.

Por último cabe mencionar otro punto de vista sobre las ventajas de la enseñanza en entornos virtuales, que es el de UNESCO, en su documento (2013) sobre Directrices acerca del aprendizaje móvil. Según este documento, dicho aprendizaje permite: • Ampliar el alcance y la equidad de la educación; • Facilitar el aprendizaje personalizado. • Proporcionar *feedback* y evaluación inmediatos. • Habilitar el aprendizaje en cualquier momento y en cualquier lugar. • Asegurar un uso más productivo del tiempo que pasamos en clase (*flipped classroom*). • Crear nuevas comunidades de aprendizaje. • Apoyar el aprendizaje situado (realidad aumentada). • Facilitar la continuidad de la experiencia de aprendizaje. • Conectar el aprendizaje formal y el aprendizaje informal. • Reducir la perturbación de la educación en casos de conflicto y desastres. • Ayudar a los aprendices con discapacidades, entre otras.

Sin embargo, existen también *debilidades* que no es posible ignorar.

- En la presente “etapa bisagra” de la transición tecnológica, el pasaje de la capacitación presencial hacia la virtualidad no es todavía sencillo y fluido. “Una gran parte de profesores se zambullen en la experiencia tecnológica con altas reservas y evidentes resistencias (...) En efecto, no todo buen profesor presencial será un buen profesor virtual y subsisten todavía muchos miedos y obstáculos” (Barberà, Badía, 2004).

- Una parte de estos obstáculos y resistencias pueden tener origen en la falta de experiencia de los docentes en el campo de las NTIC, puesto que buena parte de quienes hoy deben abrazar la docencia virtual no son *nativos* sino *migrantes digitales*, y muchos de ellos se mueven en el ámbito tecnológico con dificultad o con herramientas básicas, lo cual aumenta su sensación de sobrecarga, agobio, y magra relación costo (esfuerzo)- beneficio (resultado).
- Por otra parte, no es posible ignorar la relación entre las eventuales resistencias de los docentes a la enseñanza virtual y su propio concepto del proceso instruccional.

Las creencias del profesor sobre la educación a distancia tecnológica nos llevan a averiguar la calidad del motor que las impulsa y que no es otro que la concepción que tiene del proceso de enseñanza y aprendizaje. En términos muy generales, se suele diferenciar entre una concepción que lleva a una práctica centrada en el profesor o centrada en el alumno (Barberà, Badía, 2004)

Esto nos permite intuir, que las diferencias entre la concepción *transmisiva* y la perspectiva *constructivista* del conocimiento, también influyen no sólo sobre la valoración sino el tipo de uso que los docentes puedan hacer de los nuevos medios tecnológicos.

Concepciones sobre el proceso instruccional	
Centrada en el profesor	Centrada en el alumno
■ Transmisión del contenido aportado por el profesor.	■ Construcción de los contenidos por parte del alumno
■ Recepción pasiva de los alumnos.	■ Implicación de los alumnos en el proceso de aprender.
■ Adquisición del conocimiento fuera de contexto.	■ Uso y comunicación de lo que han aprendido en contextos reales
■ Comprensión de la enseñanza y evaluación como procesos separados.	■ Comprensión integrada de los procesos de enseñanza y evaluación.
■ Corrección de las respuestas y énfasis en los resultados	■ Énfasis en el proceso y en el aprendizaje por medio de los errores.
■ Focalización en una materia.	■ Focalización interdisciplinaria.

FUENTE: (Barberà & Badía, 2004), adaptada de (Huba & Freed, 2000).

Como corolario de esta contrastación de modelos, Barberá & Badía (2004) nos ofrecen también una comparación entre algunos aspectos clave de los respectivos modelos instruccionales, según hayan de implementarse en el campo presencial o en el campo virtual.

Tabla 1. Aspectos instruccionales de atención prioritaria. (Fuente: (Barberà & Badía, 2004))

Aspectos	Modalidad presencial	Modalidad virtual
1. Planificación	Requiere decidir, básicamente, sobre la secuenciación de los contenidos, la metodología y las tareas, y el tipo de evaluación.	Debe ser siempre explícita y completa para no desorientar al alumno y priorizar los elementos relacionados con la temporización del curso.
2. Presentación de la información	Se trata de un medio eminentemente oral y, por tanto, pone el énfasis en la aportación verbal de información a los alumnos.	Se trata de un medio principalmente de soporte escrito y pone el énfasis en la ayuda hacia una búsqueda autónoma de la información por parte del alumno.
3. Participación	Por medio de trabajos y actividades prácticas en las que se coloca al alumno en situación de realizar contribuciones.	Mediante retos planteados en forma de debates o foros virtuales que atraen el interés y la intervención del alumno.
4. Interacción.	Reducida a los momentos de clase presencial.	No tiene un momento preestablecido, pero por su formato preferentemente asíncrono se dilata a lo largo de todo el tiempo de docencia.

5. Seguimiento y evaluación.	Discontinuo, a través de los trabajos y actividades puntuales seleccionados para tal efecto y en las intervenciones de clase.	Seguimiento y evaluación continuados por tener la posibilidad de registrar todas las acciones que efectúa el alumno a lo largo de su proceso de aprendizaje.
6. Dominio de la tecnología.	No es estrictamente necesario si nos referimos a tecnología de la información y comunicación.	Básico para poder comunicarse con los alumnos y proporcionarles información y orientación ajustadas a su demanda.
7. Capacidad de respuesta.	La que se asume en los momentos de clase y tutorías personales.	Inmediata si está automatizada y regular si las conexiones son frecuentes y establecidas .
8. Colaboración docente.	La (falta de) coincidencia en el tiempo puede dificultar el encuentro entre los profesores.	El entorno virtual amplía el tiempo y posibilidades de colaboración docente .
9. Tiempo de docencia y carga docente.	Limitado a las horas de clase y a la corrección externa de trabajos.	Variable en función del número de alumnos y actividades virtuales propuestas durante el curso.

Es oportuno profundizar sobre algunas características (señaladas en **negritas** en la tabla anterior) las que, a pesar de ofrecer apreciables *ventajas* dentro del campo pedagógico, podrían convertirse en *amenazas* dentro de la transición a la virtualidad, contribuyendo a desnaturalizar las virtudes y oportunidades que ofrece este tipo de medio.

Considerados los aspectos instruccionales centrales dentro de uno y otro entorno, resulta comprensible que los docentes formados y habituados a la pedagogía transmisiva se sientan más cómodos con la modalidad presencial, centrada en la exposición y el control posterior acerca de si lo expuesto fue “adquirido”.

Por otra parte, también es comprensible su resistencia a asumir un tipo de docencia que, súbitamente, les insume mucho más tiempo y esfuerzo que la modalidad *presencial-transmisiva*. En efecto, a vuelo de pájaro, la tarea del docente presencial podría resumirse en: la selección y secuenciación de los contenidos, la exposición, la resolución de consultas, y la corrección de trabajos o evaluaciones sumativas, esto es, aquellas evaluaciones que proveen información acerca de los logros de conocimiento al final de un proceso educativo (Collazos, 2014).

Se podría deducir que con el formato virtual es el alumno el que sale ganando, puesto que recibe una enseñanza más flexible e individualizada, donde tiene una mayor oportunidad de participación. Mientras, el profesor es el que parece salir más perjudicado, dado que incrementa las fronteras por las que se puede introducir una mayor carga docente (Barberà & Badía, 2004)

Esta mayor carga docente no siempre es absorbida de buen grado por los profesionales que antaño tenían a su cargo el dictado de cursos presenciales, dentro de los cuales su compromiso se limitaba a un viaje (terrestre o aéreo) hasta el lugar de dictado y una o más exposiciones, eventualmente con algún auxilio digital (usualmente, presentaciones proyectadas en una pantalla).

6. La capacitación virtual dentro del Ministerio de Salud de la Nación

A partir del surgimiento del concepto de “educación virtual” y de la difusión de su accesibilidad, distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación tomaron la iniciativa de producirlos, en torno al año 2005.

En un principio se hizo de manera aislada e inorgánica, alojando los cursos en las plataformas de organizaciones internacionales de cooperación (como OPS y UNICEF), como así también en una plataforma generada dentro de otro proyecto con financiación externa, el «Programa Remediar» –actualmente (agosto de 2020) renombrado como «Cobertura Universal de Salud-Medicamentos» («CUS-Medicamentos»)–.

Finalmente, la acumulación de tales experiencias dio lugar al lanzamiento, relativamente reciente, de la **Plataforma Virtual de Salud –PVS–**, que se propone reunir y homogeneizar todos los recursos de capacitación virtual vigentes, generados por los distintos organismos de dependencia de la Secretaría de Gobierno de Salud.

Su url es: <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>

Los primeros párrafos de la pestaña “Institucional” del portal de la PVS dan cuenta de la adhesión de la plataforma a los mencionados principios de la *capacitación en servicio*, a saber:

La Plataforma Virtual de Salud (PVS) es el entorno de enseñanza y aprendizaje en el que se encuentran las propuestas formativas desarrolladas por las diferentes direcciones y programas de la Secretaría de Gobierno de Salud que cuentan con certificación oficial.

La plataforma ofrece el acceso a una variada oferta de capacitaciones destinadas a los equipos de salud y gestores con el fin de transformar, actualizar y fortalecer los procesos de trabajo en los efectores y de la meso y micro gestión del sistema de salud.

Dichas propuestas se enmarcan en el enfoque de Educación Permanente en Salud que promueve la integración de la educación a la vida cotidiana, en particular al contexto del trabajo; entendiendo que los problemas que allí se presentan pueden impulsar la reflexión sobre la propia práctica, la valorización del proceso de trabajo y la generación de nuevos conocimientos.⁴

Actualmente, la **Plataforma Virtual de Salud** renta un servidor privado para alojar sus cursos, los que se han desarrollado sobre la Plataforma Moodle, de código abierto, con escasas adaptaciones.

Por último, cabe aclarar que dicha **Plataforma Virtual de Salud** cuenta con un protocolo (conocido como *Hoja de Ruta*) que las distintas áreas del Ministerio deben tener en cuenta obligatoriamente para solicitar la admisión de nuevos cursos, que se adjunta como Anexo (de acuerdo con el curso virtual que nos propondremos).

⁴ https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/theme/virtualdesalud/url_institucional.php

En cuanto al **marco regulatorio**, se debe reconocer que el Ministerio de Salud nunca ha regulado formalmente (es decir, mediante un instrumento como una Resolución Ministerial) las capacitaciones que imparte a través de sus diferentes organismos, salvo el mencionado y reciente *protocolo* instaurado por la Plataforma Virtual de Salud para la inclusión de nuevos cursos (ver Anexo) y un Documento titulado *Guía para la elaboración de Programas de capacitación de los trabajadores de Salud* (2007) que detalla los requisitos que debe cumplir un *Programa de capacitación en salud*, ofrece criterios institucionales y pedagógicos para fundamentar, seleccionar, evaluar la viabilidad, organizar y gestionar tal tipo de iniciativas, y aclara los procedimientos necesarios para que los alumnos puedan acreditar los cursos para su carrera profesional.

Dicho documento aconseja también el enfoque educativo más apropiado según el perfil de los participantes de cada curso o los problemas/necesidades que éste pretenda atender y establece, en cada caso, cuál es el margen de control sobre los contenidos de que dispondrá el docente.

7. La enseñanza en entornos virtuales vista por dentro

En las últimas décadas, la irrupción social y cuasi universalización de Internet ha representado, probablemente, uno de los cambios tecnológicos con mayor incidencia en los modelos de la vida diaria y la cultura de las sociedades que la usan. Como ya se ha explicado, la enseñanza en entornos virtuales que vino, en principio, a suplir necesidades antes atendidas por los antiguos “cursos por correspondencia”, ha resultado mucho más que un mero remplazo instrumental.

De hecho, la enseñanza en entornos virtuales se ha transformado en un modelo pedagógico por sí mismo, ya no subsidiario de la forma presencial ante dificultades de tiempo o distancia o –la más reciente de todas y todavía presente– la necesidad de aislarnos de un virus en contexto de pandemia.

Como consecuencia, el ámbito virtual se ha convertido también en un nuevo *lugar de investigación*. En este caso, un verdadero *lugar antropológico*, ya que “los lugares antropológicos se caracterizan por presentar una serie de características: **son portadores de sentido para quienes los habitan**, cuyos **principios de inteligibilidad pueden ser comprendidos por quien los observa**; es posible considerarlos como **identificatorios, relacionales e históricos**, ya que son constitutivos de la identidad individual; están **conformados por elementos cuyo análisis puede brindar pistas sobre el carácter del lugar y los sujetos** que lo habitan permanente o temporal-

mente; y por último, cuentan con una estabilidad histórica institucional que permite observarlos a lo largo de un período más o menos extenso” (Leal Guerrero, 2011). En efecto, según Orellana y Sánchez (2006),

Los espacios o entornos virtuales son generadores de gran potencial documental, observacional y conversacional lo que de una u otra forma modifican los procedimientos o técnicas convencionales tanto en la recolección de datos como en su producción, almacenamiento, análisis y presentación

De aquí que existan nuevas formas en que los investigadores recojan, analicen y presenten los datos. La evolución de Internet, principalmente, hace posibles nuevas formas de recolectar datos cualitativos así como nuevas escenas en dónde recolectarlos.

En su forma básica, *la etnografía consiste en que un investigador se sumerja en el mundo que estudia por un tiempo determinado y tome en cuenta las relaciones, actividades y significaciones que se forjan entre quienes participan en los procesos sociales de ese mundo*, nos recuerda Christine Hine (2000) De este modo, *el etnógrafo habita en una suerte de mundo intermedio, siendo simultáneamente un extraño y un nativo*.

Por lo tanto, realizar una investigación de etnografía virtual abre la posibilidad de enriquecer las reflexiones acerca de lo que significa interactuar por Internet, mientras la inmersión permite que quien investiga emplee los mismos medios que sus informantes.

Se ha decidido, pues, sumar a esta investigación la herramienta de la etnografía virtual, bajo la modalidad que Orellana y Sánchez (2006) denominan *Observación periférica*, es decir, la de actuar como un participante pasivo (*lurker*), accediendo a la práctica sin interferir en su desarrollo.

De hecho, en el caso de los cursos virtuales que se dictan dentro del ámbito de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez, la alternativa de la observación participativa no resulta practicable por no existir actualmente ningún curso con tutoría, que exija de los participantes otra acción que la lectura y visionado de *media* y el completamiento de pruebas autoadministradas.

Teniendo en cuenta lo dicho, decidí elaborar, antes de afrontar la inmersión en un curso autoadministrado, una **rúbrica** que me permitiera evaluarlo a partir de características considera-

das como deseables y que, como beneficio secundario, me sirviera en el futuro para evaluar otros materiales en proceso de evaluación.

La rúbrica fue pensada dentro del modelo de una *Escala de Lickert*, para la cual se identificaron, en primer lugar, los aspectos clave a evaluar, para luego desdoblarlos en cuanto a sus aspectos principales

¿Qué evaluar?

El carácter virtual que asume hoy la tradicional *educación a distancia* y la amplia gama de posibilidades que ofrece implican mucho más que un nuevo canal o un nuevo *soporte* para los contenidos, sino que cambian la forma en que éstos son expuestos, encontrados e interpretados. Los cambios esenciales son los siguientes (Bartolomé, 2005):

- Cambia la cantidad y calidad de la información a la que accedemos.
- Cambia el modo como esa información es codificada
- Cambia el modo como accedemos a la información. (Y las dos características que definen este tercer cambio son la participación y la diversión.)

Valeria Odetti, en un avance de investigación (s/f), expresa que:

“Se trata ahora de ir más allá y, a partir de la observación de experiencias, describir las nuevas variables que intervienen en el diseño de los mismos en un contexto de alta mediación tecnológica.”

Uno de los cambios significativos que detecta Odetti es el señalado por Reinaldo Laddaga (2006) en su obra *Estética de la Emergencia*, en relación con la construcción de los roles de autor y lector a los que este tipo de materiales da lugar. Según describe la referida autora,

Lo constitutivo de la obra en la modernidad era la cristalización de ese momento de contemplación en el cual el observador se abstraía de su realidad inmediata, dividiendo los momentos de producción y de observación de la obra donde el diálogo entre ellos aparece suspendido y la obra se constituye en una ‘aparición desprendida’. Es precisamente éste el cambio que el autor [Se refiere a Laddaga] le adjudica a la obra de la posmodernidad: la obra como diálogo donde autor, lector (o espectador), se funden en un proceso sin puntos de inicio y final.

Son precisamente estos nuevos roles, que florecen en el ámbito propicio de las nuevas tecnologías, los que hacen posible identificar tres tipos de lectores para estos nuevos materiales didácticos: el *lector tradicional*, el *lector comentador* y el *lector-coautor* (Gergich et al., 2011).

Junto a estos roles, las mismas autoras identifican otros ejes temáticos para el análisis de los materiales educativos virtuales: el formato hipermedial en sí mismo y las variables que lo caracterizan, con sus respectivos modelos de formato y lenguajes semióticos.

La citada Odetti, por su parte, postula en otro trabajo (2016) que los materiales pueden ser considerados desde tres perspectivas, cada una de las cuales ofrece un modo de análisis:

El material didáctico como instalación: una metáfora basada en la interacción en la que el recorrido del material por parte del estudiante constituye el eje sobre el que está construido. La información se organiza en el espacio como en una *puesta en escena* “en la cual el diseñador asume el rol de director”. En este tipo de formato, el recorrido no es necesariamente lineal sino que está abierto a la participación (y las decisiones) del usuario. Sin embargo, todos los recursos son alojados dentro del propio material de la propia unidad didáctica y no el estudiante necesita remitirse a otros puntos de la web para adentrarse en ellos. (Éste sería el caso de la unidad didáctica que analizaré mediante un proceso de *etnografía virtual*.)

El material didáctico como mural. Cuando el diseñador escoge esta opción “*todo*” el contenido se encuentra a la vista, comprendido o *alojado* en una única imagen interactiva, que el estudiante deberá recorrer, *abrir* por etapas –que pueden ser hipervínculos *anidados*–.

El material didáctico como instrumento –“el más difícil de diseñar”, según las autoras–. Aquí los contenidos no están inmediatamente a la vista ni se despliegan a lo largo de uno o más recorridos lineales, sino que se revelan progresivamente, como núcleos articulados entre sí, en una red cuya extensión y complejidad se adapta a lector-estudiante.

A partir de estas opciones es que Odetti (2012) reconoce un nuevo papel, el de la *curaduría de contenidos*, que no se reduce a “la selección y puesta en circulación de obras ajenas” sino que comprende también el diseño del entorno desde el cual adentrarse en ellas.



Dadas las condiciones en que se desarrollan los cursos virtuales en el área donde me desempeño (auto administrados, sin tutoría, en una plataforma ya establecida para todo el universo de cursos similares sobre base Moodle) me centraré en el primer aspecto: la evaluación de una Unidad Didáctica en tanto material de estudio.

No es casual que en los últimos años se hayan multiplicado no sólo las rúbricas como recurso para la evaluación (facilitadas por los sistemas de análisis de los resultados mediadas por computador) sino, específicamente, las rúbricas para la evaluación de Unidades Didácticas Virtuales.

Y cuando hablamos de "diversión" y entretenimiento, estamos hablando de una triple gratificación (Ferrés, 1994 a) que incluye la *gratificación sensorial* por los estímulos visuales y sonoros, la *gratificación mental* derivada de la fabulación y la fantasía, y la *gratificación psíquica* derivada de los procesos de identificación y proyección. Todos estos, elementos prácticamente ausentes en el pasado, cuando se trataba de evaluar un material pedagógico.

De allí que surjan algunos requisitos con especial influencia en la elaboración de una Unidad Didáctica Virtual (Bartolomé Pina, 2005), como por ejemplo la necesidad de que el estudiante desarrolle *habilidades para buscar, interpretar, valorar y estructurar la información*; la exigencia de que las imágenes no se limiten a *ilustrar* lo que dice el texto sino que funcionen como *sintagma visual* (Faye Pedrosa et al., 2009); la urgencia de estructurar la información –mediante hipervínculos– de una manera nueva y no lineal, como sucedía en la cultura escrita.

En principio, las herramientas de evaluación de Unidades Didácticas Virtuales admiten una clasificación según categorías referidas a los: *criterios pedagógicos* –como: adecuación del contenido y las actividades al código lingüístico de los estudiantes; la adaptación de la metodología utilizada; el grado de dificultad, la variedad y el nivel de participación o implicación que suponen, tanto por parte de los estudiantes como de los docentes o tutores, la integración de competencias en el proceso de enseñanza y aprendizaje, etc.–; *criterios técnicos* –que comprenden la funcionalidad comunicativa, operativa y estética de los materiales; la variedad e integración de los medios empleados (auditivos, visuales, etc)–. (Vázquez-Cano et al., 2014) (Cabero-Almenara et al., 2000).

Otro criterio de evaluación (Burgos-Solans & Ruiz-Mezcua, 2003) se centra en cualidades como *usabilidad* (si es comprensible, consistente en contenidos y errores, dirigido, fidelizable, informativo, interrelacionado, intuitivo, jerarquizado, navegable, orgánico, personalizado, previsor); *rapidez* (en cuanto a la comprensión, tiempos de carga y refresco de pantalla, legibilidad, disposición de accesos rápidos y orden de tabulación por defecto); *sencillez de aprendizaje* (presencia de un hilo conductor, posibilidad de acudir a un asistente virtual, coherencia gráfica y estructural que facilita la navegabilidad y el entendimiento); *capacidad de escalabilidad e integración*; *estructura de información y navegación orgánicas* (organización y estructura, acceso a información de contacto, interfaz y funcionalidades); *eficacia de los contenidos* (incluye accesibilidad, inclusión de glosario, datación y actualidad de la información, etc.). Cabero & Duarte (2000) destacan, entre los recursos de organización de los contenidos, mapas conceptuales que impliquen la interconexión entre conceptos e *hipermapas* que indiquen la localización por el estudiante de otros segmentos de la lección

Por su parte, Martínez-Bonafé (1992) propone preguntarse por el *modelo pedagógico* subyacente al material, sus *finalidades educativas y principios curriculares* (incluyendo compromisos e intereses, así como el marco teórico al que adscribe el curriculum); los *contenidos culturales* seleccionados; la *lógica interna del área de conocimiento*; el *formato y representación del contenido* (adecuación del lenguaje y símbolos, visión integradora de componentes cognitivos, procesuales y valorativos, conexión con conocimientos anteriores (Cabero-Almenara et al., 2000) y experiencias de aprendizaje en otros entornos pedagógico, la vida cotidiana y el contexto laboral); las *opciones culturales e ideológica*; el *estilo de tareas propuestas*; la *relación con el entorno inmediato* del estudiante; y los *modelos de estrategia didáctica a los que adscribe*.

Otros autores (Odetti, 2013) eligen poner la mirada en ciertas características que parecieran propias y exclusivas del soporte digital, a saber: *diseño de la interface* (alineación, continuación, composición, conexión, proximidad, similitud). Y mientras que María Grané i Oró (2009) se orienta a principios de *organización de la información* (como fragmentación, modularidad, capas, revelación progresiva, pirámide invertida y superioridad de las imágenes por sobre el texto escrito), Landau (2009) pone el acento en los grados de iconicidad, los organizadores gráficos y la percepción visual apoyada en los universales, la memoria visual y la capacidad combinatoria.

Como producto de la conjunción de todos estos puntos de vista, junto a la *Guía práctica para el diseño y tutorización de MOOC* (Castrillo de Larreta-Azelain, 2018) se optó por modificar y reorganizar con criterio propio la base de una rúbrica elaborada por Francisco Andrés García y José Antonio Ortega Carrillo para la Universidad de Andalucía (2002).

La rúbrica obtenida se agrega al presente trabajo como Anexo II. Al mismo tiempo, fue creada como documento de *Google Forms* para que el sistema permita realizar posteriormente un análisis automático de los resultados.

Su elaboración tuvo un doble objetivo: el ya enunciado de funcionar como una guía de análisis de la experiencia de inmersión en un curso virtual auto administrado y autogestionado, y el de constituir una *lista de chequeo* a la que ajustar, desde el principio, la elaboración de nuevos cursos o unidades didácticas virtuales semejantes.

Hallazgos, análisis y recomendaciones

Para la analizar la experiencia de inmersión con carácter de alumno en un curso virtual auto administrado de la Plataforma Virtual de Salud, elegí el curso sobre «**Centros de Lactancia Materna**», obteniendo acceso a la versión 2019. El curso está destinado a miembros de los Equipos de Salud de Hospitales Públicos con internación pediátrica y neonatal, cuya tarea diaria se relacione con aspectos asistenciales y de alimentación.

Los hallazgos, su análisis y las recomendaciones que se formularían para futuras reediciones de dicho curso se resumen en la tabla que sigue a continuación.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
7.1.a. Organización de los contenidos		
Hay un módulo introductorio general a pesar de que es requisito para este curso haber aprobado otro previo.	Es aceptable para respetar la estructura de la PVS y por si hubiera algún estudiante eximido del mismo.	---

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
El Módulo Introductorio lleva el título de <i>Espacio general</i> .	El nombre elegido resulta ambiguo y confuso.	Titular el primer módulo como <i>Módulo introductorio</i> .
El recorrido virtual por la PVS se encuentra anidado en un nivel de poca visibilidad (2do. lugar en la carpeta <i>Tutoriales</i>).	En caso de ser necesario (para un alumno nuevo en la PVS), probablemente lo encontrará tarde o nunca.	Reubicar el recorrido virtual por la PVS en 1er lugar, en forma de video incrustado (muy visible), con un signo “▶” que invite a clicar.
El video de familiarización con la PVS incluye información no adecuada.	Las explicaciones sobre <i>Cómo ingresar</i> ni <i>Cómo recuperar la contraseña</i> no corresponden a quien ya ingresó.	Eliminar del video de familiarización aquí incluido las explicaciones sobre ingreso y contraseña. Incluir éstas en un video adjunto a la confirmación del ingreso.
El enlace al <i>Programa</i> del curso incluye los Objetivos.	Los Objetivos tienen entidad e importancia propias y no deberían quedar <i>encubiertos</i> .	Enunciar y enlazar <i>Objetivos</i> y <i>Programa</i> por separado (y en ese orden), o bien renombrar el enlace como <i>Objetivos y Programa</i> .
El contenido de la <i>Introducción</i> es correcto pero la redacción es algo farragosa.	Desalienta la lectura y es probable que el estudiante la omita.	Revisar la Introducción para reducir el número de párrafos y la extensión de las frases.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
No hay a primera vista un Banco de Preguntas Frecuentes.	La experiencia indica que siempre existen dudas operativas.	Incluir desde el inicio un <i>Banco de Preguntas Frecuentes</i> con algunas ya respondidas.
Dentro del “Espacio general” (Módulo introductorio) hay una actividad (completar <i>grillas</i>) relacionada con el funcionamiento actual <i>del</i> Centro de Lactancia Materna.	No se aclara cómo podrían completarlas los estudiantes pertenecientes a instituciones que todavía no tienen un CLM y van a crearlo a partir de la realización del curso (circunstancia prevista por los requisitos de inscripción).	Modificar la ubicación de esa actividad u ofrecer una alternativa (por ejemplo, de planificación hipotética) para quienes se desempeñan en una institución sin CLM.
En el llamado “Espacio general” (<i>Módulo introductorio</i>) se abren dos foros (A y B, mal titulados como “Foro Módulo 1” y “Foro Módulo 2”, no sucesivos como estos nombres parecen indicar.	Esto puede generar en el estudiante confusión acerca de las razones de su asignación a uno u otro (que simplemente radica en dividirlos en cantidades más manejables).	Renombrar los foros según las iniciales de los incluidos. Por ejemplo: “Foro A-LI” y “Foro M-Z”.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
Falta en los <i>Foros</i> (para los estudiantes nuevos) un instructivo o tutorial acerca de cómo participar en ellos.	Es posible que algunos estudiantes no sepan cómo hacerlo, ya que no es evidente por sí mismo.	Incluir en el texto de bienvenida firmado por el/la tutor/a: a. cómo responder (clicando sobre <i>Responder</i>); y b. la conveniencia de modificar el asunto reemplazándolo por el nombre de quien se presenta. (Esto no sólo distingue las respuestas dentro de la lista, sino que promueve una buena práctica que facilita las búsquedas en cualquier Bandeja de Entrada.)
El alumno se enfrenta a un único itinerario de aprendizaje sin opciones alternativas.	Podría no ser criticable dada la correlatividad de los contenidos. Sin embargo, parece imprescindible un sistema de acceso aleatorio a los contenidos.	(Más detalles en la última fila de esta misma sección.)
El Módulo 1 incluye una actividad de autoevaluación (ya que es un curso auto-gestionado, sin tutoría) sobre los principales contenidos, automática de tipo opción múltiple, no calificada.	Una evaluación así (tipo <i>línea de base</i>) le serviría al docente para adaptar sus contenidos (no es el caso, ya que el curso ya está “terminado” al abrir la inscripción), o para que el propio alumno compruebe su pro-	Suprimir esa autoevaluación, o prever un mecanismo para que el estudiante pueda repetirla y comparar sus resultados con los obtenidos al comienzo. (De todos modos, me parece una actividad demasiado <i>elemental</i> y carente de interés.)

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
	greso al terminar una etapa o todo el curso (tampoco es el caso, ya que la evaluación no se repite al final ni el alumno puede <i>revisar</i> sus resultados anteriores).	
El marco legal del tema se desarrolla en dos momentos distintos (al principio y al final del curso).	Esta repetición puede causar confusión en los estudiantes.	Unificar en un único punto todo el tratamiento del marco legal e insertar referencias cruzadas si es necesario volver a aludirlo.
La información se presenta como texto (locutado o para ser leído, en forma simultánea).	No es posible decodificar un audio e información leída al mismo tiempo.	(En la última fila de esta misma sección.)
Se incluyen referencias bibliográficas dentro de videos.	De ese modo resulta imposible para el estudiante analizarlas o registrarlas.	Las referencias bibliográficas deben ser incluidas en documentos de texto descargables. (Más detalles en la última fila de esta misma sección.)
Escasez de recursos. Todo el contenido se canaliza en videos (resultantes de la animación de presentaciones tipo PPT).	Esto le quita variedad al curso, hace que no sea apto para un contacto “en cualquier momento y lugar” e impide la descarga de información de particular interés.	Incluir variedad de recursos complementarios: videos (como motivación/planteo, desarrollo o síntesis), imágenes (no decorativas sino portadoras de contenido, textos, animaciones, etc.)

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
No se observan ayudas instruccionales.	Las <i>ayudas instruccionales</i> son un recurso valioso para el aprendizaje.	Jerarquizar y distinguir conceptos por medio de <i>ayudas instruccionales</i> (fondos, recuadros, uso significativo de colores, íconos que aluden a <i>Recordar</i> , <i>Importante</i> , <i>Debate</i> , etc.).
Los <i>Módulos</i> del curso <i>consisten</i> en videos resultantes de la presentación en continuado de un PPT con audio.	Las presentaciones PPT convertidas en videos continuados impiden retornar determinadas secciones, así como observar en un sector lateral, una barra de navegación que permita un acceso no-lineal a los distintos temas	Se exponen en 7.2.c <i>Calidad técnica</i> , primera fila.
7.1.b. Aspectos conceptuales		
La información ofrecida por el curso es vigente y actualizada, y está expuesta de manera clara.		---
Al menos en el Módulo 1 analizado, no se alude al contexto laboral de los estudiantes ni a sus motivaciones para matricularse.	Está ampliamente demostrado que la transmisión unidireccional de conocimientos no favorece la <i>apropiación de los contenidos</i> ni garantiza la <i>transformación de las prácticas</i> .	Aun si se trata de un curso autogestionado, la finalidad de esta capacitación es la transformación de las prácticas y del entorno de trabajo. En consecuencia, deberían incluirse constantemente actividades

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
		vinculadas a ellos, cuyo resultado sea recuperado a la hora de hacer intervenciones en terreno. Esta cuestión se ampliará en las <i>Conclusiones</i> del presente trabajo.
7.1.c. Contenidos de conocimiento y valores		
Los contenidos propios del curso no se prestan a interpretaciones tendenciosas.		---
Aunque se plantea el caso de una madre que <i>no pueda</i> amamantar, no se explicita suficientemente la posibilidad de que <i>no desee</i> hacerlo con un niño o niña internadx.		Incluir la mencionada posibilidad y no dar por supuesto en todos los casos el deseo de amamantar.
El modelo de enseñanza es completamente <i>transmisivo</i> . Sólo queda para el estudiante la posibilidad de leer/escuchar y recordar/ <i>acertar</i> la opción correcta en las evaluaciones.	Salvo la posibilidad de plantear un caso particular en los Foros (cuya existencia sólo se ofrece al inicio del curso), no parece haber una instancia en la cual los estudiantes pongan en juego los contenidos propuestos con sus realidades y prácticas cotidianas.	No es posible resolver este problema con una única –ni breve– recomendación. El tema será tratado en las <i>Conclusiones</i> del presente trabajo.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
El curso no hace referencia ni supone saberes previos en los estudiantes, ni hace referencia específica a los contenidos del Curso Básico de Lactancia Materna cuya aprobación, paradójicamente, es requisito para postularse a éste.	Esta circunstancia desanima a quienes se han esforzado por aprobar el curso correlativo y le resta sustento a la exigencia de correlatividad.	Incluir en el curso actual contenidos y referencias al curso correlativo anterior.
7.1.d. Discriminación		
El curso podría haber quedado desactualizado respecto de los actuales criterios de lenguaje de género.	---	Remplazar términos: <i>Mujeres/embarazadas por personas gestantes;</i> <i>mujeres/madres lactantes por personas que amamantan;</i> <i>niños por lactantes.</i>
El curso no ejerce discriminación alguna (negativa ni tampoco positiva) según cultura o clase social.	La discriminación positiva podría haber sido conveniente.	Incluir la perspectiva de colectivos minoritarios, culturales o sociales puede ampliar la perspectiva de los estudiantes en algunos casos.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
La adecuación a sus eventuales destinatarios resulta disminuida por la exigencia de decodificar simultáneamente un texto escrito (a menudo con “información dura”) y un audio.	(Ya fue realizado más arriba.)	Secuenciar para evitar la simultaneidad descripta.
7.2a. Aspectos tipográficos		
En general, el uso de la tipografía es demasiado variado. Se emplean al menos tres fuentes con sus variantes.	Resulta poco sobrio y agrega confusión. Causa sensación de desorden y sugiere una suma de partes no homogéneas, tomadas de fuentes diversas.	Reducir la tipografía a las variaciones de dos familias (idealmente una con y otra sin <i>serif</i>).
Además de múltiples fuentes se emplean diversas variaciones (sombra, brillo, fileteado, etc.)	Esas variaciones no <i>suman</i> sino todo lo contrario. Le quitan al diseño claridad y categoría.	No utilizar variaciones “artísticas” de las tipografías. Recurrir más al color para diferenciar partes de la información.
Son frecuentes las enumeraciones viñetadas, con párrafos compuestos por líneas muy largas, con interlineado relativamente escaso	Esta característica dificulta reencontrar el inicio del renglón adecuado.	Ampliar el interlineado (aun a costa de tener que reducir el cuerpo de la tipografía). Mantener la longitud de los renglones en 8-10 palabras.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
Algunos renglones muestran palabras excesivamente dispersas.	Esto sucede con renglones cortos (de pocas palabras) a los que se impone doble justificación.	Elegir justificación por la izquierda. Reducir ligeramente el cuerpo de la tipografía para aumentar el número de palabras por renglón.
7.2.b. Diseño de pantallas		
Algunas pantallas presentan un exceso de carga cognitiva (por ejemplo, esquemas, tablas o enumeraciones), al tiempo que permanecen mucho tiempo inalteradas mientras se desarrolla el audio explicativo.	Al no poder prestar atención simultánea al texto y al audio, el espectador se distrae de ambos. Pérdida de interés.	Resultaría facilitador que se hubiera <i>animado</i> la presentación de origen, de modo que las distintas partes de lo que se presenta fueran apareciendo progresivamente, a medida que el audio lo requiere.
El tema central de cada pantalla aparece explicitado en el título.	Esa es una <i>lógica de libro de lectura</i> tradicional. Hace perder la oportunidad de instalar un mensaje en el punto focal de la atención.	Instalar en ese punto de atención focal no un título sino un mensaje a transmitir, un <i>llamado a la acción</i> .
Una vez comprendido y aceptado el marco, el desarrollo de la videoclase no sorprende ni ofrece particular gratificación sensorial	Esto genera monotonía y desinterés.	Hacer variar, entre pantallas, la estructura sobre la base de una “grilla” organizada. Hacer un uso más creativo de las imágenes (más grandes, más cargadas de información, de mayor calidad estética).

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
7.2.c. Calidad técnica		
Por tratarse de un video, no hay barras de navegación que permita acceso aleatorio a los contenidos.	El esfuerzo del alumno por recordar o anotar datos lo distrae del proceso cognitivo que la clase pretende provocar.	La alternativa podría ser darle al video función introductoria y desarrollar el resto de los contenidos como un objeto de aprendizaje (según modelo SCORM ⁵), donde desplazarse mediante una barra lateral de navegación y que sea descargable (evitando, así, tener que “imprimir el Power Point”).
El material es multiplataforma y satisface la accesibilidad para ciegos, disminuidos visuales e hipoacúsicos.	De hecho, la satisface “en exceso” porque la pantalla duplica los textos locutados (o viceversa). No se realiza mediante subtítulo de los videos.	Para no redundar y enriquecer la exposición, sería preferible mantener la diferenciación de contenidos entre audio y textos, subtitulando los audios al estilo habitual.
No se emplean mapas conceptuales ni infografías.	Aunque se aporta información objetiva para sustentar los conceptos, esto se hace de manera muy poco significativa o atractiva.	Sería preferible que la información “dura” no se presentara en la forma de textos o tablas, sino en forma de gráficos atractivos.

⁵ SCORM: Del inglés *Shareable Content Object Reference Model*, en castellano: Modelo Referenciado de Objetos de Contenido Compartible.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
		Los mapas conceptuales favorecen la comprensión y fijación de conocimientos; también podrían ser <i>descargables</i> para ser usados como recordatorios. Otro tanto podría decirse de las infografías, inclusive animadas.
El menú de opciones es aceptable.		Podría reordenarse para evitar confusiones.
En el margen inferior no hay dos botones que permiten al alumno desplazarse entre las partes que componen el módulo (videoclase, carpeta de bibliografía obligatoria, carpeta de bibliografía complementaria, autoevaluación). Por otra parte, las tildes que aparecen en casilleros junto a cada fase o actividad de la clase le van indicando al estudiante su progreso dentro de cada módulo.	Ambos son recursos útiles.	Lo serían más, si su ubicación y funcionamiento hubieran sido más claramente expuestos en el video de introducción a la plataforma.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
La presentación original carecía de enlaces. Sin embargo, aunque los hubiera tenido, habría desaparecido su funcionalidad al ser transformada en un video.	Es altamente conveniente sugerir a los estudiantes sitios confiables donde ampliar sus conocimientos.	Sería deseable que tales enlaces estuvieran incluidos en la versión de la clase imprimible/descargable (aun tratándose de archivos en formato pdf).
La interacción entre tutor y alumnos está disponible únicamente dentro de un Foro. Al mismo tiempo, existe siempre disponible un mail como “Mesa de Ayuda al Usuario” en una dirección de correo.	La interacción entre docente/tutor y alumnos se ve desalentada por la demora en responder las consultas.	Aun tratándose de un curso autogestionado es imprescindible <i>garantizar</i> que las consultas de los estudiantes sean respondidas dentro de las 48 horas de realizadas.
7.2.d. Calidad estética		
Los títulos y subtítulos no guardan consistencia entre sí, en cuanto a fuente, tamaño y estilo.		Revisar pertinencia y organización de la taxonomía adoptada para títulos y subtítulos.
No se usan recuadros ni íconos.		Ya se recomendó, más arriba, la introducción de <i>ayudas instruccionales</i> , no sólo con fines estéticos sino para favorecer la comprensión.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
La cantidad de texto es, por lo general, excesiva.	Predomina todavía una lógica enciclopedista. Asimismo, la suposición de que el estudiante no leerá por iniciativa propia ni una letra más que lo que se le ponga delante. Esto dificulta para los estudiantes la jerarquización de los distintos cuerpos de información.	Se podría hacer un mayor uso cuidadoso de los hipervínculos, de un modo que provoque curiosidad e interés por seguirlos.
Las imágenes son escasas y, en la mayoría de los casos, muy pequeñas o de planos generales.		Incluir mejores imágenes, portadoras de información, con más planos de detalle. Es necesario realizar tomas profesionales para el curso.
El fondo siempre es blanco.	Este rasgo agrega sobriedad y resta confusión, dada la excesiva variedad tipográfica.	---

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
7.3. Calidad del lenguaje		
El lenguaje presenta giros o imprecisiones propios del lenguaje coloquial –como <i>un piso de calidad</i> (por <i>un nivel básico de calidad</i>), un <i>combo de acciones</i> (por un <i>conjunto de acciones</i>), <i>homogeinizan</i> (sic) por <i>homogeneizan</i>)–.	Esto va en desmedro de la calidad del curso. Además, la “letra oficial” enseña (y no es bueno que enseñe mal). No resulta admisible, grabado o “impreso”, lo que se aceptaría en una clase presencial.	El texto escrito y locutado debió haber sido guionado.
Se ha detectado al menos un error de ortografía.		Se requiere una revisión por parte de un/a editor/a y corrector/a de estilo.
La sintaxis podría simplificarse.		
El vocabulario admite mejoras.		
7.4. Calidad de hipermedia		
La calidad de las imágenes es aceptable, aunque desapareja. Su adecuación es aceptable, aunque sólo tienen función ilustrativa y no portan contenidos por sí mismas.		Parece imprescindible incluir en los costos de planificación la toma de imágenes profesionales (foto y video) o bien asegurarse de contar desde el inicio con imágenes de. De lo contrario, el resultado es muy poco profesional.

HALLAZGOS	ANÁLISIS	RECOMENDACIONES
Toda la clase en sí se ofrece en formato de video, de calidad regular: le falta ritmo y atractivo visual, motiva poco, luce cargado de texto y de datos.	Ya fue realizado más arriba.	Variar los formatos y los soportes. Complementar sin redundar.
No hay mención de créditos o <i>Copyright</i> en las pocas imágenes utilizadas.	Algunas imágenes son propias (no siempre de buena calidad) y otras fueron evidentemente tomadas de internet.	Asegurarse de que las imágenes incluidas sean de calidad, de fuentes <i>legales</i> y de uso libre (aunque en la mayoría de los casos esto último no dispensa de incluir el crédito del/la autor/a).
7.5. Valoración general		
Puesto que los postulantes del curso son miembros de equipos de salud que gestionan o quieren instalar un CLM en sus lugares de trabajo, su atención e interés suplirán la mayoría de las deficiencias técnicas o comunicativas, y el material contribuirá en algo a la modificación de sus prácticas.	---	El curso admite mejoras sustanciales en ediciones futuras. (Ver síntesis a continuación.)

Las mejoras propuestas podrían sintetizarse en las siguientes sugerencias:

- Modificar el video de presentación para darle una función de motivación. Dentro de ella:
 - ✓ Introducir más imágenes portadoras de contenido, de mejor calidad, con créditos.
 - ✓ Sustituir texto por esquemas de contenido, infografías y mapas conceptuales, de aparición progresiva a medida que se desarrollan las explicaciones del audio.
 - ✓ Darle a la locución un ritmo más vivo e incluir en ella referencias a la clase escrita.
 - ✓ Evitar dentro del Módulo 3 (relato de experiencia) la redundancia con contenidos del Módulo 2.
 - ✓ Incluir referencias a las prácticas cotidianas de los alumnos (aunque sea bajo la forma de preguntas retóricas).
- Darle al contenido técnico de la clase la forma de un paquete SCORM y ofrecer un enlace a una versión imprimible/descargable.
- Incluir como, documento independiente todo aquello que los alumnos pudieran desear tener impreso y “a mano”.
- Incluir como descargables-modificables los modelos de planilla que se proponen para asentar las distintas variables de la gestión (leche almacenada, usuarias, registro de temperatura de los refrigeradores, registro de responsables y tareas de limpieza, etc.)
- Traducir a esquemas o redibujar los planos arquitectónicos que se muestran

8. La voz de los testigos y protagonistas

Para considerar tanto el fenómeno de la capacitación en servicio de personal de salud como su transición a los entornos virtuales, es insoslayable conocer la perspectiva de quienes han sido testigos y protagonistas de la instalación de estas prácticas.

En consecuencia, se dirigió una serie de entrevistas semiestructuradas a algunos protagonistas seleccionados, tanto de los procesos de *capacitación en servicio* como de los procesos de *capacitación virtual* en relación con el área de salud materno infantil del Ministerio de Salud de la Nación.

Las personas entrevistadas fueron las siguientes:

- CML, sucesora de la Dra. Cristina Davini en la Coordinación del Área de Capacitación del Programa Materno-Infantil y Nutrición. Actualmente, consultora independiente en Educación y Salud.
- MdY, ex responsable del Área de Capacitación y Gestión de la entonces Dirección de Nacional de Maternidad e Infancia.
- MA, actual miembro del Área de Capacitación y Gestión de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez.
- MG, actual responsable de la Capacitación Virtual dentro del Área de Capacitación y Gestión de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez.
- EJB, actual co-Coordinador del Área de Capacitación y Gestión de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez.
- GMP, actual co-Coordinadora del Área de Capacitación y Gestión de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

Se elaboró previamente un cuestionario breve, semiestructurado, idéntico para todas las personas entrevistadas, con una última pregunta abierta, que se transcribe a continuación:

- 1. La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz? ¿O es su punto débil, porque requiere más tiempo, más recursos (humanos y financieros) y más tutoría, y eso conspira contra su sustentabilidad?**
- 2. ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?**
- 3. ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en “odres nuevos para vino viejo”, es decir, que devengan en nuevas y sofisticadas formas de transmisividad?**

A pesar del contexto en el que fue elaborado el presente trabajo –de aislamiento preventivo obligatorio a causa de la pandemia de COVID-19– las entrevistas no fueron remplazadas por

cuestionarios escritos enviados por correo electrónico, sino realizadas mediante herramientas digitales que permiten la comunicación audiovisual en vivo, como la aplicación Zoom o las Salas de Chat de Messenger. Ello debido a que, según mencionan Orellana López y Sánchez Gómez (2006):

“Existen mecanismos/elementos mediante los cuales puede llegar a percibirse información no verbal, a los que el investigador cualitativo debe recurrir para solventar su interés por la expresión corporal, ya que los «investigadores cualitativos no están frecuentemente interesados sólo en lo que las personas digan sino también de la manera que lo dicen» (Bryman, 2001 p. 321 citado por Bampton & Cowton, 2002, p. 16).”

Por otra parte, según señalan las mismas autoras, *“Los aparatos/herramientas digitales tienen la ventaja de realizar copias exactas de las interacciones llevadas a cabo dentro y fuera del ciberespacio. Lo que garantiza una gran cantidad de información disponible.”*

La transcripción completa de las entrevistas se encuentra agregada como Anexo al presente trabajo junto a las correspondientes autorizaciones de parte de las personas entrevistadas y de la actual Directora Nacional de Salud Perinatal y Niñez para realizarlas a miembros actuales de dicho organismo.

A partir de su análisis y comparación han podido extraerse las siguientes afirmaciones comunes:

8.1 La capacitación (el curso virtual) nunca es el primer paso

“No es sencillo instalar una práctica nueva...” Esta frase de una de las personas entrevistadas (MdY, 2020) no por evidente resulta obvia, ni es habitualmente tomada en cuenta.

La capacitación llega como un eslabón más de una cadena en la que antes se hizo todo el trabajo de problematización consensuada, planificación consensuada de acciones y, sólo ahí, cuando se plantea “–A ver, cómo hacemos esto que decidimos hacer entre todos...” , sólo ahí aparece la capacitación.

Es un proceso completamente distinto Una cosa es recurrir a un profesional y decirle, por ejemplo: –Andá y capacitame a la gente en Reanimación Cardiopulmonar. Y otra cosa distinta es que esa capacitación: 1º, sea en servicio y, 2º, haya sido producto de una proble-

*matización conjunta, hecha por todos los actores que intervienen (y cuando digo todos los actores estoy incluyendo los niveles políticos **En definitiva**, estoy hablando de nuevo de **la planificación estratégica**, una herramienta común a muchas disciplinas. Por supuesto, antes de eso, para que esa ronda de diagnóstico participativo fuera viable, requería de un trabajo previo con el nivel de ministros. (MdY, 2020)*

Este proceso no siempre es tan claro y a veces, aun cuando haya existido y haya sido motivo para decidir la actividad de capacitación, puede quedar un poco en la sombra cuando se contrata un capacitador externo, ya sea como docente o como tutor, aunque sea sobresaliente en su especialidad.

Es por eso que parece útil y conveniente que cualquier capacitación virtual destinada a miembros activos de los equipos de salud, incluyan algún recurso que permita verificar (¿o, en su defecto, refrescar o re-construir?) los acuerdos previos en la cadena de decisores y responsables, imprescindibles para lograr algún impacto duradero en el modelo de atención.

A partir de lo dicho, cabe preguntarse:

1. ¿Existe alguna manera de traer a una Capacitación virtual al conjunto de los actores involucrados en las prácticas que se desea transformar?

8.2 Nada sirve para todo

Una constante que aparece en la mayoría de las entrevistas es el señalamiento de que ni la CeS ni la Capacitación Virtual –que aquí nos ocupa– son estrategias en que puedan satisfacer cualquier necesidad.

Una de las personas entrevistadas (CML, 2020) recurre a una distinción del sanitarista brasileño Emerson Mehry entre *tecnologías duras*, *tecnologías semiblandas* y *tecnologías blandas* (2006). La referencia se funda en el hecho de que el abordaje de cada uno de estos tipos de contenidos implicará, necesariamente, distintas estrategias de enseñanza y distintas formas de aprendizaje.

Las prácticas en Salud cuyo abordaje requiere de la CeS [presencial] son las tecnologías blandas, esto es, el conjunto de acciones que corresponden, más estrictamente a las

prácticas de cuidado, que tienen que ver con procesos de escucha, de habla, con tratamientos terapéuticos acordados con la población. Son procesos que comprenden el acoger y abrigar, el alojar a la población destinataria.

Cuando se tiene una visión integral de la salud, las tecnologías blandas –que son las que apuntan al corazón de las prácticas de salud– necesitan precisamente de lo artesanal y del contacto personal con los y las profesionales que uno pretende que reflexionen sobre su propio hacer. El destinatario de la capacitación tiene que aprender procesos de subjetivación de otras personas para poder actuar de la misma manera. Y eso se aprende siendo protagonista de una relación que instaura al que aprende como sujeto

Esta exigencia no se aplica para todos los aprendizajes. Cuando uno pone en juego la CeS lo hace precisamente porque necesita mejorar el modelo de atención y el modelo de gestión, en una forma reflexiva, capaz de percibir y responder a las necesidades de la comunidad. Ese proceso, entonces, es un proceso complejo, que no implica en términos de comprender, por ejemplo, una actualización sobre un tratamiento medicamentoso sino, básicamente, pensar la práctica constituyendo al otro como sujeto y protagonista, y no como objeto (paciente) de un tratamiento. (CML, 2020).

En relación con los saberes no-médicos, recuerda otra de las entrevistadas, a partir de su experiencia en la CeS:

En todo esto iban a la par el contenido “científico” que se pretendía transmitir (las buenas prácticas y sus fundamentos), y el manejo cuidadoso de los grupos, las relaciones interpersonales, el factor político, las decisiones tomadas, la cultura institucional, etc. (MA, 2020) –respecto de una CeS correctamente encarada–.

Según afirman éste y otros testimonios recogidos (CML, 2020) (MG, 2020) todo apunta a la idea de que, también en un curso virtual, los conocimientos científicos específicos en torno a los cuales se desarrolla la capacitación deberían ser considerados apenas como una parte del contenido de ésta, si pretendemos transformarla en una más de las herramientas que utiliza la Capacitación Permanente en Servicio, dentro de su mismo espíritu y estilo.

Cuando lo que producimos en Salud son cuidados, entramos en una dimensión superadora que no sólo incluye el acto terapéutico en tanto práctica concreta sino también

ese maletín de las relaciones imprescindibles en las prácticas de salud, que quedarían incompletas si no la tienen en cuenta, considerando que siempre van dirigidas hacia un otro. (CML, 2020)

En palabras de otra entrevistada:

Lo mío es el cuidado de seres humanos, que no son botones. Yo creo que lo virtual tiene que servirnos mucho para acelerar los procesos. Por ejemplo, si tengo que hacer una capacitación sobre un tema en un lugar, que hagan primero el curso inductor. Para que ya tengan instalado el tema. Y después viajar. Tiene que existir este mix. Porque el cambio se produce cuando la gente se siente entendida. Y cuando reflexiona sobre lo que le pasa. Un sistema no va en detrimento del otro. Cada uno tiene un papel y es necesario a su manera. Deberíamos tratar de mantener un equilibrio entre una modalidad y otra. Mucho más en tiempos de pandemia, que “nos cachetea”. Es una realidad que tenemos ahí. Hay herramientas que hay que aprender a usar. Algunos todavía fotografían fotocopias y las mandan por Whatsapp, sin saber cómo compartir pantalla en un Zoom, por ejemplo. (MG, 2020)

De paso, la metáfora de “mandar la fotocopia” resulta ser una triste y certera descripción de lo que a veces ocurre cuando no media entre los contenidos y sus destinatarios un procesamiento didáctico especializado, particularmente en educación en entornos virtuales.

A partir de lo dicho más arriba, cabe preguntarse:

2. ¿Cómo introducir de manera constante en los cursos virtuales la perspectiva no estrictamente médica que ofrecen las *tecnologías blandas*?

3. ¿Cómo hacer para que, en un curso virtual, el que aprende sea instaurado como sujeto, de modo tal que sea capaz de hacer lo mismo en sus prácticas cotidianas?

8.3 Los contenidos científicos validados no son un producto final

La difusión prácticamente universal de aplicaciones que permiten diseñar presentaciones multiplataforma ha creado en muchos especialistas la ilusión –y la tentación– de preparar personalmente sus propias presentaciones, del mismo modo que antiguamente preparaban “una filmina”.

Se olvida en ese caso que la *filmina* (y el aparatoso retroproyector que permitía mostrarla) eran, al igual que el pizarrón, *una herramienta* propia de las clases presenciales, que contaban además con una amplia gama de recursos de lenguaje verbal y no verbal que se ponían en juego simultáneamente. Sin embargo...

*Las áreas sustantivas dictan el qué, todos los protocolos médicos que emanan de la política pública (el modo como se deben atender determinados casos). Pero esas áreas sustantivas deberían permitir que **las áreas de capacitación crucen ese qué con el cómo hacerlo**. Ahí se da a veces el conflicto...* (MdY, 2020)

Ningún docente sensato albergaría la ilusión de agotar lo que desea *transmitir* (y el término *transmitir* no es inocente) con lo que pueda llegar a “*entrar*” en una clase presencial.

Sin embargo, cuando un especialista en cualquier ciencia, no versado en educación en entornos virtuales, toma la iniciativa de “*hacerse su propio Power Point*”, el resultado suelen ser varias decenas de diapositivas que *parecen intentar* un desarrollo exhaustivo del tema. Y que, por cierto, **terminan siendo leídas** por el/la expositor/, que inclusive, frecuentemente y para desconcierto de los espectadores, saltea varias (–*Bueno... éstas las pasamos...*) cuando intuye el despropósito o que se le agota el tiempo. Tal esquema, por otra parte, termina por volver superflua una de las dos versiones (la textual o la locutada) por la ineludible necesidad que experimenta la audiencia de *elegir a qué atender*, ya que no es posible decodificar simultáneamente ambos canales.

Dada la complejidad de algunos temas y de los diversos aspectos tanto *médicos* como *no-médicos* que involucran –y utilizando una metáfora informática que nos resultará hoy muy clara–, el papel de la parte audiovisual de una clase virtual –ya se trate de una alocución filmada del docente o de una presentación (transformada o no en un video)– es más bien el de **crear en la mente de los estudiantes un folder o carpeta sobre tema que se propone enseñar, así como como tantas subcarpetas como aspectos que éste comprenda** (médicos y no-médicos, *duros* y *blandos*). Sobre cada uno el docente “dirá” (apenas) lo necesario para que el estudiante comprenda qué es lo que contiene (y lo que no), su importancia y el papel que desempeña dentro de un marco forzosamente (mucho) más amplio, que puede llegar inclusive hasta el diseño macropolítico.

De lo contrario, el alumno irá recibiendo, pantalla tras pantalla, un cúmulo de contenidos insuficientemente organizados y no-jerarquizados, que correrá a “descargar e imprimir” para que no se escurran de su mente como agua entre las manos...

Las preguntas serán entonces:

4. ¿Qué alternativas se pueden encontrar para diferenciar el propósito, el contenido y el estilo de los diversos soportes de información, ampliando la variedad que se ofrece a los estudiantes?

5. En el contexto de crisis económica y ecológica, otra pregunta necesaria sería ¿Cómo “moderar” en los estudiantes la necesidad de imprimir? O, más bien, ¿Vale la pena imprimir todo? ¿Cómo ayudar a que distingan lo (poco) que tiene sentido imprimir para, eventualmente, “tener a mano”?

8.4 La definición de la necesidad: de la respuesta al descubrimiento

Algunos de los entrevistados describieron la capacitación en servicio *como la respuesta a una demanda*, ya sea de parte de un servicio o de una jurisdicción ante un disparador como el aumento de la mortalidad o de determinadas morbilidades (por ejemplo, la Retinopatía del Prematuro, que suele ser consecuencia de una mala práctica en la administración de oxígeno a los bebés prematuros).

No es lo mismo un servicio al que le cae un docente “como peludo de regalo” porque alguien decidió que necesitan mejorar sus prácticas, que un servicio donde los destinatarios estuvieron desde el principio en la definición de que eso era una necesidad, revisan lo que les está pasando porque el resultado de lo que están haciendo no está bueno, porque se les están muriendo más chicos de lo que se podría esperar, etc. Esto tiene un alto grado de injerencia en el resultado. La capacitación es [debería ser la respuesta a] una necesidad sentida: “algo nos tenemos que repreguntar, que replantear, porque no nos está yendo bien en esto”. (GMP, 2020)

Si bien éste es un caso que se da con frecuencia, esta perspectiva no tiene en cuenta la posibilidad de que el modelo de atención o las prácticas cotidianas de un equipo de salud (o de una jurisdicción entera) adolezcan de fallas no advertidas por los propios protagonistas –que sí detectan otras, por lo general más fáciles de captar, como un indicador adverso–, y concentran así sus expectativas de mejora en la adquisición de ciertas destrezas o conocimientos. Tampoco prevé el frecuente caso de que los integrantes de los equipos de salud sí han sido y siguen siendo capaci-

tados, de hecho y no siempre en el sentido adecuado, desde el momento mismo de su ingreso a la institución, por el *curriculum oculto* de la cultura institucional (UNICEF-CEDES, 2015)

De hecho, en palabras de una entrevistada,

“Una de las cosas que se observa mucho cuando uno trabaja sobre prácticas es decir, sobre saberes llevados a la realidad y en interacción con otros, es un distanciamiento entre lo que se dice que se va a hacer y lo que se hace, o entre lo que se piensa que se hace y lo que realmente se hace. El tema del que acompaña, al lado del que está haciendo, es la posibilidad de observar para luego reflexionar con el otro acerca de qué hizo, cómo lo hizo” (CML, 2020)

A partir de lo dicho más arriba, cabe preguntarse:

6. ¿Cómo dotar a los capacitados de las herramientas necesarias y del hábito de hacer una evaluación permanente y realista de sus propias prácticas profesionales?

7. ¿Cómo hacer para que se perciba la necesidad de un cambio, como fruto de la confrontación con un modelo, explícito u oculto?

Por otra parte, es necesario reconocer que un proyecto de salud –nacional, local o institucional– para ser aplicado, debe ser antes comprendido y apropiado en dimensiones que exceden el acto terapéutico individual. Por lo tanto,

8. ¿Cómo encuadrar los contenidos técnicos circunscriptos, dentro de dimensiones y marcos más amplios y estructurales como, en este caso, un modelo de salud?

8.5 La mirada del otro

Otro de los aspectos en el que se descubren coincidencias entre los entrevistados es el de la *mirada del otro*. Y ésta en dos sentidos. En primer lugar, como retroalimentación del docente que enseña:

El curso a distancia es un curso que está en la computadora en vez de estar en el aula. Pero se pierde la comunicación no-verbal, la mirada del alumno (que le permite al docente saber si entendió o no entendió), el interés (que se observa a través de lo postural),

los tonos de voz. Hay muchas cosas que se reciben como feed-back en la presencialidad que no están el curso virtual. (EJB, 2020)

En otro sentido, las personas entrevistadas que son o han sido, participantes o responsables últimos de actividades de capacitación, presenciales y virtuales, coinciden en que **pareciera imprescindible alguna forma de mirada del capacitador sobre el capacitado: ya sea para ayudarlo a detectar problemas** que él o ella no alcanzan a advertir dentro de sus prácticas, o bien **para acompañar y dar seguimiento a su proceso de cambio.**

Alguien tiene que mirar tu práctica para poder cuestionarla y corregirla si es necesario. El arte de curar siempre se transmitió según la figura de un maestro que le enseñaba al otro cómo hacerlo. La CeS, como tal, no deja de ser una conceptualización de una práctica preexistente. Desde mucho antes existían –y siguen siendo una parte de las carreras de formación en el área de la salud– las residencias médicas y del equipo de salud. Por lo mismo se suele pasar, cuando es posible, por prácticas en un modelo, sobre un maniquí. Pero aun en esos casos hay alguien que te está guiando hasta que el que aprende lo puede hacer autónomamente. Porque implica destrezas, la comunicación con el paciente, la comunicación con la comunidad. No sólo el procedimiento en sí, sino también para qué le va a servir, qué posibilidades y qué riesgos tiene, que el otro de un consentimiento verdaderamente informado... Todo eso implica habilidades que van más allá del acto médico en sí. (CML, 2020)

Cuando lo que producimos en Salud son cuidados, entramos en una dimensión superadora que no sólo incluye el acto terapéutico en tanto práctica concreta sino también ese maletín de las relaciones imprescindibles en las prácticas de salud, que quedarían incompletas si no la tienen en cuenta, considerando que siempre van dirigidas hacia otro. (CML, 2020)

Entender eso implica entender que cualquier programa de capacitación que vos pongas en marcha tiene que contemplar todas esas dimensiones. Y hay aspectos de esas dimensiones que son artesanales, que no es posible obviar, y que implican el contacto empático entre el capacitador y los destinatarios, que necesitan del contacto humano porque estamos hablando de la subjetividad. Hay cuestiones que sólo pueden ser efectivamente enseñadas en la capacitación en servicio presencial. (CML, 2020)

Hay cuestiones del latido cotidiano de un servicio que me cuesta pensarlas desde una pantalla. [Cuestiones] de timing, de miradas, de actitudes. Es muy difícil imaginar que eso pueda visualizarse desde una pantalla. Creo que va a requerir mucha más capacidad, del lado de los docentes, para encontrar los modos de llegar a esto. (GMP, 2020)

Creo que la CeS es presencial. No hay modo de transformarla o de remplazarla. Porque es un trabajo en las prácticas cotidianas del equipo de salud dentro de un servicio. No tiene que ver con la capacitación áulica, que puede ser virtual o presencial.(...) . Lo que no queríamos hacer con la CPeS era una transmisión de contenidos [ante una audiencia pasiva], ya fuera presencial o virtual. No era esa la idea. (MA, 2020)

De entre los testimonios me gustaría destacar el de MG, de vasta experiencia dentro del campo de la capacitación, tanto presencial como virtual:

*Necesitamos la presencialidad. Por más que yo pase un instructivo paso a paso acerca de cómo hay que hacer determinada tarea, **la realidad es que el adulto necesita sentirse mirado**, evaluado. Puede haber un video, pero tiene que estar la mirada de otro que registre si uno se olvidó de algo... La educación virtual sirve para una especialización, pero no sirve para formar por ejemplo, enfermeros, porque los cambios de conducta dependen de la impronta presencial.*

*Lo mismo diría respecto de la necesidad de tutorías. Si lo que hay que transmitir es muy básico, se puede hacer auto administrado. Si necesito impacto [la capacitación] **debe ser** (está bueno que sea) con una tutoría que pueda traer, jalar del alumno para que pueda expresarse, intervenir, contar el día a día, generar conocimiento a través de la participación grupal, etc. El conocimiento, sobre todo, se construye; grupalmente. La capacitación virtual, incluso la auto administrada, es para personas ya formadas; puede funcionar, pero como una inducción a la presencialidad. (MG, 2020)*

De hecho, **la variante más enriquecedora de la docencia en entornos virtuales es aquella con tutoría**, esto es, la que cuenta con un profesional capaz de responder dudas técnicas, estimular (y evaluar) la participación en foros, moderar los debates, expedirse sobre la calidad de un trabajo de aplicación local y, de ser necesario, solicitar su profundización en algunos aspectos, responder dudas, etc.

Sin embargo, en este tipo de docencia virtual también se enfrenta a una realidad caracterizada por *recursos humanos inelásticos*. Los cursos con tutoría deben tener, necesariamente, un cupo limitado (inclusive los *autoadministrados*, ya que es muy frecuente que los alumnos hagan llegar tanto sus dudas técnicas como sus comentarios sobre temas sustantivos a través de una casilla de correo habilitada para consultas). Si un alumno, repetidamente, no recibe respuesta en un corto espacio de tiempo, es probable que deje de interesarse por los contenidos e inclusive por el seguimiento del curso en el que oportunamente decidió inscribirse. Las recomendaciones de tiempo de respuesta varían en función de la duración de los cursos, pero suelen estar en torno a un máximo de 48 horas que no tendrían que ser superadas (Barberà & Badía, 2004).

En consecuencia, la práctica concreta de la *virtualización* de muchas actividades de educación en salud se puede ver amenazada por factores como:

- ▶ falta de dedicación horaria de los tutores;
- ▶ falta de asignación de recursos humanos financieros;
- ▶ empobrecimiento de los materiales y recursos por falta de capacitación docente específica.

9. ¿Existe alguna manera de introducir en los cursos virtuales la mirada del capacitador, aun cuando los recursos de tutoría son limitados?

8.6 El modo de aprender de los adultos

Más allá de lo expresado en el marco teórico (ver arriba: 3. *La capacitación profesional permanente de adultos en la actualidad: fundamentos y exigencias; riesgos y oportunidades*) varias de las personas entrevistadas han coincidido al describir una de las diferencias fundamentales entre el modo de aprender en la infancia y en la vida adulta, con evidentes consecuencias sobre ***la motivación que encuentran para hacerlo***.

Los adultos no aprenden igual que los niños. Los niños aprenden por interés, por curiosidad, entre otros factores. Los adultos aprenden a partir de lo que necesitan y lo que les resuelve un problema. (MdY, 2020)

Los adultos no aprendemos porque nos dicen “tenés que hacer las cosas de un modo diferente”. No es así. Y todo eso es algo para lo cual los profesionales de la salud no están

formados. Ese es uno de nuestros roles. Estar cerca del profesional que capacita, acompañando ese proceso. Como equipo, acompañamos al que debe acompañar. (GMP, 2020)

El adulto modifica actitudes mediante la reflexión, no por imposición. (MG, 2020)

El adulto, cuando lo sentás y le hablás 40 minutos, se duerme. Y a los 15 minutos ya no pueden incorporar más conocimientos. Entonces trabajábamos [planteándoles] cosas que tenían que hacer incorporando lo que aprendían. (MG, 2020)

Este tipo de afirmaciones, que parecen darse por descontadas, tienen sin embargo un claro impacto sobre la organización de los cursos virtuales en el contexto de los servicios de salud. Puesto que los entornos virtuales no dejan de tener rasgos vinculados con *lo inasible*, lo que *está pero no está*, lo que *está en la nube* (¿*en las nubes?*), la pregunta sería:

10. ¿Cómo lograr que un curso en entornos virtuales, aun si fuera auto administrado, remitiera constantemente a la acción en el entorno concreto de trabajo?

8.7 La –permanente– tentación de la *transmisividad*

Tal como lo recuerda otra de las personas entrevistadas (MdY, 2020),

*El tipo de capacitación centrada en la transmisión de contenidos presenta, por lo general, una pobreza de resultados completamente desproporcionada con la inversión y el esfuerzo, debido a algunos nudos críticos, a saber: **la fragmentación de nuestro sistema de salud**, con desarticulación entre el nivel central y los niveles operativos, entre los distintos niveles operativos, e incluso entre servicios; **el protagonismo de lo normativo**, los protocolos, lo que corresponde que se haga, lo que dictan las áreas sustantivas (una capacitación áulica, escolarizada); y **la escasa injerencia de la autoridad nacional** sobre lo que ocurre en las jurisdicciones, propia del sistema de gobierno federal.*

Por otra parte, no es posible ignorar que, más allá de los conflictos planteados por un problema emergente reflejado por las estadísticas, cuando se pone en juego la CeS se hace precisamente porque se necesita mejorar el modelo de atención y el modelo de gestión, en una forma reflexiva, que fundamentalmente atienda a las necesidades de la comunidad. En otras palabras, la

definición de los problemas depende –deriva– del modelo de salud y del modelo de atención que se haya asumido como política pública.

*Yo creo que **ninguna estrategia de capacitación y de formación es aséptica**; tienen una dimensión básicamente política, y es por eso que uno pone en juego una determinada estrategia, una determinada metodología y no otra. Incluso dentro de los entornos virtuales puede haber una intención política muy diferente: o trabajar con una visión puramente de transmisión de conocimientos (subo archivos y hago alguna pregunta que me exija la reproducción de parte de lo que transmiti) o puedo trabajarlo desde la visión de un sujeto activo que está creando, también en el entorno virtual. Básicamente, la definición es política. (CML, 2020)*

Si la reflexión sobre las prácticas o la participación creativa en la gestión de un determinado modelo de salud están ausentes de la demanda, puede ser la propia capacitación la que aproveche la oportunidad para provocarlas. Entonces, la capacitación puede pasar de ser la respuesta a una demanda específica acerca de un cómo hacer, a generar un verdadero descubrimiento –al menos desde la perspectiva del capacitado–, esto es, un hallazgo valioso que se produce mientras en realidad se estaba tratando de encontrar o de conseguir algo diferente... Más allá de que esos actores “aprendan un protocolo”, lo importante es que problematicen, dentro del espacio laboral en que están trabajando. Que se piensen, juntos como equipo, llevando a la práctica estos protocolos.

A partir de lo dicho más arriba, cabe preguntarse:

11. ¿Cómo hacer para suscitar un cambio en las prácticas sin partir de (o sin centrarse en) lo normativo?

12. ¿Es posible estimular desde un curso virtual una actitud de proactividad creativa?

Teniendo en cuenta el panorama desplegado por el marco teórico respecto de la enseñanza a distancia, con las particularidades implicadas por un grupo particular de destinatarios (adultos, profesionales en las artes de curar) y asimismo lo manifestado por los entrevistados, se presenta a continuación una reflexión fuertemente centrada en la experiencia, sobre los contextos y desafíos que presenta la capacitación virtual como **complemento de la capacitación permanente en ser-**

vicio, con el ánimo de aventurar algunas propuestas que luego se intentará volcar en un proyecto concreto de intervención en un curso virtual.

9. Contextos, desafíos y propuestas

Al reseñar la evolución de las tareas de capacitación profesional en salud desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación quedó clara la transición, operada progresivamente a lo largo de las últimas décadas, desde un modelo transmisivo que podría calificarse de *escolar* –de hipotética transmisión de conocimientos desde los *depositarios* del saber hacia quienes *carecen* de él–, para dar lugar un modelo caracterizado por la valoración de los *saberes* preexistentes, la reflexión sobre el propio quehacer y su transformación consciente.

Queda claro, pues, que el Ministerio de Salud no capacita como lo haría una Universidad o cualquier otra institución educativa, con el propósito de aumentar los conocimientos de los participantes o –mucho menos– de certificar dicho incremento o hacer crecer las cifras de las propias estadísticas de actividad.

El Ministerio de Salud encara la capacitación los equipos profesionales del ámbito de la salud (principalmente a aquellos que se desempeñan en el ámbito de la salud pública) como **una herramienta más para transformar el modelo de atención.**

Ésta es, precisamente, la razón por la cual el modelo tradicional de capacitación transmisiva resultó **insuficiente** y vino a ser remplazado por el modelo de *Capacitación Permanente en Servicio*.

Dicho modelo de capacitación descansa sobre varios principios fundamentales, entre los cuales cabe destacar:

- la **concepción de la salud como un derecho humano**, que desempeña un papel más crítico y requiere de más apoyo cuanto mayor es la vulnerabilidad del grupo social de que se trate;

- una **concepción integral de la salud** que no sólo comprende la ausencia o la prevención de la morbilidad y la mortalidad, sino “*un estado de completo bienestar físico, mental y social*”⁶;
- la atención de la salud entendida como **una práctica mancomunada entre los profesionales y la comunidad**, ejercitada sobre la base de acuerdos permanentes sobre objetivos, procesos y medios;
- la necesidad de **empoderar a individuos y comunidades para ejercer el cuidado de la salud como un proceso de subjetivación** que los constituya en **protagonistas de los procesos de conservación o recuperación de la salud propia y comunitaria**, conscientes de sus derechos y responsabilidades;
- la capacitación en salud entendida como **una estrategia sistemática y global**, orientada al **desarrollo de nuevas habilidades** para resolver problemas y también como la **revisión de aquellos conocimientos y hábitos preexistentes** que inhiben la resolución de los problemas;
- la creación de **comunidades de compromiso**, esto es, “*un equipo de individuos que crean un sentido de compromiso colectivo; desarrollan imágenes del futuro que todos desean crear, junto con los valores que serán importantes para llegar allá y las metas que esperan alcanzar por el camino*” (Garzón & Fisher, 2008);
- **la práctica entendida como fuente de conocimientos y problematización** (Davini, 1995).

⁶ La definición, que no ha sido modificada desde su origen, proviene del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, pág. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Una herramienta de intervención institucional

Tal como expresa Davini (2002) en acabada síntesis,

*La cuestión no se agota solamente en incorporar conocimiento, sino también de saber **qué conocimiento** incorporar, **qué aprender, qué desaprender y cómo hacer para que los otros** (todo el grupo, los distintos actores) **lo hagan**. El problema va mucho más allá de los conocimientos específicos que se enseñen en un curso o taller y apunta a **cam-biar las organizaciones mismas en los contextos reales** (...) la educación permanente en servicio, sobre el contexto de la práctica, no modifica “partes”, como podría modificar componentes de una máquina. (...) **Se trata de un cambio conceptual y práctico, en comportamientos coordinados con otros**. Desde esta perspectiva, el problema del cambio y del aprendizaje en organizaciones de trabajo supera ampliamente el rol tradicional que se le ha adjudicado a la educación del personal, convirtiéndola en **una herramienta de intervención institucional**.*

Volviendo a lo expresado más arriba, el Ministerio de Salud no pretende capacitar como una academia –ni siquiera como *una academia de excelencia*– sino que procura realizar intervenciones orientadas a modificar prácticas institucionales concretas.

En esta línea de acción, también se hace evidente lo que observa Argyris (1999) –citado por Davini (2002)–: *no cualquier práctica sirve para cualquier situación*.

Esta idea describe con precisión la raíz de la *insuficiencia* de transferir conocimientos (inclusive cuando se realiza de un modo que podría calificarse como *exitoso*), para alcanzar los objetivos que el Ministerio pretende alcanzar por medio de la capacitación.

Cabe destacar, en lo antedicho, el término *insuficiencia*, no equivale en modo alguno a *inadecuación* o falta de necesidad.

Con toda seguridad, la *actualización científica* no sólo resulta necesaria sino imprescindible para que un modelo de atención sea adecuado. Sin embargo, con toda seguridad no será suficiente.

Y si la eficacia de la capacitación se midiera únicamente por el número de profesionales que fueron capaces de “cursar” o inclusive de “aprobar” una autoevaluación automática sobre cualquier tema dado, la falsedad de la ilusión es inocultable.

Una dosis de *realidad*

Es evidente que, siendo tan variados y complejos los factores que influyen sobre las prácticas institucionales –en cualquier campo y, en particular, en el campo de la salud–, resulta poco probable que la modificación de uno solo de ellos logre por sí sola producir un cambio como el pretendido.

Este hecho obliga a reflexionar sobre **la verdadera función del capacitador**.

El advenimiento de la capacitación en entornos virtuales –inesperadamente promovida por el aislamiento social debido a la pandemia de COVID-19– contribuyó, junto a sus muchos aportes valiosos, a crear la ilusión de que era posible multiplicar exponencialmente el número de destinatarios (o de *capacitados*), antes limitado por las dimensiones físicas del aula.

Se pensó en algunos casos que, gracias a la tecnología, la función del capacitador pasaría, de ser un *enseñante*, a ser la de una especie de “*curador de contenidos*”. Esto es: una vez producidos y validados éstos, y tras la intervención de un *diseñador instruccional* para traducirlos al formato de un *curso autogestionado*, tal *capacitación* podría reeditarse indefinidamente, con las *actualizaciones* que exigiera el avance de la ciencia.

Paradójicamente, a la vuelta de décadas, podríamos encontrarnos, al contrario de la cita evangélica⁷, vertiendo *vino viejo* (la antigua pedagogía *bancaria*, transmisiva) en *odres nuevos* (los recursos que ofrece la telemática).

⁷ No se pone vino nuevo en odres viejos, porque hará reventar los odres; entonces el vino se derramará y los odres ya no servirán más. ¡A vino nuevo, odres nuevos! (Lc. 5, 37-38).

Alternativas posibles

En modo alguno es éste un camino sin salida; pero *las salidas* son más de una y es necesario considerarlas en forma conjunta.

Ya ha quedado en claro la necesidad de contenidos actualizados y de calidad. Sin embargo, el capacitador deberá ser sumamente cuidadoso al formularlos, a fin de incluir no solamente *la última palabra* de la ciencia –la que probablemente resultará efímera, dado el progreso constante y veloz– sino específicamente aquellos conocimientos que resulten críticos en los contextos sobre los cuales se pretenda intervenir.

Un diagnóstico previo

Teniendo en cuenta que la mayoría de los cursos virtuales (al menos los de carácter introductorio, que probablemente tendrán un alto número de postulantes) serán autoadministrados, cabe extremar las precauciones para los contenidos sean oportunos y adecuados a la mayor parte de los contextos.

Para eso será necesario, antes de formular los contenidos específicos y, desde luego, antes de plantear el diseño general del curso, realizar una aproximación a los distintos escenarios en que éstos serán aplicados, a fin de ofrecer lo verdaderamente adecuado y necesario.

Este **relevamiento** debería incluir una actividad de **diagnóstico participativo** desarrollada **entre los responsables de la asistencia técnica a las jurisdicciones en cuestión y los responsables del Área Técnica en cuestión**. Por otra parte, el relevamiento debería incluir también **una encuesta dirigida a algunos actores clave** cuidadosamente seleccionados, procurando variedad y representatividad en cuanto a, jurisdicciones, disciplinas y puestos de trabajo. (En este sentido no será menos atendible la opinión de un enfermero o enfermera con la experiencia cotidiana en un Centro de Salud que la de quien conduce el programa materno-infantil.)

Una encuesta inicial

Cuando hablamos del **relevamiento de base** debe quedar claro que **no se trata de la Encuesta Inicial** que usualmente deben completar los estudiantes al comenzar a cursar. (En efecto, **cuando el estudiante responde esta última, el curso ya fue diseñado y no variará en función de sus respuestas.**)

Sin embargo es oportuno aclarar que, si está bien formulada, la *Encuesta Inicial* del curso –aun si se trata de un curso autoadministrado– conserva dos funciones muy importantes: por una parte, la de provocar o reforzar la toma de conciencia del estudiante sobre el alcance y las implicancias del tema, sus propios saberes y carencias al respecto, y también como motivación para realizar el curso.

Esta *Encuesta Inicial* debería ser de realización obligatoria, aunque no-calificada. A pesar de esta última característica, en modo alguno se tratará de plantear “preguntas difíciles” como para demostrarle al estudiante la dimensión de su ignorancia o la complejidad del tema, sino que tratará de iluminar las actitudes propias, las de los equipos de salud como tales, y de las/los usuarios del sistema; la existencia, necesidad o posibilidad de establecer, de redes de apoyo; la situación y funcionamiento del equipo inmediato en tanto eslabón de un sistema más amplio, etc.

Por otra parte, al terminar, la misma *Encuesta* que antes fue *Inicial* debería repetirse –aun tratándose de cursos autoadministrados– a fin de que los propios estudiantes tengan cómo evaluar, más allá de las calificaciones o certificación recibidas, su propia evolución, la adquisición de herramientas, tanto técnicas como de gestión y de trabajo en equipo, para mejorar los resultados del trabajo, del equipo y del efector en general.

La falta de tutores vs. la construcción del andamiaje para el trabajo futuro

Además de la curaduría de contenidos y la adecuación al contexto, subsisten para el docente otras funciones. Si se espera que el estudiante sea algo más que un “memorizador y repetidor”, más o menos exitoso, sino un verdadero **protagonista de la transformación del modelo de atención**, capaz relacionar por sí mismo lo que va adquiriendo con lo que sucede en su lugar de trabajo y con sus propias prácticas individuales y colectivas (es decir, si se pretende “invertir el aula”) es evidente que eso requiere del acompañamiento y la guía de alguien que le ayude a ver lo que hasta ahora no ha podido (y que, sin duda, sólo parcialmente se debe a la falta de *información*). Es decir, pareciera imprescindible la función del tutor y poco útil un curso *autoadministrado*.

El hecho es que **el Ministerio de Salud no cuenta por el momento con capacidad de tutoría proporcional al número de destinatarios a que aspira**. En general, las llamadas “áreas sustantivas” (dedicadas a la implementación de grupos específicos de políticas sanitarias) están integradas por pocas personas, sobrecargadas de tareas.

En otras ocasiones ocurre que el tema es altamente complejo (como es el caso de la *Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes*, y requiere un abordaje interdisciplinario por parte de profesionales de múltiples disciplinas (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, antropólogos/as, trabajadores/as sociales, etc.), provenientes de diversos organismos y áreas de gestión e, inclusive, de más de una jurisdicción, sumados a consultores externos contratados por un período limitado. En un escenario de este tipo, plantear la “clase invertida” daría lugar a innumerables consultas y planteos por parte de los y las estudiantes, y sería imposible garantizar una respuesta idónea y multidisciplinaria dentro de los plazos recomendados (24-48 horas).

Dentro de este panorama, pareciera necesario encontrar **un punto de equilibrio entre la necesidad de capacitar de manera extensiva y la falta de los recursos humanos profesionales necesarios para dar seguimiento a cierto número de cursos simultáneos**, tanto en los aspectos técnicos como instrumentales (consultas sobre accesibilidad y funcionamiento de la plataforma).

Resulta evidente, pues, que para el nivel central resultaría sumamente arduo –sino prácticamente imposible– intentar una capacitación supervisada por tutores que partiera “desde cero”, en particular en temas poco difundidos o para los cuales existe todavía una limitada respuesta dentro del sistema público de salud (como por ejemplo: la violencia sexual, los bancos de leche humana, el seguimiento de prematuros de riesgo, la rehabilitación de algunas discapacidades, y otros).

En consecuencia, parece útil razonable comenzar por establecer una base de conocimiento que deje en claro algunos rasgos fundamentales (el marco legal, la perspectiva de derechos, la información epidemiológica disponible y algunos contenidos mínimos), para los cuales que la tutoría podría no resultar imprescindible y que pueden ser adquiridos por los estudiantes por medio de un curso autogestionado.

Ahora bien: para que este un curso de este tipo no se convierta en un mero archivo de conceptos en el banco de la memoria y su aprobación evite el juego de “acierto y error”, **la clave podría estar en algunas de las actividades obligatorias solicitadas.**

En efecto, para la aprobación del curso podrían solicitarse dos tipos de actividades (ambas obligatorias):

Por una parte, **la aprobación de las autoevaluaciones (con un porcentaje mínimo de respuestas correctas)**, las que tanto podrían consistir en los modelos de cuestionario sin tutoría que ofrece la plataforma Moodle (opción múltiple con una o más respuestas correctas, verdadero o falso, emparejamiento, respuestas anidadas, verdadero/falso), como en el recorrido por relatos ficticiales en el curso de los cuales sea preciso tomar decisiones (las que podrán resultar adecuadas o inadecuadas y, en consecuencia, conducir a resultados deseables o no).

(Se aclara que, al no preverse tutores, se excluyen las preguntas “tipo ensayo”, las cuales exigen ser leídas por un evaluador-calificador.)

En relación con las dos actividades de evaluación mencionadas (cuestionarios y recorrido de relatos ficticiales), es necesario tener en mente todas las variantes que ofrece la plataforma para evitar errores de diseño. (He aquí una falla típica: si, por ejemplo, se optara por permitir más de un intento de respuesta, todas las preguntas de opción binaria podrían ser respondidas al azar con éxito final.)

Por otra parte, es importante tener presente que siempre –y mucho más, si cabe, en el caso de los cursos autoadministrados– la evaluación es parte del proceso de aprendizaje;

En consecuencia, resulta esencial **elaborar con mucho cuidado y detenimiento la retroalimentación**, tanto de cada pregunta en general, como de cada respuesta en particular, ya sea acertada o no. En estos casos, la retroalimentación no se limitará a “Correcto /Incorrecto”, sino que debe dar las razones que lo fundamentan, no sólo recurriendo a lo dicho/escrito en las clases (o remitiendo a partes específicas de las mismas) sino, inclusive, a una ampliación o profundización del conocimiento. Y lo dicho vale tanto para los aciertos como para los errores.

En relación con los contenidos de la retroalimentación, la práctica muestra que es altamente conveniente tenerlos listos antes de construir las evaluaciones en la plataforma. Para ello se adjunta, como **Anexo 4**, un modelo que se ha demostrado útil para incorporar la información necesaria en un marco que permite un control general sobre el nivel de profundidad, la coherencia y la no-redundancia.

Por otra parte, existe la posibilidad de **solicitar actividades cuyo resultado** (aunque necesario y solicitado) **será analizado** no durante la realización del curso sino **en una etapa posterior, a la hora de realizar una intervención institucional en terreno** –sobre un efector, un sistema, una región sanitaria o una jurisdicción–. Para dar por aprobada la instancia de evaluación bastaría con que el participante adjunte el producto solicitado (elaborada, si existiera la posibilidad, en conjunto con otros cursantes del mismo origen). Aunque esta conducta podría parecer “arriesgada”, cabe pensar que no es probable que los participantes adjunten “cualquier cosa” para dar el requisito por cumplido. Adicionalmente, sería conveniente advertir formalmente que esa parte del trabajo será retomada en forma oficial durante las visitas y el trabajo en terreno futuros, como base para desarrollos ulteriores.

Los límites de la virtualidad

Como suele ocurrir con la generalidad de las herramientas, la clave de su éxito está en utilizarlas para lo que fueron creadas y dentro de los límites de sus posibilidades. La enseñanza en entornos virtuales presenta múltiples ventajas que ya fueron descritas y que, probablemente, harán que su empleo no se reduzca luego de que las restricciones derivadas de la pandemia hayan quedado atrás. Sin embargo, “no es magia”. No conseguirá multiplicar las cohortes de graduados “con el toque de una tecla”.

Difícilmente, sin tutoría, logrará generar procesos de subjetivación. El destinatario de la capacitación debe *aprender procesos de subjetivación de otras personas para poder actuar de la misma manera*. Y eso se aprende siendo protagonista de *una relación que instauro al que aprende como sujeto*. Esto no es posible sin tutoría personalizada que le ponga un rostro a la voz, aunque sea en forma intermitente.

Es difícil –o, al menos, improbable– que a través de cursos virtuales sin tutoría sea posible entrenar en las tecnologías blandas, de las que habla Emerson Mehry (las que se centran en la producción del vínculo, en el acogimiento del otro y en la gestión como toma de decisiones sobre el sentido y resultado de los procesos de trabajo).

Lo mismo podría decirse de la obvia insuficiencia de los procesos de aprendizaje autoadministrados para dar cuenta del factor humano –decisivo en ellos–, que a menudo requiere de apoyo y contención.

Por otra parte, es necesario recordar que cualquier capacitación –también la capacitación virtual– para ser efectiva como herramienta de transformación, requiere verificar (recordar /reconstruir) los acuerdos previos en la cadena de decisores y responsables (y eso excede o, más bien, **precede a la actividad de capacitación en sí misma** –aunque forma parte de la tarea de capacitación-gestión–.

Traer la realidad al mundo virtual

Otro punto importante a tener en cuenta es la lucha por poner fin a la transmisividad. Sabemos que ésta se contrarresta mediante las estrategias de *aula invertida*. Ahora bien: ¿Cómo invertir el aula sin un tutor...? ¿Cómo promover la reflexión sobre las propias prácticas para que los estudiantes se apropien de la necesidad de un cambio?

No es un tema fácil de resolver en un curso a distancia. Lo que en instancias presenciales resolverse mediante una actividad de *role-playing*, a la distancia debe volcarse a otros recursos capaces de “traer hasta el aula (esta vez virtual)” lo que pasa en la cotidianeidad del Consultorio o de la Sala de Espera del efector. Podría tratarse de algunos cuadros de historieta, un chiste (gráfico o narrado), un testimonio “real”, una noticia periodística. En síntesis, algo que pueda aproximar la teoría enseñada y aprendida a los comportamientos cotidianos. Lo que no debería ocurrir es posponer para el *momento presencial* la introducción de la vida real. –porque podría no llegar nunca–.

Entrenar en la metodología de Análisis de la Causa Raíz e instar a su aplicación sistemática puede sentar las bases para hacer más provechosos tanto un segundo curso con tutoría como una intervención en terreno, cuando llegue la hora.

Lo mismo podría decirse respecto de las actividades de relevamiento de datos e información confiable o, particularmente, la utilización práctica de la que ya existe, alertando sobre sus fuentes y el modo de acceder a ella.

Mapear el *Área Programática* (área de responsabilidad o jurisdicción de un efector) también puede ser una actividad a solicitar en un curso autoadministrado, siempre que los resultados obtenidos (más allá de “dar cumplimiento” al pedido como único requisito de aprobación) sean retomados más adelante, en un segundo curso con tutoría y en una intervención local cara a cara.

Atender a la *cadena de mando*

Como quedó explicitado, la cultura institucional que inspira, provoca o mantiene algunas prácticas cotidianas en el campo de la salud no depende exclusivamente de los conocimientos o la voluntad de los profesionales encargados de la atención.

Visto “desde el otro extremo de la cadena”, capacitar y hacer reflexionar al profesional a cargo de la atención no es suficiente para asegurar el cambio en el modelo de atención.

Es necesario que los responsables de los niveles superiores (el/la responsable del Centro de Salud, el Servicio, la Atención Primaria, la Salud Materno-Infantil, la Región Sanitaria, e inclusive la Secretaría o Ministerio de Salud de la jurisdicción, más las autoridades relacionadas con cuestiones presupuestarias si el tema implicará erogaciones –como es el caso, por ejemplo, de la instalación de un Banco de Leche Humana–) conozcan previamente los contenidos del curso –y sus consecuencias sobre la práctica– y hayan acordado o aceptado “ir por ese camino” antes del inicio de la actividad de capacitación.

Para lograrlo se puede ofrecer cursar ellos mismos una “edición piloto” del curso (sobre todo en el caso de temas *sensibles*) o bien hacerles llegar una versión completa de los contenidos, encomendarles su lectura atenta y realizar una reunión específica para sellar los acuerdos antes de convocar a postulantes.

Por otra parte, siempre desde el punto de vista de la capacitación entendida como *herramienta de intervención y transformación*, es oportuno acordar con las autoridades la modalidad de convocatoria a fin de que la matrícula de cada curso, según el tema de que se trate, se corresponda territorial u organizativamente con las necesidades o los nudos críticos específicos que presenta el sistema.



A manera de síntesis, se incluye en la tabla a continuación un resumen de propuestas en relación con los diferentes contextos y desafíos advertidos.

Contexto	Desafío	Propuestas
Para transformar un modelo de atención, hace falta que todos los actores involucrados en la implementación de programas y prácticas, dentro del sistema de salud, intervengan como eslabones y partes de una misma cadena: así el Nivel Central (decisiones políticas y responsables técnicos), y Nivel operativo (armado y fortalecimiento de Redes).	1. ¿Existe alguna manera de traer a una Capacitación virtual al conjunto de los actores involucrados en las prácticas que se desea transformar?	Incluir algún recurso que permita recordar /reconstruir los acuerdos previos en la cadena de decisores y responsables, imprescindibles. Por ejemplo, una investigación sobre normas, instrucciones (a veces de gestiones pasadas), costumbres y modelos vigentes, eventos relacionados al tema dentro de la institución, etc.
La formación de profesionales para la atención de personas necesita también de otros saberes <i>no-médicos</i> , que los médicos no suelen tener porque no suelen recibir formación alguna en esos campos.	2. ¿Cómo introducir de manera constante en los cursos virtuales la perspectiva no estrictamente médica propia de las tecnologías blandas?	Incluir permanentemente, junto a los contenidos <i>técnicos</i> , el factor humano (tanto dentro del equipo de salud como hacia la población atendida). Recursos: desarrollar paralelamente un <i>story-telling</i> que ponga a los estudiantes en la escena de la práctica. Habilitar e invitar a un foro (en los cursos con tutoría) para compartir situaciones problemáticas de la vida <i>real</i> en relación al tema.

Contexto	Desafío	Propuestas
El destinatario de la capacitación tiene que <i>aprender procesos de subjetivación de otras personas para poder actuar de la misma manera</i> . Y eso se aprende siendo protagonista de <i>una relación que instaure al que aprende como sujeto</i> .	3. ¿Cómo hacer para que, en un curso virtual, el que aprende sea instaurado como sujeto, de modo tal que sea capaz de hacer lo mismo en sus prácticas cotidianas?	Ofrecer constantemente espacios /recursos /momentos /herramientas para apropiarse de los temas. Recursos: tutoría personalizada. Ponerle un rostro a la voz, aunque no sea de manera permanente.
A veces las presentaciones pretenden agotar un tema con la misma abrumadora extensión que un texto en <i>la cultura del libro</i> . En la era digital ningún texto (y ningún docente) son portadores ni exclusivos ni definitivos de los contenidos.	4. Incluir (pero no limitarse a) los recursos propios de la cultura del libro.	Diferenciar el propósito, el contenido y el estilo de los diversos soportes de información, ampliando la variedad que se ofrece a los estudiantes. Utilizarlos para motivar y orientar procesos de aprendizaje y mejora permanente. Recursos posibles: Ofrecer separadamente materiales para ver, para leer y para imprimir (con diferente tratamiento).
Los alumnos suelen “desesperarse” por tener un apunte para leer o imprimir.	5. En el contexto de crisis económica y ecológica, otra pregunta necesaria sería ¿Cómo “moderar” en los estudiantes la necesidad de imprimir?	Disuadir de imprimir para consultar (lo que rara vez ocurre). Para eso, ofrecer recordatorios imprimibles de algunos materiales, reduciéndolos a los imprescindibles para la tarea diaria y optimizando el uso del papel.

Contexto	Desafío	Propuestas
Cuando se trabaja sobre prácticas se observa con frecuencia es un distanciamiento <i>entre lo que se dice que se va a hacer y lo que se hace</i> , o <i>entre lo que se piensa que se hace y lo que realmente se hace</i> .	6. ¿Cómo hacer para que se perciba la necesidad de un cambio, como fruto de la confrontación con un modelo, explícito u oculto?	No es un tema fácil de resolver en un curso a distancia. Lo que presencialmente podría ser un <i>role-playing</i> , podría evocarse a partir de unos pocos cuadros de historieta, un chiste (gráfico o narrado), un testimonio “real”, una noticia periodística. En síntesis, algo que pueda <i>aproximar la teoría</i> enseñada y aprendida a los comportamientos cotidianos.
La capacitación tiene que ser la respuesta a una necesidad sentida: “algo nos tenemos que repreguntar, que replantear, porque no nos está yendo bien en esto”.	7. ¿Cómo dotar a los capacitados de las herramientas necesarias y del hábito de hacer una evaluación permanente y realista de sus propias prácticas profesionales?	Enseñar la metodología de “Análisis de Causa raíz”. Proponer y ofrecer un esquema para reuniones regulares de equipo, con rotación de roles. Incluir la capacitación tanto para la producción como para el uso de datos confiables. Invitar a mapear y tener presente el <i>área programática</i> (área de responsabilidad).

Contexto	Desafío	Propuestas
Los modelos genuinos de CeS tienen una visión general y política de la Salud que, por supuesto, es también una posición ética y que está pensando en un determinado modelo de Salud deseable.	8. ¿Cómo encuadrar los contenidos técnicos circunscriptos, dentro de dimensiones y marcos más amplios y estructurales como, en este caso, un modelo de salud pública?	Incluir como parte de los contenidos del curso las políticas y estrategias sanitarias vigentes, así como un mapeo de los recursos y programas (que a veces conviven dentro de una estructura sin producir sinergia).
Una destreza no se puede aprender si no se practica. Una actitud no puede ser modificada si no hay un encuentro con otro. Y alguien tiene que mirar tu práctica para poder cuestionarla y corregirla si es necesario.	9. ¿Existe alguna manera de introducir en los cursos virtuales la mirada del capacitador, aun cuando los recursos de tutoría son limitados?	Definitivamente, la tutoría es un factor fundamental. Aun un curso auto administrado no debería parecerse a un aprendizaje autodidacta y en solitario. El cupo debería ajustarse a las posibilidades de ofrecer un seguimiento personalizado.
Los adultos aprenden a partir de lo que necesitan y lo que les resuelve un problema.	10. ¿Cómo lograr que un curso en entornos virtuales, aun si fuera auto administrado, remitiera constantemente a la acción en el entorno concreto de trabajo?	Incluir relevamientos del entorno laboral (prácticas y recursos). Incluir en la capacitación las habilidades para formular proyectos realistas (con relevamiento de necesidades, resultados esperados, recursos, cronograma y evaluación de impacto) y luego, hasta donde sea posible, impulsar o gestionar su aprobación.

Contexto	Desafío	Propuestas
Básicamente, la definición es política. O subo archivos y hago alguna pregunta que me exija la reproducción de parte de lo que transmití o trabajo desde la visión de un sujeto activo que está creando, también en el entorno virtual.	11. ¿Cómo hacer para suscitar un cambio en las prácticas sin partir de (o sin centrarse en) lo normativo?	Confiar en la capacidad de las personas para generar propuestas, motivarlas para ello y para descubrir las coincidencias de tales propuestas con las normas, las que se revelarán así como respuestas sistémicas a problemas comunes.
	12. ¿Es posible estimular desde un curso virtual una actitud de proactividad creativa?	En principio, no desestimularla ni contradecirla. Para eso la evaluación no debería solicitar la mera reproducción de contenidos como criterio de promoción.

10. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Curso virtual « Detección y prevención de la violencia sexual contra niñas, niños, y adolescentes (ViSNNyA)».

Entre las acciones de política sanitaria que desarrolla la Dirección de Salud Perinatal y Niñez se cuenta el desarrollo estrategias de capacitación y actualización permanente de los recursos humanos que trabajan en torno a la salud de los niños, niñas y adolescentes (NNyA), en coordinación con las áreas con competencia en la materia y haciendo especial énfasis en las situaciones de mayor vulneración, para erradicar todo tipo de privación de derechos, violencia, abuso y discriminación durante esta etapa del ciclo vital. Todo ello en el marco de la Convención sobre los Derechos de los niños, niñas y adolescentes y bajo la concepción de que la salud es un derecho humano fundamental.

El marco normativo que obliga a las instituciones y a los equipos de salud a garantizar el acceso a los derechos que protegen a NNyA encuentra todavía una serie de barreras para su plena implementación. Cuando se trata de *las violencias*, estas barreras toman características específi-

cas al ser abordadas desde los equipos de salud. Si bien la Organización Mundial de la Salud considera a la violencia como un problema sanitario de importancia, no suele ser apropiadamente cubierta por el sistema de salud a causa de la insuficiente formación del personal, la limitada inversión de recursos y la incipiente protocolización de los abordajes.

Las barreras del sistema de salud para la detección y abordaje de la violencia sexual en NNyA están íntimamente vinculadas con las que se manifiestan en los ámbitos comunitario, institucional y familiar, y que se relacionan con el modo en que las diversas formas de violencia son comprendidas y *circulan*. Algunas de estas barreras son:

- La violencia sexual está ocultada; no surge espontáneamente en la consulta como tal; hay que *salir a buscarla*.
- La familia se considera todavía el ámbito más seguro. Con frecuencia resulta impensable que pueda ser el lugar menos seguro para las infancias.
- El sesgo tutelar en la interacción con NNyA constituye un obstáculo que entorpece el reconocimiento de NNyA como sujetos de derecho. Se confunde la necesaria asimetría constitutiva que da lugar a la dependencia infantil y adolescente hacia el adulto, y su consiguiente necesidad de amparo, con el ser objeto de propiedad y dominio por parte de dichos adultos. Por ejemplo: se habla en la consulta casi exclusivamente con los padres y no se le pregunta directamente al niño, niña o adolescente.
- La población de estudiantes y profesionales de la salud está atravesada por los mismos modos de producción de subjetividad ligada a asimetrías de poder naturalizadas, que se está tratando de desnaturalizar y visibilizar en el curso.
- La dificultad de las instituciones de pensarse a sí mismas. Las propias instituciones creadas para proteger, pueden ejercer maltrato y revictimización. Ese maltrato se ejerce no sólo contra NNyA, también se victimiza a las familias protectoras, a los profesionales que velan por los derechos, etc., y no se realiza de manera consciente

Por éstas y otras razones se concluye que la Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes no es sólo un problema de salud pública, sino que también es el resultado de un complejo entramado político-social-económico-subjetivo, cuyo abordaje por parte de la Salud Pública resulta imperioso y urgente.

Por otro lado, aunque la creciente visibilización pública de esta cuestión facilita en algunos casos la detección, esto no resulta suficiente, dado que una gran proporción de NNyA son víctimas de abuso sin ningún tipo rastro físico, y otra proporción que sí son detectados no reciben un abordaje de calidad y restaurador de derechos. Esto se debe a que el personal de salud puede no estar suficientemente capacitado y no contar con las competencias necesarias para poder dar una respuesta de calidad y basada en derechos.

Aunque se estima que la cantidad de casos detectados, notificados y abordados por el sistema de salud son una pequeña proporción de los que ocurren, éstos son, así y todo, numerosos. Esto obliga a los equipos de salud no sólo a capacitarse en los aspectos técnicos sino también a desarrollar cambios actitudinales y habilidades específicas, entre las que se destacan la escucha atenta y la valoración constante de la autonomía progresiva y el interés superior de NNyA.

El presente curso procura fortalecer ambos aspectos del abordaje de los casos. Además de fortalecer la capacidad y calidad de respuesta de los equipos de salud en la atención de NNyA víctimas de abuso sexual propone una mirada intersectorial y el establecimiento de una red articulada para darles respuesta.

Se espera que, al terminar y aprobar el curso, sus destinatarios sean capaces de:

- Conocer los conceptos y el marco jurídico sobre la violencia sexual hacia NNyA, incluyendo embarazo forzado, interrupción legal del embarazo, enfoque de género, enfoque social de la discapacidad, interseccionalidad, interdisciplina e intersectorialidad.
- Sensibilizar, comunicar y brindar herramientas técnicas y actitudinales a las y los integrantes de los equipos de salud, incluyendo los y las residentes, sobre su papel en la detección, notificación/denuncia, abordaje y seguimiento de la violencia sexual contra niños, niñas o adolescentes.
- Facilitar estrategias de intervención que eviten la revictimización de las personas.
- Conocer acerca de las redes institucionales que conforman el sistema de protección de NNyA (organismos protectores de derechos de NNyA, educación, salud y desarrollo social), así como las estrategias de articulación con los servicios de justicia para garantizar una atención de calidad y la restitución de derechos.

- Aportar herramientas para el sostén emocional de quienes realizan la tarea de detectar, notificar y abordar NNyA víctimas de ASI.
- Identificar los nudos problemáticos en las articulaciones interinstitucionales y aportar elementos para las resoluciones locales.

El curso está dirigido a estudiantes avanzados y residentes de las carreras de medicina, enfermería, psicología y trabajo social como así también a integrantes de equipos de salud de todas las jurisdicciones del país que desarrollen su actividad en contacto con niños, niñas y adolescentes.

La descripción técnica del curso se presenta como ANEXO 3.



Nunca sabremos si fue la herramienta telemática la hizo surgir la educación en entornos virtuales, o si fueron características externas al mundo virtual –como la distancia física, la seguridad, la economía de recursos, la pandemia y tantos otros– las que le dieron impulso.

Lo seguro es que –como ha sucedido desde el principio con la más elemental de las herramientas que empuñó el *Homo sapiens* y seguirá sucediendo en el futuro– una vez creado el recurso, la creatividad humana no dejará de perfeccionar y multiplicar sus aplicaciones. El gran desafío para los *enseñantes* consiste en no olvidar que nosotros somos –apenas– los conductores del proceso, que los protagonistas serán siempre quienes aprenden y que el entorno virtual es apenas un escenario –casi infinito– donde desplegar y alcanzar las mejores metas humanas.

11. Bibliografía

- Argyris, C. (1999). *Conocimiento para la acción*. Granica.
- Barberà, Badía. (2004). *Educación con aulas virtuales. Orientaciones para la innovación en el proceso de enseñanza y aprendizaje*. Antonio Machado Libros.
- Bartolomé Pina, A. (Enero de 2005). *Aplicación de las TIC a la educación*.
- Basabe L, Cols E. (2007). La enseñanza. En A. Camilloni, *El saber didáctico*. Paidós.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria hacia la autocomprensión del hombre*. Lohlé-Lumen.

- Berger, G. (1982). *L'interdisciplinarité: problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités*. OCDE.
- Blake, O. (1997). *La capacitación. Un recurso dinamizador de las organizaciones* (2da. ed.). Macchi.
- Borges, F. (05 de 2007). *El estudiante de entornos virtuales. Una primera aproximación*. Digithum(9).
- Bruner, J. (1972). *Hacia una teoría de la instrucción*. Hispano Americana. 38
- (2003). *Normas de usabilidad de sitios web. Pautas de aplicación*. Obtenido de Incognito Publications: <https://tinyurl.com/y2twq4vc>
- Cabero Almenara J, Duarte Hueros A. (2000). *Evaluación de medios y materiales de enseñanza en soporte multimedia*. Obtenido de <https://tinyurl.com/yypv2rnr>
- Castrillo de Larreta-Azelain, M. (2018). *Guía práctica para el diseño y tutorización de MOOC*. www.miriadax.net.
- Chadwick, C. (1992). *Tecnología educacional para docentes*. Ed. Paidós.
- CML. (24 de 09 de 2020). Entrevista. (M. Mosteiro, Entrevistador)
- Collazos, A. (17 de 03 de 2014). *Diferencias claves entre la evaluación sumativa y la evaluación formativa*. Obtenido de Revista Educación Virtual: <https://tinyurl.com/yxnhego3>
- Davini. (1995). *PALTEX*.
- Davini C, Duré I (coord.). (2007). *Guía para la elaboración de Programas de capacitación de los trabajadores de Salud*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Davini et al. (2002). *La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial* (Vol. Paltex N° 44). OPS/OMS.
- Davini MC, Nervi L, Roschke MA. (2002). *La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial*. Recuperado el 28 de 02 de 2020, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2780.pdf>
- Davini, C. (2002). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos en salud*. Obtenido de <https://tinyurl.com/n29s2umh>
- Decreto N°.7/2019) Poder Ejecutivo Nacional. Obtenido de <https://tinyurl.com/tkcnh4l>

- EJB. (26 de 08 de 2020). Entrevista virtual. (M. Mosteiro, Entrevistador)
- Faye Pedrosa C E, Albuquerque de Sant'Anna V L. (2009). *El texto multimodal y la arquitectura de clase en la enseñanza a distancia* (EAD). Letras, 51(79), 39-32. Obtenido de <https://tinyurl.com/y5gdfaba>
- Fenstermacher G, Soltis J. (1998). *Enfoques de la enseñanza* (3ra. ed. ed.). Amorrortu.
- Fenstermacher, G. (1989). Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza. En M. Wittrock, *La investigación de la enseñanza, I. Enfoques, teorías y métodos*. Paidós.
- Fernández Arroyo N, Schejtman L. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. UNICEF-CIPPEC.
- Ferrés, J. (1994 a). *Televisión y educación*. Paidós.
- Ferry, G. (1990). *El trayecto de la formación. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. Paidós.
- Ferry, G. (1990). *Pedagogía centrada en las adquisiciones. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. Paidós.
- Ferry, G. (1993). *Acerca del concepto de formación*. Recuperado el 03 de 03 de 2020, de <https://tinyurl.com/tn76vxu>
- Ferry, G. (1997). *Pedagogía de la formación*. Noveduc.
- García Aretio L et al. (2007). *De la educación a distancia a la educación virtual* (1ra. ed.). Ariel.
- García Aretio, L. (2017). Educación a distancia y virtual: calidad, disrupción, aprendizajes adaptativo y móvil. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 20(2), 09-25.
- García F, Ortega Carrillo JA. (2002). *Instrumento de Evaluación de Unidades Didácticas Virtuales*. Obtenido de <https://tinyurl.com/yxrggo6n>
- Garzón MA, Fisher AL. (julio de 2008). Modelo teórico de aprendizaje organizacional. (B. C. Universidad del Norte, Ed.) *Pensamiento & Gestión*(24), 195-224.
- Gergich M, Imperatore A, Schneider D. (2011). Hipermodalidad y estrategias didácticas virtuales: reflexiones conceptuales en torno al hipermedia como material didáctico. *Apertura*, 3(1).
- GMP. (26 de 08 de 2020). Entrevista virtual. (M. Mosteiro, Entrevistador)

- Grané i Oró, M. (2009). *El disseny d'entorns web d'ús educatiu. De les propostes expertes a les percepcions del professorat*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10803/1269>
- Hine, C. (2000). *Etnografía virtual*. UOC.
- Hoxter S, Zocchi G. (2015). *Consideraciones sobre un trabajo comunitario. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. (Hospital, Ed.) Obtenido de <https://tinyurl.com/rjftkgw>
- Huba M, Freed J. (2000). Learner-Centered Assessment on College Campuses: Sifting the Focus from Teaching to Learning. *Community College Journal of Research and Practice*(24).
- Huberman, S. (2000). *Cómo se forman los capacitadores. Arte y saberes de la profesión*. Paidós.
- Laddaga, R. (2006). *Estética de la emergencia*. Adriana Hidalgo Editora.
- Landau, M. (2009). El espacio como construcción semiótica. Análisis de materiales multimedia desde una perspectiva multimodal. En P. e. (comp), *Comunicación y Educación en entornos virtuales de aprendizaje*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Leal Guerrero, S. (2011). *La pampa y el chat. Aphrodisia, imagen e identidad entre hombres de Buenos Aires que se buscan y encuentran mediante internet*.
- Listovsky, G. (2006). *Formación de formadores. Una aproximación a los procesos de formación en el mundo del trabajo en salud*. Obtenido de <https://tinyurl.com/y5ued3qd>
- Listovsky, G. (s/f). *La Perspectiva de Educación Permanente y el rol del Formador*. Obtenido de <https://tinyurl.com/sc9yafj>
- Listovsky, G. (s/f). *Programa de formación de formadores para profesionales con responsabilidad de formación en los servicios hospitalarios*. (S. d. GCBA, Ed.) Obtenido de <https://tinyurl.com/yxn3dotc>
- Lomagno, C. (2006). Una experiencia de evaluación sistemática en capacitación realizada en el PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición). En M. E. Roschke, *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud. Experiencias y lecciones*. (pág. 119). OPS.
- MA. (21 de 08 de 2020). Entrevista virtual. (M. MC, Entrevistador)
- Martínez Bonafé, J. (1992). ¿Cómo analizar los materiales? *Cuadernos de Pedagogía*(203).
- MdY. (17 de 08 de 2020). Entrevista virtual. (M. Mosteiro, Entrevistador)

- Mehry, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Meueler, E. (s/f). *El arte del acompañamiento. Una contribución a la formación de adultos*.
- MG. (24 de 09 de 2020). Entrevista virtual. (M. Mosteiro, Entrevistador)
- Min.de Economía. (2002). *Presupuesto Nacional*. Obtenido de <https://tinyurl.com/h4brh5r9>
- Morin, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Odetti, V. (2012). *Curaduría de contenidos: límites y posibilidades de la metáfora*. Obtenido de <https://tinyurl.com/umz5r94f>
- Odetti, V. (2013). *El diseño de materiales didácticos hipermediales. El caso del PENT-FLACSO*. Recuperado el 16 de 09 de 2020, de <https://tinyurl.com/y4wnpjd>
- Odetti, V. (2016). Materiales didácticos hipermediales lecciones aprendidas y desafíos pendientes. En García JM, Báez M (Compiladores), *10 Años de FLACSO Uruguay*.
- Odetti, V. (s/f). *El diseño de materiales didácticos hipermediales para los niveles medio y superior: experiencias incipientes en Argentina*. Obtenido de <https://tinyurl.com/yffea454>
- Orellana López DM, Sánchez Gómez MC. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 205-222.
- Ramos S, Romero M, Aguilera-Ruiz A. (2015). *El ABC de la MSCF. Manual para el diagnóstico de la cultura organizacional en las maternidades*. UNICEF-CEDES.
- Rogers C, Freiberg HJ. (1996). *Libertad y creatividad en la educación*. Paidós.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Paidós.
- Thorndike, E. (1903). *Psicología educacional*.
- UNESCO. (2013). *UNESCO Policy Guidelines for Mobile Learning*. Obtenido de <https://tinyurl.com/csqli25j>
- UNICEF-CEDES. (2015). *El ABC de la MSCF. Manual para el diagnóstico de la cultura organizacional en las maternidades*.
- Vázquez-Cano E, Martín-Monje E, Fernandez-Álvarez M. (2014). *El rol de las e-rúbricas en la evaluación de materiales digitales para la enseñanza de lenguas en entornos virtuales de aprendizaje*. *Revista de Docencia Universitaria* (12).

ANEXO 1 - Grilla para la evaluación de Unidades Didácticas Virtuales⁸

1. Calidad de los contenidos	1.a Organización de los contenidos	Preguntas 1 a 23.
	1.b Aspectos conceptuales	Preguntas 24 a 28.
	1.c Contenidos de conocimiento y valores	Preguntas 29 a 32.
	1.d Discriminación	Preguntas 33 a 38.
2. Calidad del entorno visual	2.a Aspectos tipográficos	Preguntas 39 a 43.
	2.b Diseño de pantallas	Preguntas 44 a 47.
	2.c Calidad técnica	Preguntas 48 a 56.
	2.d Calidad estética	Preguntas 57 a 63.
3. Calidad del lenguaje		Preguntas 64 a 66
4. Calidad de hipermedia		Preguntas 67 a 73
5. Valoración general		Preguntas 74 y 75

⁸ Elaboración personal a partir de:

Barberá E, Badía A. *Educación con aulas virtuales. Orientaciones para la innovación en el proceso de enseñanza y aprendizaje*. Madrid, 2004.

Bartolomé Pina A. *Aplicación de las TIC a la educación*. San Salvador, 2005. Recuperado el 06-09-2020 de <http://www.lmi.ub.edu/cursos/masteres/c3/basica/texto.pdf>

Burgos Solans Daniel- Ruiz Mezcuá Belén *Normas de usabilidad de sitios web. Pautas de aplicación*. In-cognito Publications. Recuperado el 2020-09-02 de <https://tinyurl.com/yydsdfhp>

Cabero Almenara J, Duarte Hueros A. *Evaluación de medios y materiales de enseñanza en soporte multimedia*. Recuperado de <https://tinyurl.com/y57jzmub> el 2020-09-03.

Fave Pedrosa CE, Albuquerque de Sant'Anna VL. *El texto multimodal y la arquitectura de clase en la enseñanza a distancia*. Recuperado de <https://tinyurl.com/y5gdfaba> el 2020-09-03.

García F, Ortega Carrillo JA. *Instrumento de Evaluación de Unidades Didácticas Virtuales*, 2002. Recuperado el 30-08-2020 de <https://tinyurl.com/yxrggo6n>

Gutiérrez Martín A. *Evaluación de la comunicación en las aplicaciones multimedia interactivas*. Recuperado de <https://tinyurl.com/y4ne82fe> el 2020-09-03.

Kerbrat-Orecchioni C. *La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje*. Buenos Aires, 1997.

Martínez Bonafé J. *¿Cómo analizar los materiales?* Cuadernos de Pedagogía N° 203, 1992. Recuperado el 06-09-2020 de <https://tinyurl.com/yxcgefad>

Vázquez Cano E, Martín Monje E, Fernández Álvarez M. *El rol de las e-rúbricas en la evaluación de materiales digitales para la enseñanza de lenguas en entornos virtuales de aprendizaje*. Recuperado el 06-09-2020 de <https://tinyurl.com/y3l3gfou>

1. Calidad de los contenidos	a. Organización de los contenidos
	1. Si se trata de la primera unidad de un curso virtual, ¿Está precedida por un módulo de familiarización del estudiante con el aula virtual y sus recursos? ☐ Sí, excelente (claro, completo y amigable). ☒ Sí, aceptable (aunque admitiría mejoras). ☐ Sí, pero regular (poco claro, muy rápido, incompleto o difícil de comprender). ☐ No ofrece un módulo de familiarización con el entorno virtual.
	2. Objetivos a alcanzar. ¿Se describen al inicio de la UD? ☒ Sí ☐ No
	3. Calidad de la introducción y descripción del contexto: ☐ Excelente ☒ Buena ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales
	4. El alumno, ¿Puede elegir distintos itinerarios para el autoaprendizaje)? ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☒ Nunca
	5. La estructuración de la información es: ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Aceptable ☒ Admite mejoras.
	6. Unidad conceptual. Cada pantalla, ¿Representa una unidad conceptual de contenido, con un mensaje de significado completo? ☐ Siempre ☒ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca
	7. ¿Emplea infografías? ☐ A menudo ☒ Rara vez ☐ Nunca

	8. ¿Emplea mapas conceptuales? ☐ A menudo ☐ Rara vez ☒ Nunca
	9. Inclusión de datos objetivos: ☒ Aporta datos objetivos que refuerzan la exposición ☐ Aporta pocos datos objetivos ☐ No aporta datos objetivos a la exposición
	10. Relación con temas vinculados. ¿Se incluyen /mencionan otras cuestiones relacionadas con los nuevos conocimientos introducidos? ☒ A menudo ☐ Rara vez ☐ Nunca
	11. Referencias bibliográficas. La selección de referencias y citas es: ☐ Excelente ☒ Buena ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales
	12. Calidad del texto⁹: ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Aceptable ☒ Admite mejoras sustanciales
	13. Categorización de la información textual: ¿Usa recursos gráficos para establecer y distinguir diferentes categorías de texto? (diferentes tamaños de letra, color, negritas, itálicas, subrayado, recuadros, fondos, etc)? ☐ A menudo ☒ Rara vez ☐ Nunca

⁹ *Excelente* se entiende como pertinente, claro y conciso. *Admite mejoras* cuando resulta disperso, confuso, etc.

	14. Función de las imágenes: ☐ Portadoras de contenido propio ☐ Redundantes con el texto ☒ Decorativas ☐ No se incorporan imágenes
	15. Función de los audios/videos incorporados: ☒ Portadores de contenido propio ☐ Redundantes con el texto ☐ De ambientación ☒ No se incorporan archivos de audio o video.
	16. Calidad de las actividades / prácticas propuestas a los estudiantes. ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Aceptable ☒ Admiten mejoras sustanciales o no existen.
	17. ¿Existe algún tipo de tutoría sobre el resultado de las actividades? ☐ No ☒ Sí. ¿De qué tipo? Existe tutoría sobre dos foros: A y B. 18. Cantidad de actividades de verificación de la comprensión o de repaso. ☐ Excesiva ☒ Adecuada ☐ Escasa ☐ No hay actividades de verificación de la comprensión o de repaso 19. Modalidad de evaluación utilizada. ☐ Formativa ☒ Sumativa ☐ Ambas ☐ No hay evaluación 20. Calidad de la evaluación dentro de su tipo. ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales 21. ¿Se incluye con un banco de preguntas y respuestas (FAQ)? ☐ Sí, excelente (fácil acceso, bien seleccionadas, bien ordenadas). ☐ Sí, buena (fácil acceso, sobre algunos temas más críticos) ☐ Sí, regular (difícil de encontrar o acceder, escasos temas, poco claros) ☒ No cuenta con un banco de preguntas y respuestas (FAQ)

	22. En todas las páginas/pantallas existe un enlace de retorno al Inicio o al Menú Principal. ☐ Sí ☒ No
	23. ¿El material incluye ayudas instruccionales ¹⁰ ? ☐ A menudo ☐ Rara vez ☒ Nunca
	b. Aspectos conceptuales
	24. Vigencia de la información. ☒ Muy actualizada ☐ Actualizada ☐ Poco actualizada ☐ Desactualizada
	25. Claridad de la exposición: ☒ Excelente ☐ Buena ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales
	26. El material despierta la curiosidad y el interés de los usuarios ☐ A menudo ☐ Rara vez ☒ No particularmente
	27. Búsqueda de información, ¿Se alienta a los estudiantes a profundizar en nuevas fuentes? ☐ A menudo ☐ Eventualmente ☒ No particularmente

¹⁰ Entendidas como apoyos al proceso de aprendizaje bajo la forma de sugerencias, generalmente transmitidas por medio de íconos metafóricos, asociados a conceptos como *Recordar*, *Cita*, *Archivo*, *Definición*, *Tarea*, *Para debatir*, *Para pensar*, etc.

	28. La Unidad Didáctica, ¿Es capaz de generar en los usuarios procesos de identificación y proyección? ☐ A menudo ☒ Eventualmente ☒ No particularmente
	c. Contenidos de conocimiento y valores 29. Posible sesgo de los mensajes. Si sobre un tema existen diversos puntos de vista en la comunidad científica, el contenido es: ☐ Muy tendencioso ☐ Tendencioso ☒ Poco tendencioso ☐ Nada tendencioso 30. Dimensión ideológica. ¿Contiene el material representaciones y estereotipos? ¿Curriculum oculto? ☐ Sí ☒ No 31. Modelo de enseñanza subyacente¹¹. ☒ Transmisivo ☐ Constructivista 32. Reflexión sobre la práctica, ¿Se promueve en el estudiante la reflexión sobre su entorno laboral y sus prácticas cotidianas? ☐ A menudo ☐ Rara vez ☒ Nunca d. Discriminación 33. Adaptabilidad a saberes previos. El material es capaz de acomodarse a diferentes niveles de conocimiento previo en los usuarios. ☐ Sí ☐ No

¹¹ Se entiende por *Transmisivo* el modelo pedagógico que procura que el estudiante reciba y adquiera un conjunto acabado y cerrado de contenidos. Corresponden a este modelo *Materiales de contenido* que no apelan a la experiencia personal del estudiante.

Se entiende como *Constructivista* el modelo pedagógico en el cual el estudiante participe activamente para construir nuevo conocimiento o nuevas aplicaciones a partir de la interacción de premisas y la consideración de un contexto. Corresponden a este modelo los *Materiales que proporcionan soporte al proceso de construcción del conocimiento* y apelan permanentemente a la experiencia del estudiante en otros contextos.

	34. Neutralidad de género. Los contenidos:
	☐ Discriminan a la mujer ☐ Discriminan al varón ☐ Discriminan a L/G/B/T/Q ☐ No discriminan
	35. Neutralidad de clase. Los contenidos:
	☐ Se dirigen a una clase social específica ☐ Hacen distinción entre clases sociales ☒ No discriminan entre clases sociales ☐ Ejercen discriminación positiva hacia los más desfavorecidos
	36. Neutralidad de creencias. Los contenidos:
	☐ Dan por descontado un pensamiento único ☐ Discriminan al que piensa /cree algo diferente ☐ Se manifiestan expresamente respetuosos con las diferencias de pensamiento ☒ No hacen discriminaciones según las creencias /pensamiento
	37. Interculturalidad. En cuanto a las culturas o a los grupos étnicos, los textos y los contenidos:
	☐ Se dirigen a una cultura o grupo étnico específico ☐ Hacen distinción entre culturas y grupos étnicos ☐ Se manifiestan respetuosos con todas las culturas y grupos étnicos ☒ No hacen distinción entre culturas y grupos étnicos
	38. Correspondencia cultural e ideológica. Teniendo en cuenta las competencias cultural e ideológica del material y las de sus destinatarios, éste resulta:
	☐ Muy adecuado a sus destinatarios ☐ Adecuado a sus destinatarios ☒ Poco adecuado a sus destinatarios ☐ Mínimamente adecuado a sus destinatarios ☐ Inadecuado
2. Calidad del entorno visual	a. Aspectos tipográficos
	39. Diseño tipográfico. Se usa:
	☐ Una sola fuente ☐ Dos fuentes ☒ Tres o más fuentes
	40. Uso de las fuentes tipográficas:
	☐ Uso llano ☒ Uso con efectos (sombra, brillo, volumen, etc.)

	41. Aprovechamiento de las variantes tipográficas: ☒ Un único grosor de trazo ☐ Se usan normal/ negrita /itálica ☐ Amplia variedad de trazos (familia tipográfica amplia)
	42. Longitud de línea vs. legibilidad: ☐ Líneas de pocas palabras. ☒ Líneas largas, con tipografía pequeña.
	43. Interlineado vs. legibilidad: ☐ Suficiente “aire” entre líneas. ☒ Interlineado demasiado apretado (al final cuesta reencontrar nuevo inicio): ☐ Líneas dispersas (demasiado separadas).
	b. Diseño de pantallas
	44. Facilidad de comprensión.¹² ☐ Excelente ☐ Buena ☒ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales
	45. Eficacia comunicativa. ¿Salta a la vista el concepto central de la pantalla? ☒ A menudo ☐ Rara vez ☐ Nunca
	46. Claridad de la disposición general.¹³ ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales
47. Gratificación sensorial. ¿Es atractivo el diseño de las pantallas? ☐ Casi siempre ☒ Rara vez ☐ Nunca	

¹² *Facilidad de comprensión* entendida como *readability* (en inglés) es decir, el estilo de aquella interfaz no abarrotada con datos o información gráfica excesiva, que *no produce un exceso de carga cognitiva*.

¹³ La disposición del material es fácilmente comprensible sin explicaciones excesivas sobre su uso. No es necesario un “manual de usuario”.

	c. Calidad técnica
	48. El material es multiplataforma (se adapta a diversos dispositivos). ☐ Sí ☐ No
	49. El material cumple normas de accesibilidad (ciegos /disminuidos visuales /daltónicos /hipoacúsicos). ☒ Sí ☐ No
	50. Menú de opciones. ☐ Excelente ☐ Bueno ☒ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales ☐ Inexistente
	51. Barras de navegación ¹⁴ ☐ Excelentes ☐ Buenas ☐ Aceptables ☐ Admiten mejoras sustanciales ☒ Inexistentes
	52. El sistema de navegación es ☒ Lineal ☐ No lineal e interactivo
	53. Barras de estado: ☐ Excelentes ☐ Buenas ☒ Aceptables ☐ Admiten mejoras sustanciales ☐ Inexistentes

¹⁴ Se entenderá como *Buena* si mantiene constantemente informado al usuario sobre el lugar de la Unidad Didáctica donde se encuentra y le permite avanzar o regresar fácilmente a un determinado punto.

	54. Enlaces.¹⁵ ☐ Excelentes ☐ Buenos ☐ Aceptables ☐ Admiten mejoras sustanciales ☒ Inexistentes
	55. La interacción profesor(es)-alumno(s) ☐ Disponible por más de un canal (foro de dudas, correo, mensajería, otros). ☒ Disponible por un solo canal. ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto. ☐ No está prevista
	56. La interacción entre los estudiantes ☐ Disponible por más de un canal (foros, <i>café</i>s, listas de correos, grupos, etc.) ☐ Disponible por un solo canal. ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto. ☐ No está prevista
	d. Calidad estética
	57. Los títulos y subtítulos son:¹⁶ ☐ Muy buenos ☐ Aceptables ☒ Malos / Admiten mejoras sustanciales.
	58. Los recuadros son ☐ Claros y atractivos ☐ Aceptables ☐ Admiten mejoras sustanciales. ☒ No se usan recuadros.

¹⁵ *Buenos* se entenderá como interesantes, actualizados, verificados, enlazados a texto o a imágenes, etc. *Malos* se entenderá como pobres, desactualizados, caídos, no verificados, citados por separado, no acortados, etc.

¹⁶ *Buenos* se entenderá como breves, concretos, inequívocos, llamativos, orientadores, mantienen entre sí un hilo conductor y todas las páginas/pantallas están tituladas. *Malos* se entenderá como demasiado largos (más de una línea), imprecisos, oscuros, complicados, poco orientadores, redundantes, obvios, no mantienen entre sí un hilo conductor, no todas las páginas/pantallas están tituladas.

	59. Los íconos son: ☐ Originales, sobrios, atractivos. ☐ Aceptables y comprensibles. ☐ Pobres, poco comprensibles, discordantes con el estilo general, etc. ☐ Admiten mejoras sustanciales. ☒ No se usan íconos.
	60. Los botones o botoneras (acciones /accesos directos) son: ☐ Visibles, accesibles y eficaces. ☐ Poco visibles y accesibles, aunque eficaces. ☐ Difíciles de encontrar y acceder, o no funcionan. ☒ No se usan botones o botoneras.
	61. Espacios reservados al texto: ☒ Demasiada cantidad de texto / poco “aire” (espacio en blanco). ☐ Adecuada cantidad de texto. ☐ Demasiado espacio en blanco (no “anclado” a otros elementos visuales).
	62. Los espacios reservados a las imágenes resultan: ☐ Adecuados ☒ Insuficientes (escasas imágenes o “tamaño hormiga”) ☐ No hay lugar para imágenes.
	63. El fondo resulta:¹⁷ ☐ Adecuado ☐ Inadecuado ☒ No se usa fondo o está en blanco
3. Calidad del lenguaje	64. Corrección ortográfica: ☐ Buena ☐ Se detectan errores de ortografía
	65. Corrección sintáctica: ☐ Excelente ☐ Aceptable ☒ Admite mejoras sustanciales

¹⁷ Se entenderá *Adecuado* el que facilita la lectura e *Inadecuado* el que la dificulta o perturba.

	66. Adecuación el vocabulario: ¹⁸ ☐ Excelente ☐ Aceptable ☒ Admite mejoras
4. Calidad de los hipermedia	67. Calidad de las imágenes: ¹⁹ ☐ Excelente ☒ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales ☐ No se usan imágenes
	68. Adecuación de las imágenes y gráficos al texto: ☐ Excelente ☒ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales ☐ No corresponde (porque no se incluyen imágenes)
	69. Calidad de las animaciones: ☐ Excelente ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales ☒ No se incluyen animaciones
	70. Adecuación de las animaciones al texto: ☐ Excelente ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales ☒ No corresponde (porque no se incluyen animaciones)
	71. Calidad de los archivos de audio o video: ☐ Excelente ☐ Aceptable ☒ Admite mejoras sustanciales ☐ No se incluyen archivos de audio o video

¹⁸ Buena comprende definiciones precisas, familiares o comprensibles para la audiencia u oportunamente explicadas Mala se entiende como definiciones poco rigurosas, poco familiares o incomprensibles para la audiencia o no explicadas.

¹⁹ La Calidad visual de una imagen valora: la resolución para el tamaño, la exposición (brillo y contraste), el color, el enfoque, el encuadre y la composición.

5. Valoración general	72. Adecuación de los audios o videos al texto: ☐ Excelente ☐ Aceptable ☐ Admite mejoras sustanciales
	73. Condición legal de los <i>media</i> incluidos. ²⁰ ☐ <i>Media</i> con uso correcto de una licencia <i>Creative Commons</i> o <i>royalty free</i> ☐ <i>Media</i> con derechos adquiridos ☒ <i>Media</i> utilizados sin mención de <i>Copyright</i> .
	74. A su juicio, ¿La unidad didáctica contribuirá a modificar las prácticas (rutinas profesionales), la cultura institucional, etc., contribuyendo a mejorar la organización del efector y sus indicadores de impacto? ☐ Seguramente ☒ Algo ☐ Poco ☐ Nada
	75. Comentarios o cuestiones no incluidas antes. (<i>Respuesta abierta.</i>) Aunque la atención e interés de los alumnos suplirán probablemente la mayoría de las deficiencias y el material contribuirá a la modificación de sus prácticas, sin duda admite mejoras sustanciales para ediciones posteriores.

²⁰ La *Condición legal* de un *media* (imagen estática, audio o video) se refiere a. Los derechos de uso concedidos por el autor del registro (si no son *royalty free*) y b. Si las personas identificables en los hipermedia cedieron expresamente el derecho de uso de su imagen/voz para esa aplicación concreta (en caso de no haber sido anteriormente *de dominio público*).

ANEXO 2 - Entrevistas

Entrevista a CML²¹

P: La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz? ¿O es su punto débil, porque requiere más tiempo, más recursos (humanos y financieros) y más tutoría, y eso conspira contra su sustentabilidad?

R: La CeS es una estrategia que apunta a determinado tipo de aprendizaje de las prácticas donde, justamente, el hecho de ser artesanal es su *gran fortaleza*. Emerson Mehry, en su libro «*Salud: cartografía del trabajo vivo*», que trata sobre la formación del médico (aunque podemos extenderlo a la formación de cualquier trabajador en el campo de la Salud), habla de *tres portafolios* que hay según él: *tecnologías duras, tecnologías semi blandas y tecnologías blandas*. El abordaje de cada uno de estos tipos de contenidos implica distintas formas de aprendizaje.

Las prácticas en Salud que uno quiere abordar con la CeS son las *tecnologías blandas*, ese portafolio de acciones donde se producen, más estrictamente, las *prácticas de cuidado*, que tienen que ver con procesos de *escucha*, de *habla*, con *tratamientos terapéuticos acordados* con la población, prácticas que aportan a la construcción del sujeto político en Salud. Son procesos que comprenden el *acoger y abrigar*, el alojar a la población destinataria.

²¹CML es Lic. en Ciencias de la Educación. Trabajó desde 1999 en el Área de Capacitación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), como sucesora de la Dra. Cristina Davini; hasta 2004 siguió desempeñándose en la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil e integró luego el Equipo de Asesores de la Secretaría de Programas Sanitarios. Dentro del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue Jefa de Relaciones con la Comunidad del CESAC N° 41, Coordinadora del Programa de Salud Escolar dependiente del Hospital Argerich y Coordinadora del Programa de Facilitadores del Primer Nivel de Atención. Es Coordinadora Académica de la carrera de Especialización de Educación y Promoción de la Salud en la Universidad Nacional de 3 de Febrero (UNTREF). Actualmente se desempeña como Coordinadora de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) y realiza tareas de capacitación y comunicación en la Subsecretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria. Es también docente de Educación y Comunicación Alimentaria y Nutricional, en la carrera de Nutrición de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) y de Desarrollo Socio-cultural y Acción Comunitaria de la Carrera de Ciencias de la Educación de la UBA.

[Entonces] Si uno piensa en una visión integral de la salud, las *tecnologías blandas* –que son las que apuntan al corazón de las prácticas de salud con *calidad y calidez*– necesitan precisamente de lo *artesanal* y del contacto personal con los y las profesionales que uno pretende que reflexionen sobre su propio hacer. La comunicación amplia y empática solamente se pueden lograr si uno pone en juego estrategias de enseñanza y aprendizaje capaces de *subjetivar al otro*. El destinatario de la capacitación tiene que aprender procesos de subjetivación de otras personas.

Para que un miembro del personal de salud aprenda a subjetivar al otro, él mismo debe ser subjetivado y empoderado dentro del mismo proceso de capacitación.

Esto no aplica para *todos* los aprendizajes. Pero cuando uno pone en juego la CeS lo hace precisamente porque necesita mejorar el modelo de atención y el modelo de gestión, en una forma reflexiva, que fundamentalmente atienda a las necesidades de la comunidad. Ese proceso, entonces, es un proceso complejo, que no implica en términos de comprender, por ejemplo, una actualización sobre un tratamiento medicamentoso sino, básicamente, pensar la práctica *subjetivando al otro*, es decir, constituyéndolo como sujeto y protagonista, y no como objeto (*paciente*) de un tratamiento.

En realidad y volviendo a la pregunta, la fortaleza que tiene la CeS es justamente esta estructura artesanal: plantear un problema, que ese problema sea reflexionado junto con el capacitador, y poder buscar una solución que mejore ese modelo de atención o ese modelo de gestión, y que eso pueda mejorar la salud de la población. No es una metodología que se pueda aplicar para todos los problemas que uno tiene en Salud, en términos de capacitación. Sí para algunos; y para ese tipo de problemas lo que se necesita es, precisamente, este abordaje artesanal.

[Para eso es importante tener en cuenta que] la elección de cualquier estrategia de capacitación es siempre política, no sólo técnica –jamás lo es– y responde a un modelo de sociedad deseable y por lo tanto, de un modelo de salud deseable. La decisión de aplicar una determinada estrategia de capacitación responde a todo un contexto y a un modelo en todos los campos, en este caso un modelo de salud que se quiere alcanzar. [Por lo tanto, también] un modelo de organización social y comunitaria, en términos de proyecto ético-político, de un orden. Pueden hacerle creer que una determinada estrategia de capacitación puede ser *aséptica*. Pero no lo es. Los modelos de CeS en los que yo he participado, desde el que planteó en su momento Cristina Davini y luego yo he liderado, siempre tienen una visión general y política de la Salud que, por su-

puesto, es también una posición ética y que está pensando en un determinado modelo de Salud deseable. Por eso, cuando estamos hablando de *atender a las necesidades de la comunidad*, de *subjetivar* a las personas en el modelo de atención y, por lo tanto, de profesionales capaces de entender ese proceso y de llevarlo a la práctica, estás hablando de *un determinado modelo de salud*, cercano a la gente, que empodera a las personas como usuarios con derechos.

Es un modelo pensado en términos de *derecho a la salud* y en términos de lo que Mehry refiere como *tratamientos terapéuticos en conjunto con la población*. Se está cuestionando el corazón del poder médico, lo que Bourdieu diría *el capital simbólico* más fuerte del modelo *médico-hegemónico*, que es el único saber *direccional*, que *prescribe*. Mehry está dando vuelta eso; está poniendo en cuestión ese saber; está diciendo: “Hay un saber del profesional de la salud –en este caso, del médico– que, sin embargo, puede ser construido en conjunto con los saberes de la vida cotidiana de ese *paciente* o de ese usuario. (Mehry habla de esto en su libro «*Salud: cartografía del trabajo vivo*», en el capítulo IV.).

P: ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?

R: Muchas veces, la enseñanza distanciada se presenta como *políticamente aséptica*, como que todo es posible trabajando en entornos virtuales. Y eso es lo que hay que poner en cuestionamiento. Yo creo que ninguna estrategia de capacitación y de formación es *aséptica*; tienen una dimensión básicamente *política*, y es por eso que uno pone en juego una determinada estrategia, una determinada metodología y no otra. Incluso, dentro de los entornos virtuales puede haber una intención política muy diferente, [y eso apunta a la última pregunta] de trabajar con una visión puramente *transmisionista*, o de transmisión de conocimientos (subo archivos y hago alguna pregunta que me exija la reproducción de parte de lo que transmití) o puedo trabajarlo desde la visión de un sujeto activo que está creando, también en el entorno virtual. Básicamente, la definición es política.

Cuando se trata de prácticas que incluyen la empatía con el otro, en términos de sufrimiento, de cuidado, de *alojar*, hay algo que tiene que ver con el contacto e incluye todos los sentidos: la mirada, el contacto de la piel, el olfato, es algo del orden del contacto material con el

otro. Entonces es imposible pensar que se puede montar una estrategia de capacitación cuando lo que vos querés es que se *humanice* la atención, como derecho a la salud, si querés que se pueda observar una situación comunitaria y poder problematizarla, sin pensar que eso “atraviesa los tuétanos de la vida”, sin entender que hay algo de la emoción, de la observación, un montón de cuestiones que están siendo apeladas en este tipo de prácticas que hacen necesario un acercamiento y una capacitación *artesanal*.

¿Humanizar la atención por un medio no humanizado? Para algunas cosas es necesaria la CeS presencial y la transmisión *artesanal* de los modelos de práctica. Y esa es claramente su fortaleza.

Repregunta: –Entonces, ¿lo que subsistiría con más dificultad sería esta parte *blanda*? Porque con algo de habilidad se puede llegar a provocar un cuestionamiento sobre la propia práctica. Pero de ahí a poner la mirada sobre el vínculo entre las personas... es otra cuestión.

Sí. Pero [más allá de lo *interpersonal*] igualmente existen *efectos institucionales*. Los sistemas de salud, en tanto instituciones *totales* tienen una tendencia a la anomia. El patrón de la formación liberal de la mayoría de las carreras de salud hace que cada uno reproduzca, dentro de las instituciones, un trabajo del tipo del que haría en su propio consultorio y no un *trabajo institucional*.

A diferencia de la escuela, en donde se piensa que la directora desempeña un rol de conducción pedagógica que está históricamente *capitalizado* (en términos de *capital simbólico*), en los Centros de Salud las jefaturas son más bien *administrativas*, no llegan hasta las prácticas del consultorio y no se piensan acompañando y guiando las prácticas.

Esto no es magia: las prácticas de salud suelen responder a una matriz liberal: cada uno trabaja como si estuviera en su consultorio, poniendo sus propias reglas. Entonces, armar un proyecto de salud desde el punto de la *política de salud* necesita trabajar la mirada sobre ese colectivo institucional, y la mirada sobre ese profesional, diciéndole –*Tus prácticas le importan a alguien: las evaluamos, las seguimos, las felicitamos, las corregimos*.

Entonces la CeS produce otro efecto: el de crear pertenencia a una determinada política de salud. Lo que hace la CeS es garantizar que un determinado proyecto de salud pueda ser comprendido y apropiado, dando oportunidad a que los equipos de salud se apropien de un proyecto

de salud –ya sea nacional o local, de la jurisdicción–, que puedan entenderlo [en sus objetivos] y empezar a cambiar esa matriz de pensamiento (que piensa) “–Yo voy y atiendo como si fuera en mi consultorio privado, no importa si estoy en Centro de Salud o en un servicio hospitalario.

Esta es la verdadera dimensión política, que solía ser motivo “de pelea” con las áreas técnicas, que proponían seleccionar y enviar capacitadores muy expertos en un tema en particular. Mandar a un experto a enseñar “un tema” es una visión reduccionista y fragmentaria tanto de lo educativo como de la salud. En realidad, los objetivos tenían que ver con que esos contenidos se vieran en un determinado contexto de atención. Y esa es, básicamente, una definición política.

En general, las áreas técnicas [o *sustantivas* como se las llamaba entonces] querían contratar a expertos en un tema, con la idea de “llevar al experto y sentar a la gente en el aula para que les *bajara* los contenidos”. Y eso no era la elección institucional que hacíamos como *Área de Capacitación*. Por ejemplo: la atención de Neonatología no depende solamente de que los miembros del equipo sepan poner una sonda mejor o peor... Inclusive, propuestas acerca de cómo tratar a los padres se planteaban como una disertación acerca de lo que hay que hacer o decir. Es una discusión “de siempre”, desde que empecé...

Dentro de PROMIN, pensábamos todos más o menos de la misma manera. Cuando pasamos a integrarnos con el área de Maternidad e Infancia histórica del Ministerio, había *choques de modelo*.

Entonces hay que tener la decisión y saber *disputar con las distintas miradas*: saber negociar con lo que los otros te van a plantear, decidir hasta dónde vas a ceder... Es un juego de habilidades que hay que tener cuando uno gestiona un programa de capacitación. Hay que poder entender cuál es el contexto político, cuáles son las distintas visiones que tienen tus interlocutores o los que están tomando decisiones con vos, para poder ofrecer alternativas a eso sabiendo dónde te tenés que parar para conceder.

Justamente, *las habilidades de coordinación y gestión de un programa de capacitación están centradas en eso*. Y las habilidades necesarias para llevar adelante un programa de CeS también son habilidades políticas. Tanto en relación con las decisiones a nivel central (como puede ser el Ministerio), como las decisiones de las distintas jurisdicciones, o las decisiones de las unidades más chicas con las que vos trabajás [cada efector] vas a tener que mediar y utilizar dis-

tintos tipos de estrategias para poder instalar esa modalidad. Porque no todos van a tener la misma visión en torno a lo que hay que hacer en Salud.

Repregunta: –Ahora bien. En este momento estás haciendo la experiencia de ser docente universitaria virtual y, de hecho, transmitís o instalás esta perspectiva *política* de la capacitación. ¿Habría o no habría maneras de que la capacitación virtual no sea transmisiva, sino que tenga este encuadre? ¿O para eso es imprescindible la tutoría, por lo menos de parte de alguien que se fije en lo que estás haciendo y pueda tener un diálogo con el que aprende.

Hay muchas cosas que se podrían hacer en entornos virtuales. De hecho, muchas de estas cosas como la discusión de sentidos, y la puesta en contraposición de distintos modelos, permitiendo luego que la gente piense qué modelo quiere llevar adelante... eso se podría hacer. Pero vuelvo a lo que dije al principio: hay contenidos que se podrían virtualizar, aunque no todos.

Es imprescindible, en un momento de esa estrategia de capacitación, que haya un acercamiento entre lo que nosotros llamamos, desde lo pedagógico, lo deliberativo de las prácticas respecto de la disociación instrumental. Porque una de las cosas que se observa mucho cuando uno trabaja sobre prácticas, es decir, sobre saberes llevados a la realidad y en interacción con otros, es un distanciamiento *entre lo que se dice que se va a hacer y lo que se hace, o entre lo que se piensa que se hace y lo que realmente se hace*. El tema del que acompaña, al lado del que está haciendo, es la posibilidad de observar para luego reflexionar con el otro acerca de qué hizo, cómo lo hizo.

Muchas veces eso se suplanta con grabaciones. En determinado momento, cuando yo era profesora de prácticas docentes, grabábamos al practicante y después, entre todos, mirábamos esa grabación para *traer al aula la realidad de lo que había pasado*. Lo que no se puede obviar, cuando se está trabajando con prácticas que implican lo actitudinal, es la posibilidad de que haya alguna observación in situ (o mediada, si hubo una grabación) de esa práctica tal como ocurrió. Y esa práctica, en la grabación, te da *una mediación a destiempo*. Es muy distinto si hay un tutor presente cuando eso está sucediendo, o si vos lo mediás. Son todas estrategias que se pueden utilizar. Pero en todas vos ganás o perdés algo.

[...] Eso es el corazón de la capacitación en servicio. No importa de qué medios tecnológicos se disponga. Puede ser que haya un observador no-partipante en la acción, o que la acción

se registre de manera fidedigna para que no se pierda ningún detalle que después se pueda analizar. Pero ahí hay algo del cuidado de las personas, también. Puede que se haya cometido un error técnico, o que se haya tomado una mala decisión, o que se haya tratado mal a la paciente; pero ahí debe haber algo del orden de la empatía, para poder decirle a otro –*Fíjate qué te pasó...* Algo que tiene que ver con la dimensión de estas *tecnologías blandas* de que hablaba Mehry: cómo vos le marcás al otro un cambio en su práctica. Eso es algo que necesita de la mirada del otro. Necesita, inclusive, la mano del otro sobre el hombro diciéndole –*No te angusties...Esto se puede mejorar.*

Es decir: hay una dimensión de la formación en actitudes que no puede prescindir del contacto humano. Las prácticas educativas –y, por lo tanto, las prácticas de capacitación– tienen una dimensión política, una dimensión institucional y una dimensión que tiene que ver con la posibilidad de que el otro entre en conflicto cognitivo y algo cambie a partir de ese conocimiento nuevo. Y eso a veces sólo es posible desde una visión humanizada, subjetivada por uno y otro.

Ese tipo de aprendizajes solamente se pueden dar *in situ*. No hace falta que todos sean así. Pero algunos tienen que ser así. Necesitan la relación entre humanos. Porque estamos hablando de prácticas destinadas a humanos; entonces tienen que ser prácticas humanizadas. No se puede hablar de la humanización de un sistema de salud si no hay una capacitación que humanice. Por eso, en ese punto, la capacitación en servicio debe ser presencial. Al menos para algunas actividades o áreas *críticas*. Hay otros temas que no lo requieren. Pero en estos temas, que son el corazón de la CeS, es imprescindible.

En otras palabras: la estrategia de CeS pretende, precisamente, este tipo de cambios o de aprendizajes, que tienen que ver con las prácticas, para que se logre una mayor reflexión de los y las profesionales de la salud acerca de su implicancia en el trabajo con los otros. Es una estrategia para eso.

Para aprender otros contenidos, destrezas, por ejemplo una reanimación cardiopulmonar, la única forma en que el otro puede aprender es practicándola. Eso puede ser virtual, pero tiene que haber alguien mirando si lo está haciendo bien. No basta con “estudiar en el libro” [o en la pantalla] cómo se hace. Hay que hacerlo. Y cuantas más veces se haga, mayor será la automatización. Entonces, también hay que tener en cuenta que cuando uno quiere enseñar una destreza hace falta la práctica intensiva de esa destreza.

Cada objetivo de la capacitación tiene también sus propios requerimientos didácticos.

El aprendizaje tiene distintas dimensiones, que se corresponden con distintos objetivos. Una destreza no se puede aprender si no se practica. Y, al mismo tiempo, una actitud no puede ser modificada si no hay un encuentro con otro.

Y alguien tiene que *mirar* tu práctica para poder cuestionarla y corregirla si es necesario. El arte de curar siempre se transmitió según la figura de un *maestro* que le enseñaba al otro *cómo hacerlo*. La CeS, como tal, no deja de ser una conceptualización de una práctica preexistente. Desde mucho antes existían –y siguen siendo una parte de las carreras de formación en el área de la salud– las residencias médicas y del equipo de salud. Por lo mismo se suele pasar, cuando es posible, por prácticas en un modelo, sobre un maniquí. Pero aun en esos casos hay alguien que te está guiando hasta que el que aprende lo puede hacer autónomamente. Porque implica destrezas, la comunicación con el paciente, la comunicación con la comunidad. No sólo el procedimiento en sí, sino también para qué le va a servir, qué posibilidades y qué riesgos tiene, que el otro de un consentimiento *verdaderamente* informado... Todo eso implica habilidades que van más allá del acto médico en sí.

Por eso decimos que, cuando lo que producimos en Salud son *cuidados*, entramos en una dimensión superadora que no sólo incluye el acto terapéutico en tanto práctica concreta sino también ese maletín de las relaciones imprescindibles en las prácticas de salud, que quedarían *incompletas* si no la tienen en cuenta, considerando que siempre van dirigidas *hacia un otro*.

Entender eso implica entender que cualquier programa de capacitación que vos pongas en marcha tiene que contemplar todas esas dimensiones. Y hay aspectos de esas dimensiones que son *artesanales*, que no es posible obviar, y que implican el *contacto empático* entre el capacitador y los destinatarios, que necesitan del contacto humano porque estamos hablando de la subjetividad. Hay cuestiones que sólo pueden ser efectivamente *enseñadas* en la capacitación en servicio presencial.

[En torno a la posibilidad de hacer un curso virtual para capacitar a los profesionales con contacto con la población en la detección, atención y derivación de los casos de Abuso Sexual Infantil.]

En un Centro de Salud, por ejemplo, el problema no es solamente que haya un profesional sensible para detectar, por ejemplo, el Abuso Sexual Infantil.

Primero, que lo haga un solo profesional –lo que lo constituiría como *el experto* en ese tema– es un problema porque los problemas sociales complejos no aparecen en *un* consultorio solamente. No aparece una persona que va a consultar y dice –*Creo que mi hijo está abusado...* Es en el curso de la circulación de un paciente por el Centro de Salud cuando emerge esa sospecha. Entonces la idea es que eso tiene que ser una formación integral de todo el equipo sobre la pesquisa del abuso. No sirve el solo hecho de tener *un experto*. El experto sirve cuando la pesquisa ya detectó el caso, para profundizar el abordaje.

En segundo lugar, cuando hablás de Abuso Infantil, *la contrapartida preventiva de eso es trabajar sobre las pautas de crianza*. Entonces, no podés pensar en una intervención en una institución para abordar algo para lo cual no plantees, en contrapartida, cómo trabajar en esa comunidad preventivamente ese problema que está sucediendo. Es otra cabeza. La cabeza que razona así: –*Si yo fortalezco, como acompañamiento, los dispositivos de crianza en un Centro de Salud, a partir de espacios de reflexión de madres, padres y cuidadores, así voy a prevenir el Abuso Sexual Infantil mucho mejor que si formo a un profesional como experto en detectarlo*. No es excluyente, pero no puede excluir lo preventivo: qué hago para que no suceda o suceda menos.

La capacitación de un profesional en ese tema es condición necesaria pero no suficiente para abordar el problema, fundamentalmente en un primer nivel de atención (o también en un servicio). Tengo que hacer posible a las madres o a las familias fortalecer la crianza de esos niños y niñas, y que esos efectores de primer nivel empiecen a pensar dispositivos de desarrollo infantil, por ejemplo. En otras palabras, que también haya proyectos que fortalezcan el acompañamiento de la crianza.

P: ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en formas nuevas y sofisticadas de transmisividad?

R: Como en todo, *la definición de los problemas no es neutral*. Cuando para evitar las consecuencias de un problema armás *programas verticales*, estás pensando de una determinada forma; estás pensando en una práctica más *asistencial*. Yo prefiero pensar la solución como una práctica más integral, que incluya lo preventivo, lo promocional y lo asistencial. En eso tiene que haber un equilibrio. Y cuando pienso un programa de formación o de capacitación, pienso el problema globalmente y lo gestiono globalmente: qué hago para esto, pero también qué hago para esto otro, para fortalecer, para prevenir.

Entonces, para eso hay que conocer mucho el sistema de salud, haber estado adentro mucho tiempo, entender cuáles son las resistencias, los pequeños poderes que se van armando... porque existe una tendencia a cada uno que se apropia de un saber *como especialista* empiece a tener un capital simbólico dentro de la institución. Eso es lo que ha hecho el sistema de capacitación tradicionalmente: va formando *expertos* para concentrar el saber en unos pocos. Además, esa concentración descarga de responsabilidad a todo el resto, que suele ser la mayoría: “—*Que se ocupe el que sabe....* Y eso va *vaciando un proyecto institucional*, por ejemplo, de un Centro de Salud o de un servicio.

Por eso insisto en que todo parte de *una definición política, que tiene consecuencias técnicas*. Pero para distinguirlo hay que tener una visión política de la salud y una visión de la capacitación que se corresponda con esa visión política.

Me refiero a que la decisión que una determinada organización construye dentro de este proceso tampoco es neutral. Si elegís a alguien que desconozca todo esto para que conduzca el proceso, a veces lo hacés porque no sabés (lo que muchas veces pasa en personas que llegaron a lugares de conducción ya sea por relaciones o bien porque son *superespecialistas en algo*, lo cual suele ser innegable, mientras desconoce un montón de otras cosas...)

Cada área cuenta con una *expertise* en su propia gestión. Sin embargo, en la gestión pública, muchas de esas *expertisses* se desdibujan. Si vos pensás que todo se trata de organizar un grupo de expertos para que trabaje sobre una problemática... eso es una habilidad y está bueno que así sea, pero no es la única habilidad que se necesita. Después hay que ayudar a las jurisdicciones a poder darle continuidad a eso.

Aparte está la fantasía que se suele tener desde *Nación*, o desde Buenos Aires, de que en las provincias existe siempre un referente o responsable para cada programa. A veces las autoridades locales se sinceran: “—*Ustedes, los de Buenos Aires, piensan que cada programa tiene un alter ego en la provincia para cada programa. Y acá hay una sola persona que ataja todo...!*

Lo cual, paradójicamente, ayuda a reunir bajo una visión integral todo lo que es *fragmentado*, precisamente, por la multiplicidad de programas e iniciativas. Sin embargo, “el/la que ataja” no siempre tiene estas habilidades de integración y trata de responder a cada programa según cada programa decide o pide que debe ser la capacitación. Entonces se llenan de capacitaciones sin ninguna integración. Y eso fragmenta nuevamente al sistema de salud, contribuye a *que se acu-*

mulen micropoderes dentro de las instituciones de salud y, por el otro lado, *no es eficaz* porque a la población no le solucionan los problemas.

La formación y la capacitación en todas las áreas, pero especialmente en el área de Salud, son algo crucial. Si se las piensa centradas en los saberes médicos, si se piensa que se pueden hacer sin ningún tipo de formación especial, *eso tiene sus consecuencias*. Porque supone desconocer que la formación de profesionales para la atención de personas necesita también de otros saberes *no-médicos*, que los médicos *per se* no tienen porque no los forman para eso. En general, alguien formado en las ciencias sociales está más cerca de eso. Y ocurre que hay una tendencia a atribuir al saber médico una totalidad, se acrecienta el abroquelamiento como corporación desde una visión ideológica fuerte, que reproduce un modelo de salud con tendencia a las prácticas descontextualizadas del acto médico. La Residencia Interdisciplinaria en Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), en que 11 disciplinas se forman juntas, como otras residencias interdisciplinarias en salud, trata de abordar esta tensión en la formación: todos los saberes de cada disciplina se ponen en juego para resolver los problemas en salud de forma integral.

Atrás de eso hay una definición ideológica muy clara. No sólo respecto de un modelo de Salud, sino también respecto de un modelo social, en términos de política pública. Si pensás en la integralidad de la Salud y en problemas sociales complejos, estás apuntando a (y cuestionando) la acumulación desigual de poder en Salud. Es una disputa cotidiana en [torno a] las maneras en que uno enfoca también la gestión de la capacitación.

Volviendo al tema de la CeS, en realidad, en su corazón hay una disputa ideológica por un modelo de salud y un modelo social.

Entrevista

a

MdY²²

P: La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz?

²²MdY es Lic. en Sociología. Trabajó desde 1993 en el Área de Asistencia Técnica a Proyectos PROMIN sin Inversión. Desde 1999, en el Área de Capacitación de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Entre 2005 y 2016 fue Coordinadora del Área de Capacitación y Gestión, de la entonces Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

R: Para responder a esta pregunta tengo que empezar por una descripción del marco donde todo esto se fue dando. Nuestro sistema de salud está **fragmentado**, con desarticulación entre el nivel central y los niveles operativos, entre los distintos niveles operativos, e incluso entre servicios. El paciente fluye a través del sistema sin una coherencia integradora. Ese es un primer problema.

El programa materno-infantil nacional (al igual que el resto de programas de nivel central), asesora, “baja” protocolos, provee, acompaña, etc., pero no incide directamente sobre los servicios (éstos dependen de otra autoridad diferente según la jurisdicción: Jefatura de Hospitales, del Primer Nivel, etc.).

Por otra parte, tradicionalmente, los programas, en general, ofrecían una capacitación relacionada con lo **normativo**, los protocolos, lo que *corresponde que se haga*, lo que *dictan* las áreas sustantivas. Una capacitación *áulica*, escolarizada. En eso consistían, por lo general, los cursos, los talleres, orientados a *transmitir*.

Muchas veces se trata de optimizar las prácticas, incrementando el caudal de cursos con transmisión de conocimientos específicos sobre las prácticas médicas. Sin embargo, aunque la intencionalidad es buena, las más de las veces el impacto es bajo porque lo que en realidad obstaculiza la calidad de atención en las prestaciones es el caos de los servicios y la ausencia de jefaturas/liderazgos concretos en cuanto a la organización/gestión de los mismos.

Muchas veces se conoce todo el deber ser en cuanto a las más sofisticadas actualizaciones médicas, sin embargo no terminan de encarnar en los servicios y, por ende, quedan muy lejanas a la población receptora de las mismas.

Esta hipótesis nos llevó a encarar no sólo el mejoramiento de las prácticas médicas concretas, sino también el abordaje con asistencia técnica y capacitación para la reorganización de los servicios.

Un tercer **nudo crítico** que enfrentamos es propio del sistema de gobierno federal de nuestro país. A veces hay problemas, cuestiones en las cuales la nación tiene **poca injerencia**, no tiene directa intervención, más allá del acompañamiento que pueda hacer.

Esos tres nudos hicieron necesario transformar la idea de capacitación. Al ser un tema de sistema, decidimos pasar de un enfoque *normativo*, *programático*, a lo que sería un enfoque más *sistémico* y más *territorial*.

La Capacitación en Servicio (CeS) tiene la virtud del trabajo y el contacto con el sistema. La posibilidad de *levantar* las problemáticas y trabajarlas con los únicos que pueden trabajarlas, que son los actores que intervienen.

Para lograr estas transformaciones, básicamente de gestión, hace falta que todos los actores involucrados en la implementación de programas y prácticas, dentro del sistema de salud, intervengan como eslabones y partes de una misma cadena: así: Nivel Central (decisores políticos y responsables técnicos), y Nivel operativo (armado y fortalecimiento de Redes)

Ahí empezó a configurarse en el Área la necesidad de incorporar la **planificación estratégica** (PE), un proceso de construcción colectiva con todos los actores que de algún modo (directa o indirectamente) están involucrados en el proceso de cambio buscado. La PE implica un espacio político-técnico donde intervienen representantes de todos los sectores del sistema, para poder, primero, poder *consensuar el problema*, lo cual da lugar a un **diagnóstico**. A partir de ahí se genera un *plan de acción* consensuado por los propios actores y es el único modo de viabilizar y sustentar las acciones futuras.

Ahí es donde, recién, se insertarían los capacitadores en servicio. Luego de un proceso diagnóstico y de propuestas de actividades concretas para la resolución de problemas, se incorpora a este escenario la capacitación. **Después.** Y no con el clásico criterio de transmisión de conocimientos en un contexto áulico y académico, sino como capacitación en el servicio, usando como palanca, como motor del aprendizaje, el propio escenario laboral.

Para mí esto fue fundamental porque significó agregarle un soporte a la capacitación en servicio que antes no tenía. No se trata de capacitar con *un mejor método*, con el que el capacitador aterriza y transforma la realidad, mágicamente, por sus propias virtudes, sino que la capacitación llega **como un eslabón más de una cadena en la que antes se hizo todo el trabajo de problematización consensuada, planificación consensuada de acciones** y, sólo ahí, cuando se plantea “–A ver, cómo hacemos esto que decidimos hacer entre todos...”, sólo ahí aparecen los capacitadores. Es un proceso completamente distinto.

La CeS tiene virtudes, para mi gusto muy por encima de cursos y talleres (que tienen su función, pero muy específica y delimitada en el tiempo y dentro de un proceso). Tiene ventajas como el contacto con todos los actores que intervienen en el cambio. Más allá de que esos actores “aprendan un protocolo”, **lo importante es que problematicen, dentro del espacio laboral en**

que están trabajando. Que se piensen, juntos como equipo, llevando a la práctica estos protocolos.

¿Por qué es importante esto? Porque en un curso los alumnos van, aprenden *lo que hay que hacer* y después vuelven a su lugar de trabajo y se agarran la cabeza porque no saben cómo hacerlo. O saben cómo hacerlo pero es difícil pelear contra todas las barreras y dificultades. A diferencia de esto, el Capacitador en Servicio se inserta en el servicio, conjuntamente con ellos va *tutoreando* esos cambios y, a la vez, **van cambiando así la cultura organizacional**, las actitudes, el desempeño, las modalidades, gracias al protagonismo de los equipos. En realidad, son ellos los que *hacen* el cambio.

Por eso los efectos, los cambios que produce son más sostenidos en el tiempo que los de un curso, ya que tienden a la institucionalización de dichos cambios. En mi experiencia, cuando uno va a las provincias, es difícil encontrar personal de salud con gran *desconocimiento* de las temáticas. Como después resulta que fallaban y los números de los indicadores que nos llegaban a Nación eran no eran tan buenos como se pretendía, la primera reacción era (decir) – *¡Hay que capacitar!* Y resulta que, en la mayoría de los casos, no era que esa gente no supiera cómo hacerlo sino que a veces no se hace por múltiples problemas.

Ojo: yo no voy a desmerecer el hecho de que hay temáticas nuevas, o que necesitan actualizaciones constantes. Todas las innovaciones hacen necesario dedicarle un espacio a los protocolos, a las normativas. Pero después, para que eso se lleve a cabo, hay que trabajar codo a codo con los equipos, en los servicios, para ir viendo qué cuestiones de la gestión hay que cambiar para que esto ocurra y llegue a la persona que lo necesita.

No es desechable el espacio de transmisión de **contenidos**.

Las áreas sustantivas dictan el qué, todos los protocolos *médicos* que emanan de la política pública (el modo como *se deben* atender determinados casos). Pero esas áreas sustantivas deberían permitir que **las áreas de capacitación crucen ese qué con el cómo hacerlo**. Ahí se daba a veces el conflicto. Porque el área sustantiva siempre se visualizó en el rol del capacitador que iba directamente a la provincia *a capacitar*. Y sabemos que, por lo general, iban, *daban el curso*, y se volvían. Y a lo mejor volvían a repetir el curso al año siguiente, y al siguiente, porque costaba que impactara.

Entonces, desde el Área de Capacitación, decíamos: –Así no. Hace falta un seguimiento del tema desde los servicios, que vayan sistemáticamente a trabajar en este proceso de instalación, porque no es sencillo instalar una práctica nueva en un sistema con las dificultades de que hablábamos antes (la desarticulación entre el primer nivel y el segundo, más la desarticulación entre los niveles políticos centrales y las jefaturas de los servicios...) En medio de todo eso, el paciente deambula con mucha dificultad y con mucho *rebote*... No es sencillo instalar una práctica nueva.

Por otra parte, el hecho de que las áreas creyeran, en muchos casos, que bastaba con *ir a* capacitar y que creyeran que con eso solo impactaban, tenía otra dificultad: el número de capacitadores directos a nivel central es finito; no podés abarcar todo un territorio nacional. Necesariamente tenés que recurrir a *brazos* que lo hagan, pero no abandonándolos.

Una cosa es recurrir a un profesional y decirle, por ejemplo: –*Andá y capacitame a la gente en Reanimación Cardiopulmonar*. Y otra cosa distinta es que esa capacitación: 1° sea *en servicio* 2° haya sido producto de *una problematización conjunta*, hecha por todos los actores que intervienen (y cuando digo todos los actores estoy incluyendo los niveles políticos (acordate, que nosotros generábamos un espacio político-técnico). **En definitiva**, estoy hablando de nuevo de la **planificación estratégica**, una herramienta común a muchas disciplinas.

Por supuesto, antes de eso, para que esa *ronda* de diagnóstico participativo fuera viable, requería de un trabajo previo con el nivel de ministros.

Por otra parte, quiero remarcar algo, aunque no soy pedagoga. Esto tiene que ver con la diferencia entre el aprendizaje de los niños y el de los adultos. Los adultos no aprenden igual que los niños. Los niños aprenden por interés, por curiosidad, entre otros factores. **Los adultos aprenden a partir de lo que necesitan y lo que les resuelve un problema.**

La cultura organizacional habla de los cambios actitudinales y de desempeño que se logran a partir de la posibilidad de insertarse en un proceso, poder problematizar sobre lo que me pasa, que es un paso importante. (Es como en la terapia, ¿viste? Cuando podés ver lo que te pasa, tenés un porcentaje ganado; después, lo que resta para que sea eficaz es la acción del equipo, la acción de la gestión del trabajo.)

Todo esto implicaba distintas concepciones que estuvieron en juego todo el tiempo. No siempre fue fácil de acordar.

Por ejemplo, quedaron rémoras de la capacitación transmisiva en, por ejemplo, la necesidad de *cuantificar* los resultados de la capacitación en términos de *metas físicas*. Concretamente, en “cantidad de personas capacitadas”, como si la asistencia (y –eventualmente, no siempre– la satisfacción de un determinado *test* tuviera *per se* alguna consecuencia sobre la transformación del modelo de atención. Lo cual nos lleva a otra cuestión: ¿Cómo medir el impacto de la capacitación, cuando es un proceso que hay que sostener a lo largo del tiempo, en el cual los protagonistas capacitados siguen siendo más o menos los mismos a lo largo del año?

Sin duda, es una metodología de continuidad y ahí está su efecto. Ahí viene la (errada) idea de comparar costo de pasajes y viáticos con “cantidad de personas capacitadas” como si fuera una cuenta directa de costo-beneficio. (Sin contar la diferencia conceptual entre *gasto en Salud* e *inversión en Salud*.)

P: ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?

R: En este contexto, diría que la Capacitación en Entornos Virtuales puede ser una herramienta muy eficaz de transmisión de contenidos y puede tener su función. **Pero no constituye en sí misma una estrategia de Capacitación en Servicio. Sí puede complementarla.** Puede pasar, por ejemplo, que durante un proceso de CeS se observe, como necesidad, la de tener un espacio para compartir contenidos y normas. Para reforzar conocimientos.

Lo que no pueden es remplazar la presencia junto a los equipos, la continuidad del seguimiento de los problemas.

De hecho, en varias oportunidades trabajamos no sólo en espacios de transmisión específica de conocimientos, sino haciendo intercambios entre servicios, resolución de casos, espacios de consulta, incluso resolviendo a veces cuestiones a distancia, y fue muy interesante.

Y tendrían que hacerse, en lo posible, con tutor. La tutoría es muy importante porque ese intercambio precisamente es lo que cambia los desempeños de la gente y facilita la transformación: el contacto con el docente conocedor del tema.

No sería incompatible empezar por la norma. Sin embargo, en realidad, la práctica en esa dirección empezó muchas veces y no siempre se llegó luego a la etapa de transformación. Y ante

la insuficiencia de la pura difusión de los contenidos, nos pedían que intentáramos algo distinto. El conocimiento de lo normativo puede llegar a ser un disparador.

A partir de 2005 viajaban los capacitadores cada mes y medio aproximadamente, y cuando se podía, también el responsable de la capacitación de esa provincia y el responsable por la provincia del área sustantiva. Después de 3 o 4 días de capacitación, se reunía lo que se llamaba la “mesa de gestión”, una mesa de trabajo evaluatorio y de puesta en común de problemas detectados a través de la capacitación y en cuanto al sistema. ¿Quiénes tenían que estar ahí? El jefe del programa materno infantil, la dirección de hospitales, el jefe del Primer Nivel de Atención.

En algunas provincias ocurría que al no priorizarse ese espacio estratégico, a veces por no tener políticamente todo el apoyo necesario, no participaban todos los que esperábamos y, muchas veces, terminábamos teniendo una reunión simplemente con la gente de Maternidad e Infancia, o gente del servicio; ni siquiera con el Director del hospital. Ese tipo de viajes eran, desde mi punto de vista, de bajo impacto.

P: ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en formas nuevas y sofisticadas de transmisividad?

R: El peligro está. No es sólo una pelea técnica e ideológica. También de intereses.

Si se piensa la capacitación como un “gasto” (cuando, en realidad, es una inversión), la capacitación en entornos virtuales podría pensarse como “más barata” que trasladar capacitadores, aunque lo desconozco.

Sin embargo, el cálculo es “más macro”. Si la estrategia de CeS logra transformar un modelo de atención de deficiente en eficiente, a la larga, también en términos económicos termina por ser más barato. Si puedo captar y seguir a una persona antes de que se enferme, para que no lo haga, y, si se enferma, para que se resuelva antes de agravarse y consumir recursos de complejidad, también estaré ahorrando.

Si se mira bien, una estrategia que no transforma los procesos de gestión y los modelos de atención de manera integral, termina siendo más cara porque no resuelve los problemas y hay que seguir viajando, un año tras otro, por los mismos temas. También se juegan intereses económicos en uno y otro caso.

El verdadero peligro está en remplazar los procesos de transformación por procesos de transmisión simplemente normativa.

Entrevista a MA²³

P: La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz? ¿O es su punto débil, porque requiere más tiempo, más recursos (humanos y financieros) y más tutoría, y eso conspira contra su sustentabilidad?

R: En realidad, las dos cosas son ciertas y es una decisión a tomar. Es artesanal y personalísima. Debe ser así. Adaptada a cada contexto, cada grupo humano al que se orienta. Inclusive dentro de una misma provincia o jurisdicción no es el mismo el perfil médico de un área como Obstetricia que el de Neonatología. Eso lo hace más artesanal todavía. Otro tanto respecto de la diferencia, por ejemplo, entre los médicos y el personal de Enfermería. (En general, el “hueso más duro de roer” para la capacitación es el médico.)

También es cierto que esto mismo la hace más costosa, no llega a todos sino a unos pocos por vez ni por igual (en un mismo equipo puede haber algunos muy receptivos y otros muy más duros, donde hay que trabajar más para llegar y, a veces, no se llega).

La CPeS involucra un esfuerzo mayor de presencia física. Más allá de todos los acuerdos previos necesarios para que todo esto suceda, implica trasladarse a una provincia, meterse a trabajar junto con el equipo de un servicio, un compromiso mucho mayor de parte del profesional que está intentando encontrar **nudos críticos** de manera conjunta con el profesional capacitado, sin ponerse en el lugar de “yo sé y te voy a explicar” (porque somos colegas, no te voy a decir lo que los dos aprendimos en la universidad porque lo sabemos los dos), pero trabajando juntos te puedo preguntar, por ejemplo, por qué esta práctica la realizan ustedes de este modo, si tienen alguna experiencia de que así es mejor...

Es un trabajo muy artesanal, muy **creativo**, que además requiere un tipo de capacitador entrenado en esto. No todos pueden adoptar este tipo de perfil tan fácilmente. Lo ideal es que,

²³ MA es Lic. en Psicología. Trabajó desde 2012 hasta 2015 en el Área de Capacitación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Desde 2018 se desempeña en el Área de Capacitación y Gestión, de la actual Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

antes de viajar, se recibía alguna capacitación en este sentido. En alguna época hubo capacitaciones sistemáticas y reuniones anuales en la DiNaMi²⁴ para que todos los profesionales que viajaban a las provincias vinieran a compartir, entre otras cosas, también contenidos unificados con los criterios sanitarios decididos por el Ministerio. (Algunos de los capacitadores pertenecían al personal de hospitales de importante renombre y, a veces, iban *con su librito*, su propio modo de hacer las cosas, que a veces estaba en contradicción con las recomendaciones nacionales; no en cuestiones de fondo, pero teníamos que tener un discurso común.)

Eso fue bastante difícil de llevar adelante porque a los profesionales *capacitadores* tampoco les interesaba mucho distraer su tiempo en escuchar lo que tenían que ir a decir y de qué modo.

También fue todo un logro introducir *la pata pedagógica*.

Todo lo que estoy contando lo perdimos hace rato en el camino. Pero fue para mí una experiencia muy valiosa: se elegía el perfil de los profesionales, se tenía una charla con ellos para ajustar el modo en que le pedíamos que trabajaran en las provincias y después se intentaba acompañarlos en las provincias (y esa era parte de la función que hacíamos nosotros desde el Área de Capacitación) y ver un poco cómo iba funcionando todo esto en la práctica. En algunos casos, entrando a los servicios junto con el equipo de capacitadores como observadores pasivos. En otros, el acompañamiento se daba al ingresar a la institución, ya que a veces los acuerdos de capacitación se hacían a nivel *macro*, entre los ministerios provincial y nacional, a nivel más político, se acordaba una CPeS porque se estimaba necesario un *acompañamiento* en el proceso de modificar u optimizar prácticas. Había que llegar al efector, que poco había participado de este proceso de decisión y a veces no sabía que íbamos a *ir a su casa, abrir la puerta* y meternos en su servicio. Quizás el Director del hospital o el jefe del Servicio no habían pedido nada, un día los llamaron y les dijeron –*Vienen de Nación a trabajar una capacitación en servicio*, que les sonaba a –*Viene una auditoría...*

²⁴ Se refiere a la por entonces llamada “Dirección Nacional de Maternidad e Infancia”.

Era importante reforzar el mensaje de que “*Esto no es una auditoría*”. Era algo muy difícil porque ciertamente no lo era pero luego, como resultado de esas visitas, iban surgiendo informes escritos en donde se contaban las debilidades y fortalezas (aunque no con ese esquema de FODA), lo que hacían bien y lo que había que modificar, y se ponían plazos.

Por ejemplo, se detectaba que había que modificar las circulaciones dentro de un servicio, o que se capacitara al personal de limpieza para que no entraran con el mismo trapo de un sector “sucio” a un sector “limpio” (por no hablar de los *cambios actitudinales*, que eran los más difíciles). Y esto era una cuestión que involucraba no sólo al servicio, sino al personal de mantenimiento y a la dirección del hospital. Entonces esto se escribía en un informe, se trazaba una línea de base con las cosas que había que ir modificando para poder hacerles un seguimiento en próximas visitas, ver la siguiente vez qué pudieron hacer con esto... Ahí entraba también nuestra participación, más allá del contenido transmitido.

En una época existía otra instancia (antes de 2012). Había un marco nacional llamado “Plan operativo para la reducción de la mortalidad materna e infantil”, dentro del cual cada jurisdicción firmaba con el Ministerio (de Salud) de la Nación un convenio (llamado *Acta Acuerdo*). A raíz de ese convenio se viajaba a las provincias con todo el equipo de capacitación completo y había reuniones con todos los pares provinciales, sobre todo al principio, cuando se llegaba a la provincia. Allí estaban sentados, trabajando en grupos, todos los actores clave en la salud pública de esa provincia: responsables de hospitales, del primer nivel de atención, del programa materno-infantil, algunos directores de las principales maternidades y hospitales pediátricos, algún director de un servicio. Incluso el subsecretario. El ministro o ministra de salud a veces hacía la apertura del encuentro, para darle peso político a la decisión.

Ahí se empezaban a bosquejar algunas líneas de acción a llevar adelante en la provincia, que tenían un poco que ver con las inquietudes que se recogían de los mismos grupos.

Por ejemplo, se identificaba como problemática la comunicación entre el primero y el segundo nivel de atención (es decir, no funcionaban la *referencia* y la *contrarreferencia*). (Esto, por hablar de lo que podíamos ayudar a modificar nosotros. En esas reuniones también surgían cosas como reclamos salariales, o sobre dotación de recurso humano capacitado, cosas que, sin dejar de ser ciertas, todo el tiempo terminaban *sacando la pelota de la cancha*. Nuestro papel también era *devolver la pelota a la cancha* y centrar la discusión en lo que sí tenían a su alcance cambiar.)

Esa es una de las claves de la Capacitación Permanente en Servicio (CPeS): “Vamos a ver qué se puede hacer con lo que hay; el resto se gestiona *en otra cancha*”.

Y es increíble la cantidad de alternativas que se lograba identificar. Por ejemplo, *reubicar* el recurso humano que ya hay (*reingeniería de RRHH*). A veces el problema no era de muy difícil solución, más allá de tomar la decisión de redistribuir los recursos que había. Sin embargo, estas cuestiones son muy difíciles de resolver y eran parte de las que se identificaban de manera conjunta en esas reuniones tan amplias, para después identificar una solución (también de manera conjunta), viendo en qué podían colaborar la Dirección Nacional y sus equipos, para *acompañar* procesos.

Ahora bien: de aquí a que el Director del principal hospital de la provincia se diera por enterado de que le iba a *caer* un equipo de capacitadores una vez por mes (esa era la frecuencia ideal), a hacer 3 o 4 días de trabajo en el hospital (nosotros nos reuníamos con ellos al fin de cada jornada para ver cómo les había ido...), y hacer al finalizar la CPeS una reunión de cierre (la “Mesa de Gestión”) para socializar las propuestas y asumir compromisos concretos, responsables involucrados en los cambios...

En todo esto iban a la par el contenido “científico” que se pretendía transmitir (las buenas prácticas y sus fundamentos), y el manejo cuidadoso de los grupos, las relaciones interpersonales, el factor político, las decisiones tomadas, la *cultura institucional*, etc.

Todo este sistema, tan minucioso, se fue abandonando al cambiar el signo político del gobierno nacional, en la práctica. Se siguió trabajando sin ese gran *paraguas* que era el Plan Operativo. Los cambios políticos impactaron directamente sobre las decisiones acerca de cómo seguir. Fuera de la cobertura del Plan Operativo, tuve la oportunidad de acompañar equipos de CPeS y todo resultaba mucho más difícil. No teníamos acompañamiento político, era más difícil entrar.

También, paralelamente, empezó a darse una **dificultad de financiamiento**, que también contó aunque desconozco los números (honorarios, pasajes, viáticos). La estructura de capacitación se desarmó mucho porque fue el área más golpeada [por despidos y relocalizaciones de personal]; quedamos reducidos a una función que a veces se confunde casi con lo administrativo. Perdimos esa presencia en las provincias que nos permitía conocer a los actores principales y sentarnos a dialogar con las autoridades como la cara visible de la Dirección Nacional, ya que la Directora no puede estar en todas partes. Pero las capacitaciones se hacían a pedido de la provin-

cia [de algún modo perdimos la iniciativa], cuando *las papas quemaban*, es decir, cuando se disparaba un indicador, como la mortalidad. El trabajo se hizo más *espasmódico*. Las Mesas de Gestión perdieron fuerza. No había tanto compromiso a nivel central, ni la decisión política fuerte de acompañamiento en el cambio de lo que sea necesario. De todos modos, tratábamos de que los capacitadores ayudaran a los propios equipos a identificar por dónde pasaban las mayores dificultades: por el equipamiento, la infraestructura, el recurso humano, etc.

Es difícil medir los resultados de este cambio porque el impacto se mide en el descenso o el ascenso de la mortalidad infantil, y eso se ve a lo largo de un período de más años. No hay un resultado inmediato y fácil de medir con el impacto de un número.

Mientras se mantenían las visitas, se podían observar resultados en cuanto a cambio de ciertas prácticas. Pero, una vez que se dejó de ir, no se puede saber qué pasó.

A veces hay recambios de personal. Pero ahí está el corazón de la CPeS: tiene que ver con que cada uno *entienda que ése es el modo de hacer las cosas*, no porque me lo dijeron sino porque así se evitan infecciones o se atiende mejor a la gente... Es un paso a paso, con permanentes avances y retrocesos.

P: ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?

R: Creo que la CPeS *es presencial*. No hay modo de transformarla o de remplazarla. Porque es un trabajo en las prácticas cotidianas del equipo de salud dentro de un servicio. No tiene que ver con la capacitación *álula*, que puede ser virtual o presencial.

La capacitación virtual tiene la enorme ventaja de que llega a un montón de gente. Por ejemplo: actualmente, debido a la *cuarentena* hacemos capacitaciones virtuales sobre temas específicos a través de Telesalud²⁵. Y me encanta ver cómo, de repente, está toda una provincia,

²⁵Telesalud se define en su portal web (<https://www.argentina.gob.ar/salud/telesalud>) como “una política pública que fortalece el acceso y la cobertura universal de salud” con el objetivo de “consolidar

desde diferentes salas y hospitales, participando o sumándose a alguien que, desde acá, está *dando una disertación*. Pero eso no deja de ser algo *áulico*. No es, “*me pongo los guantes, el mame-luco, y me voy a trabajar con vos al servicio, viendo en las prácticas cuáles son los puntos críticos, las dificultades...*”

Las capacitaciones virtuales por Telesalud que yo he presenciado últimamente –en tiempos de pandemia– no tienen que ver con ponerse en un lugar de superioridad, de dar *una ponencia*. Por ahí son muy cordiales, muy de acompañar a las provincias en un momento de aislamiento y de gran preocupación, con algunos temas que a ellos les parecen importantes (en general han sido capacitaciones propuestas, pedidas por las provincias). Eso está muy bueno porque piden ante dificultades específicas (por ejemplo, la Enfermería frente al COVID-19).

En cuanto a los *cursos en entornos virtuales*, entiendo que los tutorados, tienen un poco más de exigencia que sentarme, leer, contestar algunas preguntas y descargar el certificado.

Por otro lado, para muchos, es la manera de encontrarse con alguna información y con algo que está bueno que sepan. Tiene su validez.

Lo que no le veo... (pero habría que crear algún dispositivo que dé la posibilidad de que la virtualidad llegue a producir una CPeS, que *es con el cuerpo, tejiendo el vínculo personalmente*, una cosa que no podés hacer con Zoom...

P: ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en formas nuevas y sofisticadas de transmisividad?

R: Son cosas diferentes. Lo que no queríamos hacer con la CPeS era una transmisión de contenidos [ante una audiencia pasiva], ya fuera presencial o virtual. No era esa la idea.

una **red de colaboración** entre profesionales de la salud e instituciones públicas del país para optimizar: las acciones de gestión en salud; la prevención, promoción, asistencia; y la capacitación de los equipos de salud”. Ofrece en su plataforma: interconsultas y asistencia de manera remota entre integrantes del equipo de salud, *educación a distancia entre profesionales de diferentes instituciones del país* y colaboración en red. Cuenta con *nodos* en todo el país.

Está muy bueno que exista la posibilidad de llegar a muchos más. Con la CPeS llegábamos al principal hospital de cada provincia, al de mayor complejidad. (En algún momento también se trabajó en el primer nivel de atención, pero fueron etapas distintas.) Entonces había un montón de gente, en el interior de la provincia, que se quedaba afuera. Hoy la virtualidad le permite, a ese que está en una localidad a 300 km de la capital, no quedarse afuera. Pero la transmisión es otra. Se pueden transmitir contenidos, incluso por Telesalud se pueden responder algunas dudas, se pueden intercambiar algunas opiniones, pero eso no es CPeS.

Quizás en algunas provincias donde hay equipos de capacitadores que quedaron con muy buen vínculo con los equipos provinciales, después de transitar juntos mucho tiempo, y entre ellos se siguen comunicando y consultando. En el caso de esos equipos donde se ha generado un vínculo genuino y estrecho, quizás se podría por Zoom o por Telesalud organizar una charla en torno a un problema.

Hay muchas cosas que se pueden hacer desde el nivel central. Por ejemplo, participar en el *Análisis de Causa Raíz* de una muerte materna.

Habría que pensar en algún recurso o dispositivo que sirviera para eso. Por ejemplo, la posibilidad de armar **un caso clínico** que recorra todos los módulos, como estamos pensando para el curso sobre Abuso Sexual, para que alguien pueda ir pensando cómo resolvería una situación donde llega alguien al primer nivel de atención con alguna *sospecha de*, y entonces... Igual, no me lo imagino. Se podría armar como un ateneo clínico, sobre un paciente, un caso puesto a discusión, que comparta pantalla con un capacitador externo, que escuche y participe. (Aunque eso ya no sería un *curso virtual* como el que me estás preguntando.)

La propuesta central de la CPeS es la de **replantear la práctica**. Llegar a que la gente pueda decir: *repensemos, evaluemos y encontrémonos con que, por ahí, esto lo podemos hacer de otra manera*.

Entrevista a MG²⁶

P: La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz? ¿O es su punto débil, porque requiere más tiempo, más recursos (humanos y financieros) y más tutoría, y eso conspira contra su sustentabilidad?

R: Verdaderamente, el impacto de la capacitación cuando la hacés así es mucho más profundo. El adulto modifica actitudes mediante la reflexión, no por imposición. Si querés que la persona reflexione, tenés que hacer toda una ilación del conocimiento para que tome conciencia. La gente no hace mal las cosas por maldad, o porque quiere; lo hace por ignorancia. Entonces, si uno quiere modificar actitudes, lo que tiene que hacer es empezar con la reflexión, que lleva tiempo, porque es muy personalizado o con grupos reducidos.

Eso, que es una fortaleza, también es una debilidad porque impacta sobre grupos pequeños. Lo bueno es pensar el trabajo en red: hacer grupos pequeños con participantes que tengan un perfil proactivo para que después puedan replicar esto.

Repregunto: Dijiste que el adulto hace no mal las cosas por mala voluntad sino por ignorancia. Esta ignorancia: se refiere a los procesos, las técnicas, la teoría, sobre lo que le debieron haber enseñado en su formación de grado, o sobre otras cosas? ¿O cómo se explica que un profesional proceda de una manera (a la mañana) en el sector público, a pesar de lo que “sabe” y de otra (a la tarde) en el privado?

Eso no es ignorancia. Es falta de compromiso. Yo soy enfermera y tuve compañeros en ambos lugares que no se comportaban ni trabajaban de la misma manera en uno y otro. Uno no debería trabajar de manera diferente según el sueldo que cobra. Sobre todo nosotros, *los enfermeros curamos mediante el cuidado*. A veces consiste en llevar bien la medicación, pero a veces es acompañar a la persona en una instancia de sufrimiento.

²⁶MG es Lic. en Enfermería y egresada de la Especialización en Docencia en Entornos Virtuales de la Universidad Nacional de Quilmes. Trabajó desde 2010 hasta 2016 en la por entonces Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Desde 2016 se desempeña en el Área de Capacitación y Gestión, de la actual Dirección de Salud Perinatal y Niñez, a cargo de la capacitación virtual.

Además, algo que hay que tener en cuenta, pensando en la CeS de nuestras bases, que en nuestro país hay una gran heterogeneidad de formación en cuanto a Salud. “En la frontera” no tenemos a todos Licenciados en Enfermería. Muchas veces tenemos agentes sanitarios que, con muy buena voluntad y muy buen corazón, a veces caminan kilómetros, con una mochilita, para llevar vacunas, para pesar chicos... Esa gente muchas veces hace mal las cosas por ignorancia, porque no

Impacta en grupos pequeños. Pero se puede trabajar en red.

Por ejemplo, vos les explicás por qué es diferente colocar una vacuna en un plano de la piel que en otro; y, cuando lo entienden, modifican su actitud. Es verdad que este tipo de capacitación cara a cara impacta en poca gente, pero si se trabaja en redes, buscando personal proactivo que después quiera replicar la experiencia, tal vez el impacto pueda ser un poco mayor.

Repregunta: *¿No es un concepto muy iluminista de la capacitación? “Vos antes lo hacías mal porque no sabías; pero ahora que sabés, lo vas a hacer bien”? ¿En tu experiencia la gente, una vez que la gente está informada sobre cómo se hacen bien las cosas, cambia definitivamente sus procedimientos?*

Creo que en la mayoría de los casos sí. En Inmunizaciones teníamos la experiencia de cursos intensivos que duraban tres días (el formato de OPS era de 5 días), desde las 8 de la mañana hasta las 6 de la tarde, tratando de que la gente se sienta partícipe de un equipo. Y en base a eso entendían que es más fácil hacer las cosas bien que hacerlas mal. Lo que pasa es que también hay que acostumbrarse a hacerlas bien siempre.

Se hacía en un aula. Pero con muchas dinámicas de equipo. El adulto, cuando lo sentás y le hablás 40 minutos, se duerme. Y a los 15 minutos ya no pueden incorporar más conocimientos. Entonces trabajábamos haciendo carteles, dinámicas, cosas que tenían que hacer incorporando lo que aprendían. Y había momentos de taller, juego de roles: algunos hacían el papel de vacunadores, otros de vacunados o sus familiares. Se descubrían así oportunidades perdidas, por ejemplo, de vacunar al acompañante. Se aprovechaba para mostrar, haciéndolo, cómo se vacuna, cómo se ponen los guantes. Es muy interesante: había gente que se creía muy cuidadosa porque se cambiaba los guantes cada seis chicos que vacunaba. Cuando lo preferible es no usar guantes pero sí lavarse muy bien las manos cada tres o cuatro chicos y saber usar el alcohol en gel, simplemente para no trasladar gérmenes de uno a otro.

Repregunta: El juego de roles, ¿trae el servicio al aula, cuando no se puede llevar la capacitación al servicio...?

Sí, claro. A veces, en medio de una capacitación de ese tipo, surgía un determinado tema y la gente miraba de costado al referente provincial, a ver qué cara ponía porque las cosas, localmente, se hacían de otro modo. Entonces era evidente que había que modificar cosas.

Lógicamente, las cosas funcionan cuando hay detrás una voluntad política, una decisión firme de mejorar las cosas.

Los juegos de roles los hacíamos al final, en el tercer día, cuando la gente ya había entrado en confianza. Porque en las provincia a veces está el concepto de que cuando “cae Nación, cae el Papa”, hay una distancia. Había que generar primero empatía. Y luego terminábamos con un proyecto sobre la base de 5 preguntas, para proponer qué se podía cambiar “con lo que tenemos”. La idea era que tomaran conciencia de que los cambios no vienen sólo de arriba; también se pueden provocar en el día a día.

Repregunta: Y después de esas experiencias, tan extraordinarias para muchos de los participantes, ¿Cómo evaluaban ustedes el impacto de esas capacitaciones? ¿Había algún seguimiento a ver si había cambios reales?

Hacíamos un *pretest* y *posttest*, sobre la base de preguntas básicas. Y también hacíamos una *evaluación diferida*. Se enviaban casos a resolver. A los que aprobaban la evaluación diferida, que no era obligatoria, se les daba una certificación aparte. Y esto no se sentía como un control persecutorio sino como una motivación.

También se logró hacer reuniones regionales. Se sentían importantes, exponiendo su trabajo. Mostraban dispositivos que habían creado. Maneras que habían inventado para mejorar su trabajo.

P: ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?

R: La capacitación virtual, incluso la autoadministrada, puede funcionar como una *inducción a la presencialidad*. Necesitamos la presencialidad. Por más que yo pase un instructivo *paso*

a paso acerca de cómo hay que hacer determinada tarea, la realidad es que el adulto necesita sentirse mirado, evaluado. Puede haber un video, pero tiene que haber la mirada de otro que registre si uno se olvidó de algo... La educación virtual sirve para una especialidad (como la que hemos cursado sobre educación en entornos virtuales), pero no sirve para formar licenciados, enfermeros, porque los cambios de conducta dependen de la impronta presencial. Es para personas ya formadas.

Lo mismo diría respecto de la necesidad de tutorías. Si lo que hay que transmitir es muy básico, se puede hacer auto administrado. Si necesito impacto, **debe ser** está bueno que sea con una tutoría que pueda traer, *jalar* del alumno para que pueda expresarse, intervenir, contar el día a día, generar conocimiento a través de la participación grupal, etc. El conocimiento, sobre todo, se construye; grupalmente.

Repregunta: Una tutoría de ese tipo, ¿Qué cantidad de alumnos por tutor admite, en su opinión?

Para hacer una tutoría significativa para la gente, 15 alumnos sería el límite. Hay que poder leer y entender la respuesta de cada persona. No es un documento que ya esté escrito. Cada participante tiene, también, un mundo de experiencias que uno debe escuchar y unificar con la de los otros consensuando una forma de pensamiento y de trabajo. No es fácil ser tutor.

Lo que ocurre con frecuencia es que no hay dinero para pagar las tutorías de foros y eso. Foros de intercambio.

Actualmente, por ejemplo, tenemos abierto un curso sobre Pesquisa Neonatal de Enfermedades Congénitas del Metabolismo. Aunque es auto administrado, tiene un *Foro de dudas* super rico. Lo atiende un profesional del Ministerio y una compañera de trabajo suya, completamente *ad honorem*. Yo también lo atiendo, sobre todo en cuanto a cuestiones técnicas relativas al curso. Es interesante para todos. Porque de pronto alguien pregunta algo que a otro le intrigaba o preocupaba y no llegó a preguntar. Entonces la experiencia y el conocimiento se reciclan.

Repregunta: ¿Eso sería una especie de alternativa *intermedia* entre un curso auto administrado y un curso con tutoría?

Totalmente, si se prevé una cierta sincronía, aunque los contenidos —e inclusive la evaluación— sean auto administrados, que haya un foro tutoreado, un espacio de intercambio y atención personalizada.

Tenemos que sincerarnos acerca de lo que queremos hacer: un número (de “capacitados”) por ejemplo, para informar en nuestra memoria anual... o cambiar la realidad: esa es la pregunta. Si lo que busco es lo primero, cuelgo un curso enlatado tras otro y que se las arreglen.

O bien, aunque no tenga recursos (por ejemplo, en el curso de Pesquisa Neonatal hay 1000 inscriptos. ¿Cuántos tutores necesitaría...?), pero habilito un Foro de dudas donde puedan plantearlas a medida que surgen, y que se vayan respondiendo para todos. Por ejemplo: tenemos muchos participantes enfermeros; algunos se ocupan de sacarles sangre del talón a los recién nacidos y no saben por qué, para qué.

Otra cosa importante es ponerse en los zapatos del otro. Por ahí no es gente que está (o puede estar) todo el día delante de una pantalla como nosotros. Por eso es importante acercarle también las desgravaciones de las clases, para que si quieren las puedan imprimir. Y que los formatos audiovisuales sean multiplataforma para que si, por ejemplo tienen un rato libre durante una guardia, lo puedan aprovechar para capacitarse.

Y también es importante comprometerse para dar rápidamente las respuestas que piden y necesitan. Aunque pregunten en sábado, cuando por ahí tienen el único tiempo que encuentran en la semana para ponerse con la capacitación. Trabajando así se genera mucho entusiasmo y satisfacción. ¡No sabés qué ricas, qué interesantes las preguntas!

Repregunta: Más allá del foro sincrónico, ¿Se conservan las preguntas más interesantes dentro de, por ejemplo, un repositorio de *Preguntas frecuentes*?

Esta es nuestra primera experiencia con un foro de este tipo. Sólo hicimos antes (en Pesquisa) un curso, a fines del año pasado, con apenas 30 referentes de todo el país. Ellos nos fueron apuntando detalles. Muchas de esas preguntas las consolidamos como *Preguntas frecuentes*. Y muchas de ellas nos sirvieron para mejorar el curso. Por ejemplo: si hay muchas preguntas acerca de determinado asunto, es porque hay efectivamente algo confuso ahí.

P: ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en formas nuevas y sofisticadas de transmisividad?

R: Hablo en esto desde mí. Yo soy enfermera. No enseño a arreglar computadoras. Lo mío es el cuidado de seres humanos, que no son botones. Yo creo que lo virtual tiene que servirnos mucho para acelerar los procesos. Por ejemplo, si tengo que hacer una capacitación sobre un tema en un lugar, que hagan primero el curso inductor. Para que ya tengan instalado el tema. Y

después viajar. Tiene que existir este *mix*. Porque el cambio se produce cuando la gente se siente entendida. Y cuando reflexiona sobre lo que le pasa. Un sistema no va en detrimento del otro. Cada uno tiene un papel y es necesario a su manera. Deberíamos tratar de mantener un equilibrio entre una modalidad y otra. Mucho más en tiempos de pandemia, que “nos cachetea”. Es una realidad que tenemos ahí. Hay herramientas que hay que aprender a usar. Algunos todavía fotografían fotocopias y las mandan por Whatsapp, sin saber cómo compartir pantalla en un Zoom, por ejemplo.

También hay que reconocer que hay generaciones todavía muy reacias a la tecnología...

Entrevista a GMP²⁷

P: La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz? ¿O es su punto débil, porque requiere más tiempo, más recursos (humanos y financieros) y más tutoría, y eso conspira contra su sustentabilidad?

R: Ni un caso ni otro. Es su punto fuerte, porque eso implica su eficacia, más allá de que, obviamente, los requerimientos de RRHH, económicos para sostenerla podrían funcionar como una dificultad. Pero sin duda ése es el punto fuerte. Porque eso la hace sustentable. No es lo mismo que un curso que “queda ahí”.

De hecho, claramente, la CeS se vio limitada en algún momento por la falta de recursos económicos o humanos. Hay perfiles difíciles de conseguir y que estén dispuestos a hacer este trabajo. No es el perfil docente tradicional. Requiere habilidades diferentes. Justamente ese perfil “artesanal” es una técnica. Implica, a lo largo de la misma práctica, ir enseñando de un modo “no invasivo”, de un modo que no juzga, etc. (todo lo que sabemos de la CeS). Es *artesanal* sólo en el sentido de que no se puede planificar previamente porque responde a problemas que van surgiendo a medida, en la práctica de lo cotidiano, y de ahí van surgiendo estrategias para ir cuestio-

²⁷GMP es Lic. en Psicología. Trabajó desde 2001 hasta 2005 en el Área de Capacitación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Desde 2005 se desempeña en el Área de Capacitación y Gestión, de la actual Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

nando, revisando esas prácticas y construyendo nuevas. No es un enlatado que se recita igual en cualquier lado.

“No hay un collar igual a otro.” Eso es verdad. Pero eso [esa manera de trabajar la docencia] es *un saber*.

Repregunta: En la formación estándar de un profesional de la salud suele haber poco de los aspectos *humanistas*, de comunicación, y mucho menos de este concepto de capacitación. ¿Cómo es el proceso? ¿Ustedes los eligen, los encuentran, los forman?

La necesidad la definen las áreas sustantivas que, a veces, proponen profesionales. Luego hacemos una entrevista con esa persona, para asegurarnos de que además de los *saberes* sustantivos, está el otro entrenamiento, que tiene que ver con lo actitudinal, con la capacidad de manejar lo inesperado, de no llevar una clase armada para *bajar* de memoria, sino de abrirse para hacer un diagnóstico conjunto de lo que están viendo, sin tener una actitud de juicio o punitiva, para poder acompañar a ese destinatario en la revisión de las prácticas y en la búsqueda e implementación de nuevas técnicas o modalidades en lo mismo que está haciendo.

Eso es algo que no todos pueden hacer, por mucho que sepan acerca de lo sustantivo. No todos alcanzan esa capacidad. Hubo gente que no pudo tolerarlo porque la distancia entre el deber ser y lo que se hace es muy grande, o porque los enoja, o porque los angustia. Otros nunca pudieron comprender que esto es un proceso, y que los procesos se van dando a lo largo del tiempo, y que no porque yo diga “esto se hace así”, en el siguiente viaje lo encuentro hecho de ese modo... Son procesos humanos.

Los adultos no aprendemos porque nos dicen “tenés que hacer las cosas de un modo diferente”. No es así. Y todo eso es algo para lo cual los profesionales de la salud no están formados. Ese es uno de nuestros roles. Estar cerca del profesional que capacita, acompañando ese proceso. Como equipo, *acompañamos al que debe acompañar*.

Hubo de todo: casos de provincias que pidieron que una persona dejara de ir porque tenía una actitud que terminaba por irritar o porque venía desde un lugar “demasiado diferente”; también hubo docentes que no lo soportaron; y hubo algunos a los que después de varios intentos sin resultado, los hemos ido dejando de lado.

Repregunta: ¿Se siguen haciendo pasantías?

Sí. Son muy importantes y forman parte de la estrategia de CeS. Porque si un docente define junto al equipo que hay una necesidad puntual de capacitación sobre un tema en particular, tanto se puede dar un curso específico (que ahí sí, se habla de un “cómo hacer”). La CeS no reniega de esta otra estrategia de transmisión de contenidos, de un *cómo hacer*. O de proponer que, si en algún otro efector hay alguna práctica que están haciendo adecuadamente, con buenos resultados y que puede servir como modelo, se convoca al equipo que está siendo capacitado para que vaya a trabajar a ese efector *exitoso* en una pasantía. Esas pasantías tanto pueden darse entre provincias, como entre la provincia y un efector de máximo nivel, en la Capital Federal. En muchos casos, si hay una provincia cercana donde algo se está haciendo bien, ¿Para qué hacerlos venir a la capital? Además, entre provincias a veces las realidades locales son más parecidas entre sí, que con las de la gran ciudad. Y es mucho más *amable* para el equipo capacitado desplazarse hacia una provincia cercana, más parecida a ellos, que a un efector *top* en la capital.

La CeS *integra todas estas otras alternativas*: la pasantía, los cursos. Pero de esta manera: a partir del trabajo cotidiano entre quien capacita y el equipo capacitado, el docente detecta necesidades que pueden ser resueltas por medio de estas estrategias.

Repregunta: ¿Podría decirse que, si bien la CeS insume más recursos, termina por resultar una *mejor inversión*, ya que es más eficaz en su capacidad para modificar las prácticas en forma duradera, en comparación con *cursos de tipo transmisivo puro*, que se repiten infructuosamente una y otra vez?

No sé si hay un estudio acerca de eso. La realidad es muy cambiante. También se ve, a veces, que el personal de los servicios va rotando y el trabajo que uno fue haciendo, de algún modo “se lo llevan” a un consultorio privado. Pero eso puede pasar con cualquier tipo y modalidad de capacitación.

Definitivamente, nosotros sabemos que *los adultos no aprenden por el solo hecho de que les bajen línea*. Las prácticas no se cambian sólo porque uno haga un curso. Para poder cambiar una práctica en un adulto, tiene que tener la oportunidad de preguntarse si eso que hace, que lo tiene naturalizado como *lo único posible* puede tener una vuelta más de tuerca, una alternativa. Y eso lo da la CeS. Un curso *baja el deber ser*. No está mal visto. Hay cosas concretas y específicas para las cuales el curso es efectivo.

Pero si queremos cambiar la dinámica de funcionamiento de un servicio, es poco probable que con un curso cambie. También está lo que le pasa a esos seres humanos, en qué marco institucional están, hay otros atravesamientos que están más allá de lo intelectual. Eso no tiene que ver con ser “el mejor docente del mundo”.

P: ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?

R: Nada sustituye lo cercano y lo personal. No se puede comparar. Eso pasa en todos los ámbitos, no sólo en la docencia. Pasa en la clínica. Un paciente en la pantalla no es lo mismo. Estamos aprendiendo a interpretar, un gesto, una mirada, una inflexión de la voz. Hoy, por muchos motivos, los entornos virtuales son los únicos caminos posibles por muchas variables; no sólo la pandemia sino también los factores económicos, de tiempo, de disponibilidad de los recursos de todo tipo. Esto es la realidad. Y frente a la realidad tratamos de encontrar estrategias que puedan adaptarse a lo coyuntural. Desde ese punto de vista, *lo virtual es lo posible*.

Ahora: hay cuestiones del *latido* cotidiano de un servicio que me cuesta pensarlas desde una pantalla. [Cuestiones] de *timing*, de miradas, de actitudes. Es muy difícil imaginar que eso pueda visualizarse desde una pantalla. Creo que va a requerir mucha más capacidad, del lado de los docentes, para encontrar los modos de llegar a esto.

Porque así como está la Telemedicina, una maravilla que permite ver al paciente desde la distancia, y puede ir planteando estrategias para resolver un caso... Y no es un curso. Uno puede mirar lo que está haciendo el efector de Santiago del Estero desde cualquier lugar del país y del mundo. Desde ese punto [de vista] creo que sí se pueden sostener algunas cuestiones de la capacitación en servicio. La verdad es que creo que sí.

Esa es una modalidad posible, y es la que más se podría acercar al espíritu de la C, esto es, tener a alguien “del otro lado” en el mismo momento en que suceden las prácticas. Esa es una alternativa, en términos de mayor a menor complejidad.

Después está la otra, que es con un tutor. Algo ya armado, un curso, y tener “un alguien” que pueda escuchar, que pueda marcar, acompañar ese proceso de aprendizaje. Esto tiene otro atravesamiento en las prácticas de nuestros destinatarios.

Y después, finalmente, ese último que es el [curso] auto administrado, está más bien al nivel de poder generar nuevas preguntas, de crear conocimiento. Me cuesta entenderlo en términos de lo que es la estrategia de CeS. Es una estrategia más. Pero creo que se pierde un poco. Claramente.

Además, aun en la CeS más pura, el proceso tampoco arranca con la llegada del capacitador; antes hubo acuerdos políticos que le permiten al capacitador tener cabida en un servicio.

O, más bien, el personal capacitado va a lograr *lo posible*. Nos resulta más fácil identificar los motivos por los que *no se puede hacer* determinada práctica, que revisar, aun dentro de los pequeños márgenes con los que contamos, qué cambios son posibles. Hay cosas muy puntuales que, aun dentro de la gran situación estructural, que a veces es tremenda, aun así se pueden cambiar. Siempre es más sencillo “sacar la pelota afuera del área” y pensar que como nos faltan un montón de circunstancias, no podemos cambiar nada. Pero creo que esa es la riqueza de un buen trabajo. Y es producto de una decisión, de un acuerdo, de un diagnóstico, que *es condición* para el cambio de prácticas.

Justamente, no es lo mismo un servicio al que le cae un docente “como peludo de regalo” porque alguien decidió que necesitan mejorar sus prácticas, que un servicio donde los destinatarios estuvieron desde el principio en la definición de que eso era una necesidad, revisan lo que les está pasando porque el resultado de lo que están haciendo no está bueno, porque se les están muriendo más chicos de lo que se podría esperar, etc. Esto [la participación en el diagnóstico] tiene un alto grado de injerencia en el resultado. La capacitación [tiene que ser la respuesta a] una necesidad sentida: “algo nos tenemos que repreguntar, que replantear, porque no nos está yendo bien en esto”.

Esto hace la diferencia para cualquier tipo de capacitación. Si cae gente a tu trabajo, a “mirar debajo de la alfombra” es como entrar a tu casa: ve a qué hora llegás, cómo trabajás, cómo te llevás con los otros. Eso es entrar a lo más íntimo de las prácticas profesionales y está muy lejos de hacer un curso sentado delante de una *notebook*.

P: ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en formas nuevas y sofisticadas de transmisividad?

R: [La respuesta a esta pregunta se considera integrada en las respuestas anteriores.]

Entrevista a EJB²⁸

P: La Capacitación en Servicio tiene un carácter esencialmente *personalizado y artesanal*. En su opinión, esta característica ¿Es su punto fuerte, porque la vuelve eficaz? ¿O es su punto débil, porque requiere más tiempo, más recursos (humanos y financieros) y más tutoría, y eso conspira contra su sustentabilidad?

R: Ambas cosas son ciertas y ambas tienen sus fortalezas y sus debilidades. Considero que la CeS, sobre todo en Salud, es esencial para cambiar hábitos, mejorar las prácticas de trabajo. Esto se emparenta mucho con algo en lo que hemos trabajado y tenía esa mirada. Tanto la Comunicación como la Capacitación eran como dos caras de una misma moneda.

Y tiene que ver con estar cerca de los actores, cerca de los que reciben, en este caso, la capacitación (los mensajes, en el caso de la comunicación), contrariamente a lo masivo, como puede ser una capacitación a distancia, o una campaña por medios masivos de comunicación.

Creo que las dos formas se tienen que integrar. Es verdad que para la CeS se necesita mucho más esfuerzo, más tiempo, y seguramente mayores recursos. Pero es inevitable cuando se quieren modificar hábitos de trabajo, en las prácticas de los servicios de salud.

De hecho, lo que se intenta es mejorar las prácticas. La capacitación a distancia funciona más bien para el trazo grueso, los contenidos más específicos de un determinado saber. Pero si a eso no se lo complementa después con el acercamiento de ese saber los propios lugares de trabajo, el proceso queda incompleto.

Repregunta: Este mayor esfuerzo y mayores recursos que exige la CeS, ¿No queda *compensado* de alguna manera con la mayor perduración de sus resultados?

Habría que hacer un gran estudio de cuantificación de estos impactos, cosa que es muy difícil de realizar. Indudablemente, un curso tradicional o su adaptación a los nuevos modos virtuales es mucho más *medible* y se pueden mostrar resultados más rápidamente.

²⁸EJB es Lic. en Comunicación. Trabajó desde 1998 hasta 2008 en el Área de Comunicación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Desde 2012 se desempeña en el Área de Capacitación y Gestión, de la actual Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

Ahora bien. En cuanto a la eficacia del proceso formativo, hay una evaluación que se puede hacer de manera efectiva y rápida. Y me parece que eso sigue teniendo que estar.

Lo otro es una evaluación que se da a través de un proceso de trabajo mucho más largo, y que tiene que estar metido dentro de alguna otra política general u acción general.

Por ejemplo: si quiero crear, organizar o modificar un servicio de tal especialidad porque está trabajando muy mal, ese trabajo tiene que estar planificado y tiene que prever un proceso mucho más largo, y tiene que dar cuenta de otros mecanismos, además de la propia capacitación en sí.

Esas otras formas de capacitación deben estar insertas dentro de un marco mucho más amplio que la capacitación en sí.

En cambio, aunque un curso a distancia referido a un contenido de salud también esté inserto dentro de un proceso más amplio (por ejemplo, una determinada política sanitaria) se acota bastante a la transmisión de un determinado saber.

En definitiva, como ocurre con muchas otras cuestiones, *hay que integrar*. Ninguna iniciativa de aprendizaje puede basarse solamente en una característica o en una especialidad informativa. Me parece que hay que integrarlas.

Creo, aunque estamos inmersos en esta nueva mortalidad de la poca presencia física en los procesos de formación (supongo que los especialistas en educación deben estar dedicados a los procesos de evaluación y medición de *estos* nuevos procesos), sí creo que la presencia sigue siendo esencial o, por lo menos, importante.

Los métodos (administrativos) tradicionales de evaluación son completamente inadecuados o, por lo menos, insuficientes. No se puede medir un impacto en función de “cantidad de personas capacitadas”.

Repregunta: ¿Alguna propuesta acerca de un sistema que escape de este último método cuantitativo y la alternativa de esperar varios años a que baje o suba una tasa de morbilidad o mortalidad...?

La CeS se debería medir en el mediano plazo (tres años, por ejemplo), para advertir cómo se van desarrollando los equipos de salud. Por ejemplo, la cantidad de casos de ceguera por ROP²⁹ es un marcador de la calidad de atención en una Neonatología.

En general tendemos a los extremos: no evaluar nada o pretender evaluar todo. Creo que los procesos de capacitación sí o sí deben ser evaluados (porque, si no, uno no conoce los resultados de la inversión que hace). Pero esa evaluación debe ser establecida al principio de una manera “que no nos vuelva locos”. Si no, se pierde el objetivo, nos interesa sólo la evaluación y no nos interesa el cambio de conducta que se pretendía.

Un curso *on-line* es más fácil de evaluar, de determinar cuántas personas se inscribieron, cuántas siguieron el curso hasta el final y cuántas aprobaron los contenidos. Esa es una fortaleza de la capacitación [virtual] a distancia: poder llegar al mismo tiempo a la mayor cantidad de gente posible.

P: ¿Qué ventajas o valores específicos de la Capacitación Permanente en Servicio cree Ud. que podrían encontrar continuidad en la Capacitación en Entornos Virtuales? ¿Y cuáles, necesariamente, no podrían subsistir? ¿Respondería de la misma manera respecto de los cursos con tutor y los cursos auto administrados?

R: Si un curso [virtual] no tiene tutor, indudablemente se pierde ese acompañamiento tan característico de la CeS.

En este proceso que se está dando y que la pandemia aceleró mucho, la telemedicina se parece más a una CeS no-presencial.

El curso a distancia es un curso, que está en la computadora en vez de estar en el aula. Pero se pierde la comunicación no-verbal, la mirada del alumno (que le permite al docente saber si entendió o no entendió), el interés (que se observa a través de lo postural), los tonos de voz. Hay muchas cosas que se reciben como *feed-back* en la presencialidad que no están en el curso virtual.

²⁹ ROP es un acrónimo de lengua inglesa por Retinopatía del Prematuro. Puede llegar a deteriorar la visión o producir ceguera y se produce cuando un recién nacido prematuro debe recibir oxígeno y éste (ya sea por falta de atención o de instrumentos de medición), excede los límites recomendados de concentración en la sangre del bebé (*saturación*).

No obstante, repito: son herramientas complementarias. Uno mismo, como humano, va aprendiendo de diferentes formas, por diferentes canales. Todo suma, pero ninguna de las otras estrategias la remplace.

Volviendo a la CeS, va a ser cada vez más difícil de hacer. No solamente por lo presupuestario sino por las características de la nueva normalidad. Pero permite el acompañamiento.

Si tuviera que definir con una palabra la característica [principal] de cada una de estas estrategias de aprendizaje, diría que la CeS, es *acompañamiento*. Y la *capacitación a distancia* es *transferencia de conocimientos*. Y creo que el acompañamiento luego de la transferencia de conocimientos es lo que hace que ese individuo pueda implementar lo que aprendió de una manera eficaz dentro de su entorno.

Repregunta: ¿Resulta imaginable, en la presente restricción de los viajes o en una eventual restricción presupuestaria tan rigurosa que impida viajar, un tipo de curso virtual con tutoría que permita un acompañamiento sincrónico, que incluya en ciertas instancias una tarea realizada por varios estudiantes en equipo, y que después hubiera un foro sincrónico y supervisado para discutir la experiencia (problemas, logros, etc.)?

Creo que toda esta práctica del Zoom, que explotó en la pandemia, llegó para quedarse. Estamos en medio de un momento de cambio respecto de la forma de transmisión de saberes y de la transformación de los procesos que adapten esos saberes a las realidades laborales (En definitiva, cuando hablamos de educación de adultos tiene que ver con eso; no estamos hablando de educación formal, de grado.) Eso es algo constante. Constantemente, en cualquier trabajo, público o privado, hay transferencia de conocimiento para mejorar el modo en que se trabaja.

Lo que se busca es la mayor efectividad en ese proceso. Y me parece que nada va a reemplazar las reuniones para establecer esos acuerdos mínimos.

Los cursos se ocupan casi exclusivamente de aspectos técnicos acerca de un nuevo saber. Después, para que ese saber sea aplicado, se necesitan las reuniones (presenciales o a distancia), la CeS, los procesos de adaptación organizativos.

P: ¿Considera real el peligro de que los entornos virtuales se transformen en formas nuevas y sofisticadas de *transmisividad*?

R: Totalmente. Podrían convertirse en una *bajada de línea* unidireccional. Yo hablo mucho de comunicación porque para mí son dos caras de una misma moneda. Ahora mismo está en debate esto: la sociabilidad de los chicos que no pueden ir al colegio, cómo se reemplaza lo que se pierde ahí. Al mismo tiempo, uno como adulto se sorprende de verlos horas y horas “sociabilizando” desde dentro de su habitación, durante horas. Uno lo compara con las propias prácticas, con lo que significa salir a la calle, y cuesta entenderlo.

El mundo cambió. Podemos estar hablando de una cultura que ya no existe. Solemos pensar que lo de antes fue mejor y ahora hay otras lógicas.

No obstante, no estoy visualizando que toda esta virtualidad remplace a la presencialidad en canto a los procesos comunicativos, educativos, de formación, organizativos. Al contrario, genera mucha más incomunicación en cuanto a la efectividad. Un docente necesita el ida y vuelta con el que aprende; lo necesita: para evaluar lo que está diciendo, entender al alumno. Somos seres sociales. La falta de contacto hace ruido en todo ese proceso.

Está todo por verse. No sea cosa que tengamos que volver a lo de antes.

Esto llegó para quedarse, pero para aprovecharlo, no para reemplazarlo. Para ver qué puede sumar. La escuela como ámbito físico donde van los alumnos, no puede ser reemplazada. El que en estos meses no pudo ir a la escuela, se habrá perdido cosas; no sólo afectivas o de relaciones, sino de saberes. Sobre todo en la primaria –y también en la secundaria– no veo que eso sea reemplazable.



Las autorizaciones para realizar las entrevistas se incluyen como Anexo 5.

ANEXO 3: Descripción técnica del proyecto de curso

Se trata de un curso virtual sobre detección y prevención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, dirigido a profesionales del primer nivel de atención de salud (médicxs, enfermerxs, psicólogxs, asistentes sociales y otros).

Es un primer curso introductorio, autogestionado. Le seguirán otras actividades con tutoría, orientadas a la conformación de redes locales y regionales de atención, y a compartir experiencias entre jurisdicciones.

El aula virtual y las primeras clases del curso propuesto se acceden en la siguiente url:

micursovisnnya.milaulas.com

Se entra como “Invitado” con la contraseña “Salamanca” (respetar la mayúscula inicial).

Estructura del curso

La primera pantalla inicia con una frase de bienvenida y una somera explicación sobre la estructura del aula virtual.

Allí se explica que cada clase aparecerá en dos versiones: Una versión "para celular o pantallas" que da acceso, mediante un doble clic, a una ventana de texto continuo, que el estudiante puede leer cómodamente en cualquier dispositivo, sin necesidad de descargar ningún archivo, y otra versión “para descargar”.

Preveo que los postulantes admitidos al curso deberán recibir, junto a la notificación de dicha admisión, **un video tutorial** que he preparado, **acerca del ingreso a la Plataforma Virtual de Salud, a los cursos, así como al aula y sus partes.**



(Para visionar Ctrl+clic sobre la imagen, o bien pegar <https://tinyurl.com/42kpjy22> en una nueva solapa del navegador.)

Ese mismo video tutorial **también será incluido dentro del Módulo Introductorio** para el caso de que, una vez superada la etapa de ingreso, el estudiante tuviera dudas acerca del funcionamiento de la plataforma o del aula.

El Módulo Introductorio incluirá además:

- el **Programa** del Curso; la **Sala de Consultas**; el espacio de **Avisos importantes sobre el curso** y el **Foro de Presentación**.
- un **Foro de Presentación**, con una introducción breve y consignas claras acerca del contenido de la presentación, a saber:

- Foto
- Nombre y profesión.
- Institución donde se desempeña.
- Motivo de su interés o necesidad de profundizar el tema (máximo: 50 palabras).

Se incluye un cuestionario inicial para que tanto los propios estudiantes puedan detectar su propia aproximación al tema (lo que también será de utilidad para docentes y tutores), y que permitirá también comprobar los eventuales cambios al finalizar el curso.

Han sido previstos un **Glosario** y una **Wiki** para compartir información (con las correspondientes explicaciones sobre su uso).

Se incluyen dos clases con su respectivo material didáctico, sobre el **Marco normativo de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes**, y **La construcción social de la violencia**, respectivamente.

Ambas clases van seguidas de una autoevaluación.



ANEXO 4: Modelo de planilla auxiliar para la preparación de la retroalimentación de evaluaciones

Tema y tipo de pregunta	Pregunta	Retroalimentación acierto	Retroalimentación error
MODULO 2 - CLASE 1			
El develamiento. Opción múltiple con 1 opción correcta.	¿Qué se entiende por <i>develamiento</i> de un hecho de violencia sexual? ☐ El momento en que un adulto es descubierto <i>in fraganti</i> en un acto de violencia sexual contra un NNoA? ☐ El momento en que la víctima relata el hecho. ☒ El momento en que la víctima manifiesta que el hecho ha ocurrido, a través de un relato o de otros medios.	En efecto, llamamos <i>develamiento</i> el momento en que una niña, niño o adolescente da cuenta de que ha sido víctima de una situación de violencia sexual, aunque no lo manifieste necesariamente de manera verbal o explícita.	Error. El <i>develamiento</i> no se relaciona con el descubrimiento del hecho por parte de terceros sino con la manifestación que hace la víctima. Tal manifestación no se expresa necesariamente con palabras sino con otros medios, que es importante saber interpretar.
La primera escucha Opción múltiple con >1 opción correcta.	Marque los requisitos importantes para escuchar a una víctima de violencia sexual ☒ Privacidad visual y auditiva. ☐ Confidencialidad (exceptuando los padres). ☐ Cámara Gessell. ☐ Presencia de la persona adulta acompañante. ☒ Transmitir que se le cree. ☒ Transmitir que la decisión de contarlo fue algo bueno. ☐ Hacerle saber que estaría muy mal mentir. ☒ Transmitir que recibirá protección inmediata. ☒ Pedir un relato coherente, completo y detallado. ☒ Ofrecer medios alternativos (dibujo, juego, expresión corporal).	La completa privacidad, visual y auditiva (junto con la escucha atenta y empática la tranquilidad de que no habrá interrupciones) son requisitos esenciales para el develamiento. La niña, niño o adolescente debe sentir que se le cree, que no se desconfía de sus dichos ni se privilegia la supuesta credibilidad de quienes le desmienten. En todo momento, debe sentir que romper con el secreto fue una decisión acertada y que recibirá la protección inmediata necesaria para que el hecho no se repita. Si “no tiene” palabras para describir lo sucedido, debe poder recurrir a otros medios, en la seguridad de que será comprendida/o.	La confidencialidad se debe asegurar de manera irrestricta, mientras no se acuerde con la víctima quién es la persona adulta protectora y de confianza. No es necesario que la primera escucha se produzca en una cámara Gessell: bastará la privacidad, la atención empática y la tranquilidad de no ser interrumpidos. Es la niña, niño o adolescente quien decidirá si quiere o no que la persona acompañante esté presente en la entrevista. No olvidemos que puede ser también el/la agresor/a. El develamiento no tiene por qué ser verbal. Si lo es, no hace falta que sea completo, coherente y detallado.

Tema y tipo de pregunta	Pregunta	Retroalimentación acierto	Retroalimentación error
La disociación V / F	Como la posible víctima está serena y no muestra emociones alteradas, la urgencia no es extrema o tal vez el hecho no sucedió como lo cuenta. ☐ V ☒ F	(Si respondió F) En efecto, la aparente falta de emoción respecto del hecho puede ser producto de la disociación y un síntoma preocupante, que pronostica una evolución de tendencia desfavorable	(Si respondió V) Todo lo contrario: la aparente falta de emoción respecto del hecho puede ser producto de la disociación y un síntoma preocupante, que pronostica una evolución de tendencia desfavorable
Trastornos de la memoria Opción múltiple 1 opción correcta.	Que víctima sea incapaz de recordar aspectos importantes del hecho violento, puede significar: ☐ Que la violencia sexual fue una fantasía proyectada sobre un hecho banal. ☒ Que el hecho existió pero impactó con amnesia sobre fragmentos de lo sucedido o de la etapa en que se inscribe.	En efecto, la cancelación de los propios recuerdos como defensa mental (que permite huir de la escena a través de la disociación) tiende a transformarse en un síntoma indicador del padecimiento.	Error. La falta de recuerdos (aun de detalles esenciales) no significa que el hecho no haya ocurrido, sino que su recuerdo ha sido cancelado como defensa mental.
Áreas afectadas como consecuencia de traumas complejos	¿En cuál/es de estas conductas de niñas, niños o adolescentes ameritaría, en su opinión, preguntarse por la existencia presente o pasado de situaciones de violencia sexual? ☒ Problemas con los límites y las normas. ☒ Aislamiento social. ☒ Impasibilidad ante deseos o desagradados. ☒ Amnesias (parciales o totales). ☒ Agresividad. ☒ Desórdenes alimentarios. ☒ Oposicionismo. ☐ Falta de concentración y problemas de aprendizaje. ☒ Imagen corporal distorsionada. ☒ Baja autoestima.	(Si marcó todas.) Cualquiera de estas manifestaciones podría ser consecuencia de la afectación por un trauma complejo, entre los que se cuenta la violencia sexual en la infancia o adolescencia.	(Si marcó sólo algunas.) Error. TODAS estas manifestaciones podrían ser consecuencia de la afectación por un trauma complejo, entre los que se cuenta la violencia sexual en la infancia o adolescencia.

Tema y tipo de pregunta	Pregunta	Retroalimentación acierto	Retroalimentación error
MÓDULO 2 - CLASE 2			
Integralidad del abordaje de la ViSNN-yA. Opción múltiple con >1 opción correcta.	El abordaje integral que requieren los casos de violencia sexual contra niñas, niños o adolescentes implica: ☒ La perspectiva interdisciplinaria (no limitada a las profesiones médicas). ☒ La perspectiva intersectorial (actuar en red con instituciones por fuera del sector salud). ☒ La abordar no sólo a la víctima sino al vínculo, la familia, las figuras adultas protectoras y otros.	(Si marcó las tres opciones.) En efecto, el concepto de <i>integralidad</i> es multidimensional y abarca todas estas perspectivas.	(Si omitió marcar una o más opciones.) Error. El concepto de <i>integralidad</i> es multidimensional y abarca todas estas perspectivas.
Pasos a dar ante una sospecha de ViSNN-yA. Opción múltiple con 1 opción correcta.	Cuando a partir de una consulta surge la sospecha de un hecho (o más) de violencia sexual contra una niña, niño o adolescente, lo primero es... ☐ Hacer la denuncia policial. ☒ Entrevistar a la posible víctima. ☐ Notificar a un Organismo de Protección de Derechos. ☐ Hacer un examen físico sobre la posible víctima. ☐ Dejar constancia en la Historia Clínica.	El primer paso es, siempre, entrevistar a la posible víctima en condiciones de privacidad (visual y auditiva), confidencialidad, en presencia de una persona adulta elegida por ella y de su confianza. En lo posible, también con la presencia de otro profesional –del Área de Salud Mental, si estuviera disponible–. Una vez realizada, se procederá al examen físico, la evaluación del riesgo, la formulación de una hipótesis diagnóstica. Por último, al registro cuidadoso en la Historia Clínica.	No es así. El primer paso es, siempre, entrevistar a la posible víctima en condiciones de privacidad (visual y auditiva), confidencialidad, en presencia de una persona adulta elegida por ella y de su confianza. En lo posible, también con la presencia de otro profesional –del Área de Salud Mental, si estuviera disponible–. Una vez realizada, se procederá al examen físico, la evaluación del riesgo, la formulación de una hipótesis diagnóstica. Por último, al registro cuidadoso en la Historia Clínica.
Cómo evaluar el riesgo.	Marque a continuación las condiciones que representan un riesgo aumentado para la víctima de violencia sexual. ☒ Precariedad socioeconómica. ☒ Negligencia por parte de sus figuras cuidadoras. ☒ Es mujer. ☒ Padecimiento psíquico previo.	(Si marcó todas menos “Pertenece a una minoría étnica”.) En efecto, todas las condiciones que Ud. marcó implican un riesgo aumentado. No así la pertenencia a una minoría étnica, la cual sólo representará un riesgo si ésta es socialmente minusvalorada o estigmatizada.	(Si marcó “Pertenece a una minoría étnica” o dejó de marcar alguna de las restantes.) A excepción de la pertenencia a una minoría étnica (la cual sólo representará un riesgo si ésta es socialmente minusvalorada o estigmatizada), todas las restantes condiciones implican un riesgo aumentado, (Esta devolución impediría dar más de una oportunidad de respuesta.)

Tema y tipo de pregunta	Pregunta	Retroalimentación acierto	Retroalimentación error
	☒ Discapacidad/es. ☐ Pertenece a una minoría étnica. ☒ Fue amenazada con armas. ☒ Fue víctima de más de una persona. ☒ Carece de contención familiar. ☒ Pertenece al colectivo LGTBI+		
Cómo evaluar la urgencia o la necesidad de medidas de protección. Opción múltiple con >1 opción correcta. Marque las situaciones que, a su criterio, implican urgencia y la implementación inmediata de medidas de protección.	☒ Episodios de violencia sexual reiterados. ☒ La persona agresora es conviviente. ☒ Lesiones físicas o evidencias de penetración. ☒ Episodio violento ocurrido en los 5 días previos. ☒ La víctima carece de una figura protectora en su entorno inmediato. ☒ Episodio violento ocurrido en los 30 días previos. ☒ La víctima se muestra impasible. ☒ El relato de la persona acompañante es confuso o incoherente. ☒ La persona acompañante está incapacitada para ofrecer protección (en forma transitoria o permanente). ☒ Hay sospechas de que la persona acompañante es la persona agresora.	(Si marcó todas.) En efecto, todas estas situaciones implican urgencia y la necesidad de implementar inmediatamente una o más medidas eficaces de protección de la víctima.	(Si no marcó todas.) Error. Todas estas situaciones implican urgencia y la necesidad de implementar inmediatamente una o más medidas eficaces de protección de la víctima.

ANEXO 5: Autorizaciones para las entrevistas

Buenos Aires, 18 de agosto de 2020

Por medio de la presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (DNI 12.542.952), perteneciente a la dotación de personal de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación, a realizar entrevistas a algunos miembros de esta Dirección.

Tales entrevistas se relacionan con la elaboración del Trabajo Final Integrador de la Especialización en Docencia en Entornos Virtuales que cursa en la Universidad Nacional de Quilmes y versarán en torno al tema: «Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la Plataforma Virtual de Salud».

Se autoriza a condición de que en el trabajo final no sean publicados los nombres completos sino solamente las iniciales de las personas entrevistadas, y se guarde confidencialidad sobre sus identidades en la versión que se incluirá oportunamente en el repositorio virtual público de la Universidad de Quilmes (<https://ridaa.unq.edu.ar>).



Dra Gabriela Bauer
Directora de Salud Perinatal y Niñez



María del Carmen Mosteiro <mcmosteiro@gmail.com>

Autorización entrevista

1 mensaje

Claudia Lomagno <claumarl@hotmail.com>

26 de septiembre de 2020, 14:14

Para: María del Carmen Mosteiro <mcmosteiro@gmail.com>

Por medio de la presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (DNI 12.542.951), a entrevistarme en relación con la elaboración del Trabajo Final Integrador de la Especialización en Docencia en Entornos Virtuales que cursa en la Universidad Nacional de Quilmes y versará en torno al tema: «Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la Plataforma Virtual de Salud».

Mis dichos podrán ser incluidos en dicho trabajo, que se incluirá oportunamente en el repositorio virtual público de la Universidad de Quilmes (<https://ridaa.unq.edu.ar>), con resguardo de mi identidad, ya que mi única identificación serán las iniciales de mi nombre.

RIDAA Inicio

RIDAA-UNQ es el Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes, donde se almacena, organiza, gestiona, preserva y difunde la producción científica, académica, artística y cultural en formato digital, generada por los integrantes de la comunidad universitaria.

ridaa.unq.edu.ar

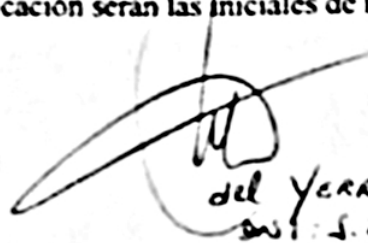
Claudia Marcela Lomagno

DNI 13214452

Buenos Aires, 19 de agosto de 2020

Por medio de la presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (DNI 12.542.951), a entrevistarme en relación con la elaboración del Trabajo Final Integrador de la Especialización en Docencia en Entornos Virtuales que cursa en la Universidad Nacional de Quilmes y versará en torno al tema: «Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la Plataforma Virtual de Salud».

Mis dichos podrán ser incluidos en dicho trabajo, que se incluirá oportunamente en el repositorio virtual público de la Universidad de Quilmes (<https://riqua.unq.edu.ar>), con resguardo de mi identidad, ya que mi única identificación serán las iniciales de mi nombre.



del YERRO, Mirta
DNI: 5.859.603

Buenos Aires 21 de Agosto de 2020

Por medio del presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (DNI 12.542.951), a entrevistarme en relación con la elaboración del Trabajo Final Integrador de la Especialización en Docencia en Entornos Virtuales que cursa en la Universidad Nacional de Quilmes y versará en torno al tema: «Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la Plataforma Virtual de Salud».

Mis dichos podrán ser incluidos en dicho trabajo, que se incluirá oportunamente en el repositorio virtual público de la Universidad de Quilmes (<https://ridaa.unq.edu.ar>), con resguardo de mi identidad, ya que mi única identificación serán las iniciales de mi nombre.

Marcela Arechaga
DNI 16046361
Área de Gestión y Capacitación
Dirección de Salud Perinatal y Niñez
Ministerio de Salud de la Nación



Gmail

5

11

11

1

11

--	--

--	--

5

5

100

Recibidos

15.503

Pospuestos

Importantes

Enviados

Borradores

Categorías

Alertas salud

Apartment Therapy

Correo Binder

ForFor-2018

Hotmail

755

PVS

UNQUI

2.353

WP18

Recibid



MoGal

para mí

Estimada María,

Por medio del presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (la elaboración del Trabajo Final Integrador de la Especialización Universidad Nacional de Quilmes y versará en torno al tema: « virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones».

Mis dichos podrán ser incluidos en dicho trabajo, que se incluirá en la tesis de grado de la Universidad de Quilmes (<https://ridaa.unq.edu.ar>), con reconocimiento de autoría. La identificación serán las iniciales de mi nombre.

Te envío mis cordiales saludos.

Lic. Mónica Galván

DNI v17.660.438

Responder

Reenviar





Gmail

Buscar correo

Redactar

Recibidos

15.488

Destacados

Pospuestos

Importantes

Enviados

Borradores

Categorías

Alertas salud

Apartment Therapy

Correo Binder

ForFor-2018

24

Hotmail

755

PVS

LINCOLN

2 252

Autorización para entrevistarme

Recibidos

Eduardo Bologna

para mí

Por medio del presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (I) a la elaboración del Trabajo Final Integrador de la Especialización en Matemática de la Universidad Nacional de Quilmes y versará en torno al tema: «Cálculo diferencial virtual: continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones».

Mis dichos podrán ser incluidos en dicho trabajo, que se incluirá la Universidad de Quilmes (<https://ridaa.unq.edu.ar>), con reserva de los derechos de autor. Serán las iniciales de mi nombre.

Atentamente,

Lic. Eduardo Bologna

...

[Mensaje recortado] [Ver todo el mensaje](#)

Responder

Reenviar





Autorización para entrevista

Recibidos x

Por medio del presente autorizo a María del Carmen Mosteiro (DNI 12.5 de la Especialización en Docencia en Entornos Virtuales que cursa en la permanente en servicio y enseñanza virtual: continuidades, discontinuidades y transiciones. Mis dichos podrán ser incluidos en dicho trabajo, que se incluirá oportunamente en el repositorio institucional de la Universidad Nacional de General Roca (<https://ridaa.ung.edu.ar>), con resguardo de mi identidad, ya que mi único

Enviado desde mi iPhone

Responder

Reenviar

