

Investigación Arbitrada

LA METACOGNICIÓN COMO METODO DE LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS REGISTROS DE SALUD Experiencia local Distrito Sanitario Tovar Estado Mérida.

YONEIDA CAROLINA VERA
VRYCGRE@GMAIL.COM
0000-0002-3185-985X
MSc UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

LETICIA MOGOLLÓN
LETICIAMOGOLLON@GMAIL.COM
0000-0002-5129-1966
DRA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA TERRITORIAL DE
MÉRIDA "KLÉBER RAMÍREZ (UPTMK)

RECIBIDO: 23/10/19 REVISADO: 18/01/20 ACEPTADO: 13/04/20

Resumen

El registro de salud, es un proceso complejo. Y debido a la importancia del dato, su creación alude a la sistematización precisa y la formación del personal que lo realiza, lo que implica el uso de un proceso de aprendizaje - enseñanza que articula, la sinergia cognitiva de los involucrados. Por consiguiente, el presente estudio aborda la metacognición como método de enseñanza-aprendizaje para la construcción de los registros de salud, a partir del proyecto formativo establecido bajo el modelo de gestión local, donde el Distrito Sanitario Tovar representó el 45% (1427) de las personas capacitadas del estado Mérida. De modo que esto permitió el reconocimiento del área de trabajo, adecuación de los formatos, continuidad en el aprendizaje, evaluación continua de las metas, obtención de los datos de la sala situacional en sus tres procesos básicos, permitiéndole a este Distrito ser piloto para Venezuela y de referencia en el Estado Mérida. Además de mantener el 100% del personal capacitado, se debe hacer seguimientos simultáneos al proceso de los registros del modelo de atención integral durante 18 años (planificación, supervisión y evaluación), para que se pueda visibilizar la educación continua en el registro de salud ya que tiene gran relevancia puesto que permite obtener, consignar, almacenar, organizar y utilizar la información que se genera durante el proceso de atención.

Palabras clave:

Metacognición, Estrategias, Registros de salud, Educación.

Metacognition as a method to teach the construction of health records

Abstract:

The health record entails a complex process due to the importance of the data. Its creation invokes the precise systematization and training of the personnel who performs it, which implies the use of a learning-teaching process to articulate the cognitive synergy of those involved. This study addresses metacognition as a teaching-learning method for the construction of health records, based on the training project established under the local management

model, where the Sanitary District of Tovar represented 45% (1427) of the people trained in the state of Mérida, which enabled: the recognition of the work area, the adaptation of the formats, the continuity in learning, the continuous evaluation of the goals, and the data obtention from the situational room in its three basic processes; allowing this district to serve as a pilot project for Venezuela and as a reference in the State of Mérida, in addition to maintaining the entirety of the staff in operation, carrying out simultaneous monitoring of the recording process of the comprehensive care model during eighteen years (planning, supervision, and evaluation); with the aim of furthering education in the construction of health records on account of its great degree of relevance, which allows the obtention, con-signment, storage, organization, and utilization of the data obtained during the care process.

Keywords:

Metacognition, strategies, health records, education.

Introducción

El concepto de Metacognición nos quiere dar a entender que una persona es capaz de tener conciencia, tanto de la manera como lleva a cabo su forma de aprender y comprender el motivo de los efectos de una actividad, como si tales acciones han sido positivas o negativas. De acuerdo a este aspecto, en el área de salud los encargados de realizar el registro son los integrantes del equipo que lo conforman (médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, promotores sociales, entre otros) de acuerdo a sus actividades diarias, deben de estar sensibilizado y, de igual modo, asumir conciencia de la vital importancia que tiene para este. Así mismo, estar claro con la implicación del mismo en el sistema de información de salud, donde él, como sujeto interviniente debe de comprender que cada registro que realice a diario se transforma en base de datos del sistema y, que tiene preeminencia en las decisiones orientadas en materia de salud.

En este sentido, los procesos de enseñanza-aprendizaje, se guían en los procesos cognitivos que se dan a nivel neurológicos y, en muy pocas ocasiones se consideran los factores motivacionales, metacognitivos, afectivos, sociales, culturales e interactivos que son los mecanismos de intercambio presentes en el proceso de aprender un nuevo conocimiento, reformulado y redimensionado de acuerdo al entorno donde ocurre el proceso de educación (Jimenez, 2014). Este proceso de aprendizajes solo ocurre cuando la aplicación del conocimiento aprendidos se relaciona de manera lógico y conveniente al escenario del sujeto que aprende y este decide autoevaluar lo adquirido y le da un sentido propio (Osses y Jaramillo, 2008), si tiene una motivación intrínseca de necesidad, lo que crea un proceso de control y regulación de la actividad cognitiva de generar conocimiento. Ahora bien, de acuerdo a lo dicho, se alude al saber seleccionar una estrategia para la organización de la información y estar en condiciones de evaluar el resultado obtenido.

Por lo tanto, los aprendizajes de los registros de salud van ligados a la enseñanza de las matemáticas, puesto que las actividades desarrolladas en ella en referencia a la atención de los usuarios se transforman en números, donde tradicionalmente se ha utilizado esquemas algorítmicos y ecuaciones aprendidas memorísticamente, que en su mayoría no son planteados desde actividades de la vida cotidiana profesional (Vázquez, 2017). Los números arrojados de la atención en salud, al ser analizados se convierten en datos, que por lo general son es-

quemados algorítmicos y las ecuaciones. En otras palabras, a este fenómeno se le conoce como estadística de salud, cuya ciencia de aplicación son las matemáticas. Y su importancia está implícita en la función de crear bases de datos que dan cuenta de la realidad numérica del mundo y el ser humano (Díaz, 2015). Ahora bien, lo complejo del aprendizaje de estas dos ciencias es debido a la necesidad de seguir algoritmos rígidos que permitan contar con una precisa exactitud de los resultados. De ahí que se necesita que su enseñanza sea significativa, y se esté dispuesto a “aprender a aprender” y “aprender a pensar”, así el que hace de ellas su profesión debe hacerse creador de su propio conocimiento de una forma consciente, auto-recurrente y reflexiva para lograr la solución de una gama de problemas presentes en el siglo XXI (Deval, 2012).

Aprender a trabajar en registros de salud es un proceso metacognitivo desde dos puntos de vista. Es decir, primero por todo el proceso de aprender a aprender a realizar la base de datos desde la importancia del dato que se debe registrar en unos formatos previamente formulados y establecidos dentro de un programa de salud. Y segundo, desde la creación del nuevo dato aportado por el análisis estadístico que establece las dimensiones e evaluación o diagnóstico del escenario de salud del área donde fue registrado el dato. Así que, para realizarlo se necesita la formación de los sujetos que realizarán indicadores del proceso de crear el registro.

Ahora bien, el proceso metacognitivo que se experimenta en cada actividad realizada a diario en las diferentes áreas de salud datan desde tiempos remotos, dado que la información generada por la atención en salud ha tenido sus implicaciones en la historia de la humanidad, al contar con información que se ha generado a partir del dato para dar a conocer ¿de qué se enferman las personas?, ¿de qué se mueren? e incluso ¿cómo se puede prevenir las enfermedades?, ¿qué medidas se pueden tomar? E igualmente ha permitido crear políticas y realizar programas que van orientados a poblaciones específicas tales como: recién nacidos, atención al parto, atención a las personas en edades más susceptibles (niños, ancianos, embarazadas, otros) (Guerrero, M. Pérez, A, 2009)

De aquí que, al tomar en cuenta todas estas implicaciones se observa como los servicios de salud cuentan con una estructura que ofrecen una gran diversidad de servicios de atención, convalecencia y cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a múltiples enfermedades, como a traumatismos o anomalías genéticas; así como también la atención primaria en salud con programas de prevención. Por ende, toda información que allí converge ha generado información esencial para la investigación, la educación y la gestión.

Esta realidad hace que el personal de salud, a parte de realizar la atención al usuario sano o enfermo, debe de concienciarse en el registro de cada acto o acción que realice, puesto que este servirá como referencia para evaluar programas, detectar cambios ocurridos en el sistema de información en salud, construir indicadores de medición, conocer la demanda o necesidades de servicios de salud de la población. Es de allí donde se derivan programas de protección, promoción de salud, atención médica, programas de bienestar social, programas del control de medio ambiente. Pero también es importante resaltar que si no se realiza un buen registro lleva influencia en toma de decisiones erradas no siendo las más acertadas, aparte de que conlleva a realizar acciones indebidas y que no pueden ser evaluadas y controladas.

Para realizar bases de datos o registros de salud idóneos, se necesita una educación que precise un método de enseñanza-aprendizaje que siga una metodología clara y precisa, que permita realizarlos completamente y que contengan toda la información para crear indicadores de monitoreo de la salud que puedan integrarse al registro nacional del sistema de salud. De este modo se crean planes, programas y proyectos de acuerdo a una realidad del estado de salud de un país. Debido a la relevancia del dato registrado, es importante considerar la metacognición como el método y metodología pedagógica idóneo para enseñar a realizar los registros de salud en cualquier institución u unidad de servicio médico del país desde el aprende a aprender y el aprender a pensar.

La metacognición en la creación de los registros de salud pública

Los estudios de John Flavell (1976), gestaron el concepto de metacognición. Ahora bien, iniciar sus estudios en una evaluación cognitiva de lo que representa la memoria y la conciencia para cada persona establece que existe un proceso cognitivo mental máximo que controla a los niveles inferiores del proceso mental, al que denomina metacognición que se asocia con el conocimiento de: ¿cómo se piensa?, ¿Cómo funcionan los procesos del pensamiento?, ¿Cuáles son las estrategias del aprendizaje intrínseco al pensamiento?, el auto-valor del concepto y la eficacia del proceso de aprendizaje causada por la motivación interna motivada por los elementos externos asociados al proceso de aprender. Por lo que, define metamemoria como el conocimiento adquirido sobre los propios contenidos y procesos de memoria que poseemos; “el conocimiento de uno mismo concerniente a los propios procesos y productos cognitivos o a todo lo relacionado con ellos” (Flavell, 1976). Luego en (1979), agrega a su definición la motivación y la emoción. Cada proceso cognitivo (atención, aprendizaje, lenguaje,...) puede llegar a alcanzar un nivel superior o metacognitivo (meta-atención, meta-aprendizaje, metalenguaje,...) que hoy en día es considerado necesario para llegar a ser un aprendiz eficaz y luego un profesional autónomo creador y productivo en cualquier área profesional.

Ahora bien, existen tres momentos básicos que se producen en todo aprendizaje en registro de datos de salud pública:

1. Antes de comenzar la tarea de aprendizaje de cómo hacer un registro en salud pública (planificación)
2. Mientras se está ejecutando el registro (supervisión)
3. Después de haber finalizado el registro (evaluación).

El saber planificar, supervisar y evaluar qué técnicas, cuándo, cómo, por qué y para qué se han de aplicar (estrategias) en los registros y sus contenidos con el objetivo de aprender, hace que el aprender hacer el registro se vuelva estratégico. Estas son las claves para llegar a ser un estadista o registrador de datos en salud y lograr ser un registrador autónomo durante toda la vida.

La metacognición en los registros en salud ha de ser el conocimiento y el control de la actividad cognitiva al registrar un dato que es transcendental dentro del contexto social y humano, ya que de este registro generará un conocimiento con tres características: declarativo

(es el que conozco), procedimental (es el cómo conozco) y condicional (es el cuándo y por qué conozco). Este último es básico para la reflexión metacognitiva, ya que establece el indicador de diagnóstico de la salud. Este conocimiento posee tres tipos de variables asociadas a una investigación acción- participativa donde se monitorea: sujeto, registro y estrategia de registro.

Sujeto: Existen dos tipos de sujetos, el que realiza el registro y el que se registra, y también que se deben tener en cuenta:

a. Edad que establece el nivel cognitivo que ha desarrollado en su proceso normal de aprendizaje,

b. El nivel de conocimientos, que permite ubicar el nivel de complejidad e interpretación que posee ante el acto del registro, casi siempre se asocia con el nivel académico que poseen los sujetos y su proyección establece que se comienza teniendo un conocimiento fraccionado o lego que al integrarlo les permite adquirir un conocimiento experto, ya que el conocimiento que se posea también influye en el proceso de registro,

c. Las disposiciones y habilidades, el nivel de habilidad que se posee y el estilo atribucional del que se disponga son dos características importantes, debido a que estos establecen la implicación, compromisos y empeño en el proceso del registro y

d. La motivación, por el escenario o estado de salud del sujeto que debe estar presente para cumplir eficazmente con la tarea de registrar y registrarse. Los factores motivacionales se asocian con la actuación durante el proceso de registrar y la calidad del proceso del registro (Burón, 1995; Mateos, 2001).

Registro o tarea metacognitiva: Esta incluye factores como la amplitud o dimensión del registro, complejidad o grado de dificultad en su realización. Por esta razón los procesos de registros en salud son parte fundamental de un programa o plan de salud pública, donde se establecen las características y formularios que se deben realizar para recopilar la información requerida, para poder seleccionar la estrategia más adecuada de abordaje individual o comunitario que facilite obtener la información precisa que responderá las incógnitas del diagnóstico en salud.

Estrategia de Registro: Es un procedimiento diseñado en función de las necesidades o situaciones presentes en el escenario de estudio que debe permitir localizar la información solicitada para alcanzar los objetivos o metas del programa de salud establecido por el estado o país. Desde luego, estas estrategias involucran cognitiva y plenamente al registrador y al registrado entre los cuales debe existir una interrelación que establezca un intercambio de información que asegure la obtención de la información.

Para lograr estas estrategias y tener el control metacognitivo, ocurren tres procesos básicos simultáneos: Planificación, supervisión y evaluación.

Planificar: Consiste en organizar y seleccionar las estrategias más adecuadas para solucionar algún contratiempo en el proceso de registro, distribuir los recursos, fijar objetivos, activar conocimientos previos; es decir, elaborar un plan de acción para solucionar la tarea propuesta de forma exitosa.

Supervisar: Implica monitorear el proceso que se sigue, mientras se ejecuta una tarea. Lleva implícito la aproximación o alejamiento de la meta propuesta, la detección de: aspectos importantes, inconsistencias, dificultad en la comprensión, el conocimiento de las causas de las dificultades surgidas y la flexibilidad en el uso de estrategias; es decir, autorregular y autoevaluar las habilidades necesarias para controlar el aprendizaje.

Evaluar: Es valorar tanto el resultado como el proceso regulador del aprendizaje. Incluye la valoración de la efectividad de las estrategias utilizadas durante el desarrollo de la tarea. Evaluar un proceso metacognitivo como el de registro de salud no es tarea fácil, ya que no es una conducta observable, por lo que los métodos para evaluarla deben ser indirectos de acuerdo a la eficacia y la importancia del dato recolectado, muchas veces por la presencia e importancia del dato y en su actual contexto digital se invisibiliza todo el proceso cognitivo y metacognitivo que se efectúa para elaborarlo, que es un intercambio de información que lleva implícita la interpretación de un experto en salud, que debe evaluar las condiciones de salud de un paciente y registrar su estado metacognitivo presente en el momento del registro. Estos tres procesos, como sus tres variables descritas anteriormente están relacionados entre sí de forma gráfica. (Ver figura 1)

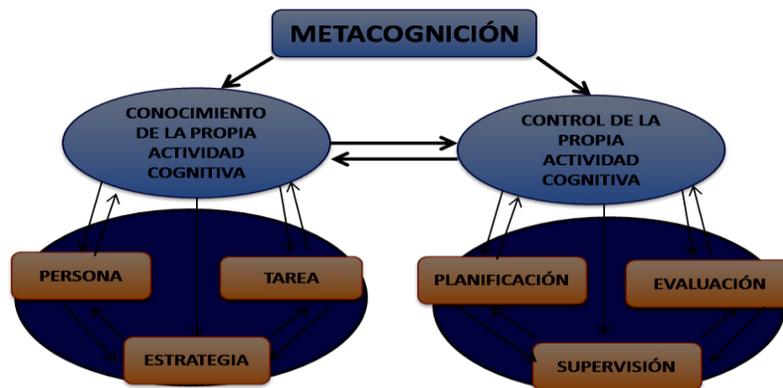


Fig. 1. Tanto la Metacognición como el registro cumplen con el modelo establecido por Mateo (2001)

El proceso metacognitivo de hacer un registro en salud es una actividad que debe contar con el control y la regulación de la actividad cognitiva del registrador y el registrado donde ocurren tres fases: La planificación antes de iniciar el registro; el control de la acción de registrar, la rectificación del proceso de registro mientras este se realiza y la evaluación del resultado final del registro.

Según Mateos (2001) para enseñar habilidades metacognitivas se requiere la figura del profesor como modelo y guía, que lleve al que aprende, gradualmente, a competencias superiores cada vez más complejas que le permitan gradualmente asumir el control del proceso de registrar cognitiva y metacognitiva (Osses y Jaramillo, 2008). Por esta razón el facilitador de la formación en la creación de un registro público debe ser un guía experimentado que tenga bien claro la importancia del personal a formar, de la información a recopilar y el escenario donde se actuara para crear los registros. El proceso implica reflexionar como se aprende a implementar estrategias que mejoren el proceso ya que un sujeto es metacognoscitivo cuando tiene conciencia sobre sus procesos (percepción, atención, comprensión, memoria), sus estrategias cognoscitivas (ensayo, elaboración, organización, estudio), y ha desarrollado ha-

bilidades para controlarlas y regularlas. Esto significa que, en forma consciente y deliberada, los planifica, organiza, revisa, supervisa, evalúa y modifica.

Estrategias metacognitivas de formación en registro en salud.

Las estrategias son procesos secuenciales que utiliza el sujeto para controlar actividades cognitivas y asegurarse una meta propuesta. Para la metacognición en las estrategias el sujeto no solo lleva a la conciencia lo que se sabe y lo que no se sabe, sino también conoce qué se puede hacer para solucionar las fallas que se presentan en la comprensión de la tarea a ejecutar y que están deteriorando el aprendizaje. Las estrategias metacognitivas pueden ser conscientemente utilizadas por el sujeto para focalizar la atención en información importante, en el monitoreo de la comprensión de esa información, en determinar metas, alcanzarlas con éxito, identificar y resolver las dificultades de la comprensión. Son externas al sujeto y comunes a todo tipo de enseñanza-aprendizaje, estas pueden ser enseñadas, estas estrategias hacen que el sujeto lleve a la conciencia su propio proceso de aprendizaje, teniendo en cuenta sus propias características como aprendiz: conocer sus aptitudes, sus actitudes, sus emociones (variable persona), las características de la tarea a realizar (variable tarea) y la variabilidad y efectividad de las estrategias (variable estrategia) a seleccionar, dependiendo tanto de las características propias como de las de la tarea.

Segun Jimenez y colaboradores (2014) las estrategias metacognitivas son estrategias de aprendizaje, por lo que, en cualquier escenario donde ocurran, el proceso de enseñanza-aprendizaje-enseñanza se deberían utilizar para aprender a aprender y permiten desarrollar comportamientos metacognitivos considerando la activación del aprendiz:

- Identificar “lo que sabes” y “lo que no sabes”. El aprendiz tiene que hacer conscientes decisiones sobre su conocimiento para marcarse una meta entre “lo que sé” y “lo que quiero aprender”.

- Hablar sobre el pensamiento: de esta manera, se adquiere vocabulario relacionado con el pensamiento durante situaciones de planificación y de resolución de problemas.

- Planificar y autorregularse, para los involucrados en el proceso.

- Autoevaluarse, se puede ir aplicando de forma gradual y de manera independiente.

- Generar autopreguntas sobre los propios procesos de pensamiento, para estimular la comprensión y llevar a la conciencia qué estrategias se han utilizado para comprender la tarea a realizar (o realizada).

- Formular las hipótesis y comprobarlas.

El uso de estrategias metacognitivas aporta una serie de beneficios como son:

- a) La estimulación de la codificación de la información, ayudando a conectar la información nueva con la que ya se poseía (aprendizaje significativo), mientras que flexibiliza y restaura los esquemas mentales del aprendiz;

- b) La focalización de la atención hacia los aspectos importantes de la tarea a realizar;

- c) La generalización de aprendizajes gracias a la transferencia de información entre distintas áreas de pensamiento;
- d) La adaptación de las estrategias al estilo de aprendizaje del aprendiz;
- e) Fomento del aprendizaje independiente ayudando al estudiante a ser un sujeto activo (la metacognición es producto y productora del desarrollo cognitivo);
- f) La metacognición obliga al sujeto a pensar y dependiendo del tipo de tarea, varía la estrategia a utilizar.

Todas estas caracterizaciones metacognitivas se logran al establecer muy específicamente el rol que juega cada participante en el proceso metacognitivo de enseñanza y aprendizaje en cualquier contexto de educación o formación.

Articulación los fundamentos de la metacognición en el registro en salud

El registro de salud lleva implícito un uso, utilidad e importancia que es fundamental que el personal que participe en su construcción sea capaz de articularlo al proceso metacognitivo, debido a que esto genera conciencia sobre los propios procesos cognitivos y la autorregulación de los mismos (Flavell, 1976), autor que distingue que los seres humanos son seres vivos pensantes susceptibles a equivocarse cada vez que piensan, lo que ayuda a corregir los posibles errores, además de la mejora de los procesos a través de sus propias experiencias o de las necesidades del entorno.

E igualmente, la metacognición es indispensable en actividades donde las personas realizan tareas que les permiten planificar y tomar decisiones de una manera argumentada, acerca de temas de su interés (aprendiendo a aprender, aprendiendo a pensar); en este caso es de suma consideración imperante debido a la participación del equipo multidisciplinario de salud en la construcción del dato generado para alimentar la data del sistema de información de salud como ente participativo.

Por tanto, es imperiosa la necesidad de articular los fundamentos de la metacognición en el registro de salud, definido como: “Toda información escrita, producto de las actividades dirigidas a la prestación de servicios de salud a la población demandante” (Organización Panamericana de la Salud, 1991). En este sentido, se debe considerar hablar de la importancia de los registros de salud y sus integrantes (médicos, enfermera, odontólogos, bioanalistas, personal de: banco de sangre, rayos x, promoción social y todo aquel que tenga relación directa con la atención del usuario), quienes son los sujetos intervinientes en el proceso, quienes deben de tener claras las siguientes preguntas: ¿cuál es la finalidad del registro del usuario? ¿Por qué es importante no obviar la información? ¿Realmente tiene utilidad? ¿Qué se ha logrado con la calidad del dato?

Tomando en consideración que toda información que se realiza debido a esta actividad, paulatinamente se convierte en datos. Y que al ser procesados se convierten en estadísticas con diferentes implicaciones para la sociedad, que van desde bases de datos para la administración de los recursos, la prestación y agilización de servicios de salud, la docencia e investigación hasta distinguir la necesidad de contar con sistemas de información que aseguren más precisión y agilidad en el proceso de programación, control y evaluación del sistema de

salud y que puedan contar con una adecuada calidad. Y al respecto, los entes reguladores de salud como la OMS (organización Mundial de la Salud) a nivel mundial y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) reconocen como una necesidad alcanzar el objetivo de cualquier servicio de salud que contribuye a lograr para la población el más alto nivel posible de salud; ello exige la sistematización del registro de la información como en el inicio de los registros médicos y de salud en general, que ofrecen a su vez los datos básicos sobre la población, sus problemas, necesidades y la respuesta a los servicios. Estos servicios deben estructurarse y administrarse de acuerdo a las características de esos niveles de atención y grados de complejidad del sistema de salud. En consecuencia, los registros son la base fundamental de cualquier sistema y suministran información para el sistema de atención al usuario, así como también de los servicios ofrecido (Guerrero, M.; Pérez, A., 2009).

Está comprobado por los entes rectores de salud que cuando no se suele realizar un registro de calidad, confiable y fidedigno se pierde la perspectiva ¿de qué se enferma la población?, se disipan las estrategias de trabajo, y por ende se desconoce los problemas de salud pública, no solo las acciones que se puedan aplicar sino que, debido a esto, se contribuye a no desarrollar las políticas y programas en salud del estado; lo que traduce en pérdidas de horas recursos humanos, financieros y materiales. Ahora bien, el registro no debe quedar solo como una norma, dado que la información que no se anota suele perderse los detalles y hechos esenciales en un momento dado. Entonces, es necesario que el equipo de salud registre y se conciencie para el registro continuo con calidad y eficacia.

De allí surge la inquietud de articular el proceso cognitivo al registro de salud y enseñarlo a cada uno de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud para que de esta manera darle un enfoque social y crítico, de acuerdo a la relevancia que implica para el sistema de información en salud. Por consiguiente, el campo de la ciencia la salud requiere de una continua reflexión, por la incesante búsqueda de soluciones a las necesidades de la población.

De acuerdo a la evolución del aprendizaje los paradigmas de enseñanza han sufrido transformaciones en los últimos tiempos, al centrar consecutivamente modelos educativos que van dirigidos al aprendizaje significativo. En ese sentido, los roles de profesor y alumnos han sufrido transformaciones en donde el profesor deja de ser expositor de conocimientos para transformarse en monitor del aprendizaje. Y a su vez los alumnos dejan de ser espectadores del proceso de enseñanza para convertirse en integrantes participativos, propositivos y críticos en la construcción de su propio conocimiento. Bajo esta matriz de transformación la educación conduce el proceso aprendizaje a una pedagogía crítica donde la libertad de conocimiento predomina sobre la pedagogía tradicional donde el conocimiento es minimizado, pero al ser confrontada con la realidad se consigue seres humanos que tienen amplios conocimientos teóricos que al ser confrontados con la práctica se encuentran desarmados ante tal realidad. (Deval, 2012).

Las teorías seleccionadas para sustentar el registro de salud, llevan implícita la metacognición de la que se debe expresar lo siguiente:

Es una teoría cognitiva que hace referencia a las actividades intelectuales internas como la percepción, interpretación y pensamiento crítico. Algunos principios fundamentales de este enfoque son:

- Las características perceptivas del problema presentado, son las condiciones importantes del problema.
- La organización del conocimiento debe ser una preocupación primordial del que enseña.
- El aprendizaje unido a la comprensión es más duradero.
- El feedback cognitivo subraya la correcta adquisición de conocimientos y corrige un aprendizaje defectuoso.
- La fijación de objetivos supone una fuerte motivación para aprender.

El aprendizaje cognitivo se aplica en las actividades que lleven registros de salud debido a que los participantes como son profesionales del área de la salud, quienes deben ser partícipes del procesamiento de información, de manera que, los formatos puedan servir de base fundamental del sistema de información. En este orden de ideas los registros de salud se desarrollan a partir de las experiencias vivenciales del personal de salud y de la experiencia vivencial del docente a través de los años de prácticas, lo que conllevará a la construcción de nuevos conceptos y aprendizajes a través de la planificación del aprendizaje.

En la educación la planificación se considera un proceso dinámico que parte de una mediación activa e intencional, con el objeto de garantizar los aprendizajes significativos para el desarrollo integral del participante. El docente, quien es el planificador es el que media, facilita, propicia, coordina, evalúa y planifica el proceso de aprendizaje, lejos de ser un simple intermediario que busca un producto o un rendimiento. Y tiene presente cuáles son las áreas de aprendizaje, los componentes y lo que espera lograr en cada uno de los participantes. Es por ello que gracias a la planificación en el proceso educativo formativo basado en todo lo anterior se puede enseñar de una manera sencilla y precisa.

Plan de formación en registros de salud

Toda esta revisión sobre metacognición permite la valoración de los tres procesos básicos simultáneos: Planificación, supervisión y evaluación que ocurre al realizarse un registro en salud, el cual se identifica como un proceso metacognitivo por sus características de autovaloración del procedimiento y de los sujetos que intervienen: registrador y paciente.

Durante los años 2001-2002, a través de la política de estado, en el proyecto de atención integral en Venezuela por el Ministerio de Salud, se estableció planificar la capacitación sobre este tema; (ver fig. 2)), donde se implementó el modelo de gestión local en salud en el estado Mérida, el cual, debía ir en función de responder a las interacciones entre el equipo de salud, el usuario, la familia y el entorno comunitario a fin de fortalecer la salud, a fin de evitar las enfermedades o lesiones promoviendo, previniendo, y rehabilitando en función de aumentar la capacidad resolutoria local que respondiera a las necesidades de la población. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2001). Por otra parte, al considerar la base de acuerdo al perfil epidemiológico cada localidad, o a través de un modelo de gestión que abarcará las necesidades por medio de alianzas estratégicas y una gestión compartida de los gobiernos locales y participación socio-política en un proceso social y político que integrara a los actores sociales de todos los niveles, dentro de un espacio de poder, quienes coordinadamente

identificarían situaciones, problemas y se involucrarían en la planificación y práctica de soluciones. Y además logra establecer una meta de la sensibilización de 11000 personas en el Estado Mérida para el año 2001-2002.

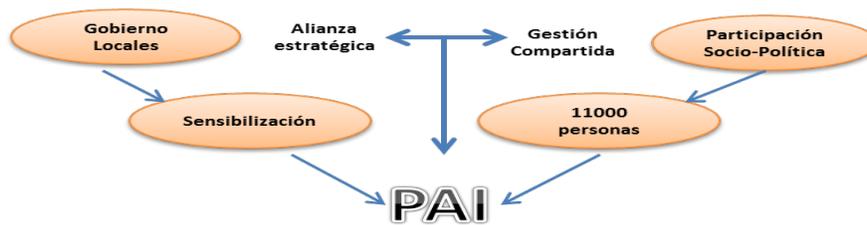


Figura 2. Modelo de gestión local en salud en el Estado Mérida. Año 2001-2002

A través de este, se logró la sensibilización y capacitación del personal de salud, además de involucrar la participación comunitaria por medio de un modelo de atención integral (ver figura 3), donde los compones del modelo de atención integral conllevan los principios rectores como: calidad, universalidad, integridad, eficiencia, equidad, solidaridad y participación social a fin de corregir rumbos y reorientar los procesos a través de los establecimientos y sus diferentes actividades, servicios y programas.



Figura 3. Componentes del Modelo de Atención

Este modelo no solo permitió capacitar al personal de salud del estado Mérida y comunidad organizada durante este tiempo, sino hacer seguimiento al proceso de los registros del modelo de atención integral en el Distrito Sanitario Tovar durante 18 años, el cual accedió aplicar los tres momentos básicos que se producen en todo aprendizaje en registro de datos de salud pública en la estrategia metacognitiva, donde se planifico realizando acompañamiento a cada uno las personas que laboran en los diferentes establecimientos de salud. Se supervisó los procesos de la producción del dato y finalmente se realizó la revisión de cada uno de los formularios entre los que se encuentran (la carpeta familiar, libro de registro de pacientes DSP-02/EPI-10, registro diario de programas DSP-03, Registro mensual de programas DSP-04, Registro diario de morbilidad EPI-11, Registro semanal de enfermedades notificables EPI-12, registro mensual de Morbilidad EPI-15, y las diferentes fichas de vigilancia epidemiológicas), lo que permitió la evaluación, coevaluación y la corrección de las desviaciones en el mismo;

por varios años este modelo funciono para esta institución al lograr el grado de satisfacción de llegar a ser Distrito piloto para Venezuela y de referencia en el Estado Mérida en conjunto con el Estado Aragua. Este proceso se repetía mensualmente en 45 establecimientos que conforman los 5 municipios del Distrito Sanitario Tovar (Tovar, Antonio Pinto Salinas, Rivas Dávila y Guaraque) en compañía con un equipo multidisciplinario (Jefe de Distrito, Epidemiólogo, Coordinador de Programa, Enfermera Jefe Distrital, Coordinadores de Servicios) y se realizaba evaluación trimestral, semestral y anual con visitas de acompañamiento para la respectiva evaluación de los establecimientos de salud.

El proceso metacognitivo es la técnica para enseñar al personal a construir desde sus quehaceres diarios del aprendizaje de las prácticas en el llenado de los diferentes formularios. Primeramente se organizaban por municipios con reforzamiento a través de talleres, donde intervenían las diferentes personas que conformaban el equipo distrital, este se realizaba a finales de o principio de año, porque era las fechas de ingreso del personal de salud nuevo, posteriormente se preparaba el calendario anual para revisión de informes, además se les otorgaba la población para el cálculo de metas, se les giraba instrucciones para hacer la sala situacional, donde cada equipo de salud local debía conocer su área de trabajo, como estaba conformada y cada uno de los detalles sociodemográficos, culturales, poblacionales y los riesgos biológicos, psicosociales y ambientales; esto con el fin de poder abordar e interactuar con la población a su cargo.

Dentro de este proceso de aprendizaje es importante reconocer los elementos intervinientes en la dinámica presente. Y debe comenzarse por los sujetos considerados como el equipo multidisciplinario de salud, que es el grupo de personas de las diferentes disciplinas asistenciales (médicos, enfermeras, bioanalista, promotor social, nutricionista, radiólogo, entre otros) que emplean el esfuerzo intelectual y la sinergia para la consecución de los objetivos propuestos por el sistema de salud. (Organización Mundial de la Salud 2005), Mientras que el sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. (Pérez, J.; Merino M 2014), es este último quien establece los fundamentos para la elaboración, uso, importancia y utilidad de sus registros. Para ahondar en la elaboración, uso, importancia y utilidad, hay que reflexionar en la historia general y de la medicina, con la ejecución de un análisis excautivo que permitan dar a conocer de una manera definitivamente real, qué conllevan al alcancen de una conciencia crítica sobre el registro y sus implicaciones, pero sobre todo, cuál es la relevancia de estos para los equipos de salud.

Resultados del plan de formación masivo

En la primera fase la capacitación a 6 Distritos del Estado Mérida (Libertador, Vigía, Tovar, Lagunillas, Tucaní y Mucuchíes) ver figura N° 5, donde se muestra la georeferencia de los diferentes Distritos Sanitarios del Estado Mérida, la distribución cómo están conformados dentro del estado, es importante resaltar que en toda esta geografía se encuentra localizada la red ambulatoria y hospitalaria con sus respectivos equipos de salud.



Figura 5. Geo referencia de los Distrito del Estado Mérida

A través de esta capacitación se consiguió realizar un resumen denominado chuletario, que le permitían al médico y enfermera ubicarse más rápidamente en el libro DSP-02/EPI-10 registro diario de morbilidad y programas; considerado este formato como la base fundamental del registro de este modelo. Por lo demás, este formato es llenado por el equipo de salud en las actividades diarias con los datos que se obtienen directamente del usuario. Esta información es necesaria para los diferentes registros que se generan en donde se pueda hacer mención de la notificación inmediata de enfermedades, elaboración del telegrama semanal (EPI-12), tabulación diaria de actividades y programas (DSP-03) y tabulación diaria de morbilidad (EPI-11).

En este proceso de formación se capacitó en el llenado de los formatos de atención integral a: 2400 equipos de salud local, 250 enfermeras de medicina simplificada y 220 técnicos de diferentes áreas, 300 integrantes de la comunidad, los cuales se detallan a continuación (ver tabla 1). Ahora bien, la meta inicial de la capacitación de personal estuvo conformada por 11000 personas en todo el estado Mérida. Sin embargo, en esta era ambiciosa solo se logró capacitar 3170, donde el mayor porcentaje lo representó el Distrito Sanitario Tovar con un 45% del total del estado; es decir, de cada 100 personas capacitadas, 45 eran personal de la red ambulatoria y hospitalaria de los establecimientos de salud de Tovar.

Tabla 1. Personas Formadas y capacitadas por Distritos Sanitarios del Estado Mérida 2001-2002

Distrito Sanitario	Personas Capacitadas	Porcentaje (%)
Libertador	317	10,0
Vigía	634	20,0
Tovar	1427	45,0
Lagunilla	254	8,0
Mucuchíes	190	6,0
Panamericana	349	11,0
Total	3170	100,0

Las estrategias utilizadas en este proyecto formativo se establecieron de acuerdo a lo propuesto en el modelo de gestión local de salud en el estado Mérida. En este sentido, el Distrito Sanitario Tovar, se organizó para capacitar a su personal de acuerdo a la estrategia más adecuada para la formación, donde se eligió la Metacognición, debido a que este tiene tres procesos básicos simultáneos (planificación, supervisión y evaluación) que se dan al realizarse el registro de salud, por sus características de autovaloración del procedimiento y de los sujetos que intervienen: registrador y paciente.

De esta manera se estableció estos procesos a través de las siguientes tareas para el Distrito Sanitario Tovar distribuidas de la siguiente manera:

1. Organización por Municipios desde el punto de vista de salud y sus diferentes componentes. ¿Cómo y quienes los conformaban? Este aspecto permite conocer la organización de cada municipio desde el punto de vista organizacional: con cuántos establecimientos de salud público y privados cuenta, cuál es el personal que en el labora, cuáles son los servicios que oferta; además de conocer otros aspectos de interés para la salud como: número de establecimientos educativos, comercios, instituciones de seguridad, financieros, gubernamentales y no gubernamentales. De ahí al determinar cómo está compuesta el área a atender, el resultado da a conocer la demanda y oferta de cada municipio.

2. Construir desde sus quehaceres diarios el aprendizaje de las prácticas y del llenado de los diferentes formularios. ¿Cuáles son los formatos que se deben llenar? El reconocimiento, importancia y fin de los instrumentos utilizados para la recolección del dato, ayuda en el procesamiento más exacto, fidedigno de las estadísticas, lo que permite establecer conductas que conduzcan a la toma de decisiones más acertadas a nivel local en materia de salud.

3. Realizar Taller de reforzamiento anual del equipo de salud distrital. Este se realizaba a finales de año o principio del nuevo año por ser las fechas de ingreso de nuevo personal. ¿Cuál es la importancia del tema y qué se debe reforzar? Dar a conocer a todo el personal involucrado la relevancia del proceso y cómo se debe realizar es clave fundamental, para el éxito del modelo.

4. Preparación de un cronograma o calendario anual para revisión de informes con una distribución poblacional para el cálculo de metas a alcanzar en cada Municipio. ¿Cuáles son las metas que le corresponde a cada establecimiento, localidad y municipio? El continuo monitoreo de lo que se debe lograr y el conocimiento de lo que se debe realizar mensual, trimestral, semestral y anualmente permite la visión clara del cumplimiento de la misma.

5. Creación de la sala situacional donde cada equipo de salud local debe conocer su área de trabajo: conformación, datos sociodemográficos, culturales, poblacionales, y sus riesgos biológicos, psicosociales y ambientales; para hacer más efectiva su interacción con los habitantes de cada lugar. ¿Cuál es la realidad del área?, ¿Cuáles son las medidas a implementar?, ¿Qué se debe corregir? Visualizar el panorama desde el contexto actual de la población para lograr establecer mecanismo que vayan enfocados en medidas más acordes a la solución real de los problemas de la localidad, lo que permite la direccionalidad hacia los organismos competentes para darle posibles soluciones al cumpliendo de las necesidades sentidas de la comunidad, de esta manera lograr corregir las posibles desviaciones de las metas propuestas.

Conclusiones

Una vez analizada toda esta información se puede visualizar que el registro de salud tiene gran relevancia, puesto que permite obtener, consignar y almacenar la información que se genera durante el proceso de atención de un usuario en particular. Además han servido como elemento de soporte a la memoria de quienes atienden el usuario en un momento determinado o como fuente capaz de responder las preguntas de la ciencia con respecto a enfermedad en una comunidad; los registros que los médicos y otros miembros del equipo de salud, realizan.

En fin, los registros tienen un rol central que a medida que pasan los años reafirman la importancia como materia prima para la alimentación del sistema de información de salud, por lo tanto, es imperante inculcar al equipo de salud la finalidad de realizar un buen registro. En este sentido si lo tradicional no ha dado frutos en las instituciones es hora de romper paradigmas y buscar alternativas pedagógicas. Es primordial la formación técnica con conciencia metacognitiva como elemento fundamental para el desarrollo de habilidades enfocadas en el Sistema de Información la Salud (SIS) desde lo académico, asistencial y comunitario para los ámbitos locales, regional y nacional.

Todo personal de salud debe de llevar implícito su rol educativo. Por consiguiente, de haber un fomento en la educación en salud. Y para avanzar, se debe de multiplicar los conocimientos al personal de salud y replicarlos a la población para poder lograr avances importantes en materia de salud.

La docencia del equipo de salud debe realizar una concienciación sobre el trabajo que ha sido desarrollado ampliamente desde un punto de vista metacognitivo, porque valora cada una de las acciones que se realizan a diario desde el momento que se comienza la atención al usuario hasta el último procedimiento donde la atención se transforma en un dato que adquiere un valor numérico con uso y valía para los diferentes instituciones, y que lleva implicaciones en la salud de un conglomerado local, regional, nacional y mundial .

Este modelo implementado, aplicado, supervisado y evaluado en el Distrito Sanitario Tovar, no solo permitió capacitar al personal de salud y comunidad organizada durante el 2001-2002. Para el estado representó el 45%, pero para el Distrito el 100% del personal capacitado. Además de hacer seguimiento simultáneos al proceso de los registros del modelo de atención integral durante 18 años (planificación, supervisión y evaluación), de la estrategia metacognitiva, donde se planificó al realizar acompañamiento a cada uno de las personas que laboraban en los diferentes establecimientos de salud, se supervisó los procesos de la producción del dato y finalmente se realizó la revisión de cada uno ellos, mientras que se permitió hacer la evaluación, coevaluación y la corrección de las desviaciones del mismo. Durante este tiempo este modelo funcionó para esta institución. Por eso alcanzó el grado de satisfacción de llegar a ser Distrito piloto para Venezuela y de referencia en el Estado Mérida en conjunto con el Estado Aragua. Este proceso de evaluación se repetía mensualmente en 45 establecimientos que conforman los 5 municipios del Distrito Sanitario Tovar (Tovar, Antonio Pinto Salinas, Rivas Dávila y Guaraque), mientras que las visitas de acompañamiento integrada por un equipo multidisciplinario (Jefe de Distrito, Epidemiólogo, Coordinador de Programa, Enfermera Jefe Distrital, Coordinadores de Servicios) de forma trimestralmente donde los resultados fueron:

- 1.Reconocimiento organizacional del Municipio desde el punto de vista de salud y sus diferentes componentes.
- 2.Correcta adecuación de los formatos utilizados de acuerdo al nivel del establecimiento de salud y llenado consciente de los diferentes formularios.
- 3.Continuidad en el aprendizaje, a través de taller de reforzamiento anual con aplicación de los conocimientos previos a partir de sus propias experiencias.
- 4.Desarrollo del cronograma de revisión mensual de los informes, con evaluación de las metas definidas para logra visualizar el desarrollo del trabajo propio de cada Municipio, así de esta manera se puede tomar las previsiones necesarias en cuanto a las desviaciones o consecución de su programación.
- 5.Obtención de los datos de la sala situacional donde cada equipo de salud refleja la conformación de la información de su localidad con datos sociodemográficos, culturales, poblacionales, riesgos biológicos, psicosociales y ambientales; para hacer más efectiva su interacción con los habitantes de cada lugar.

Referencias Bibliográficas

- Burón, J. (1995). Motivación y aprendizaje. Bilbao: Mensajero.
- Delval, J. (enero-junio, 2013). La escuela para el siglo XXI. Sinéctica, 40. Recuperado de http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/?id=40_la_escuela_para_el_siglo_xxi
- Díaz, Cl. Rivas, G. (2015) Fundamentos para la aplicación de Bioestadística en Odontología. Rev. Salud Pública vol. 5 n° 1; Paraguay.
- Flavell, J.H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. En B. Resnick (Eds.) The nature of intelligence.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognitive and cognitive monitoring: a new area of cognitive development inquiry. American Psychologist, 34 (10), 906-911. Mayor, J., Suengas, A. & González, J. (1995). Estrategias metacognitivas. Madrid: Síntesis.
- García, S. (1993). Guía práctica Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Medica. Caracas, Venezuela
- Guerrero, M. Pérez, A. (2009). Módulo de Registros Médicos. Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública “Dr. Héctor Sequera Palencia”. Universidad de los Andes 9na. ed. Mérida, Venezuela.
- III Reunión Regional Sobre Acreditación de Hospitales (1.995) Organización Panamericana de la salud (OPS) Washington, D.C. EEUU
- Jiménez R., V., Puente F., A. y Cela J. (2014) Modelo de estrategias metacognitivas Revista de Investigación Universitaria, 2014, Vol. 3 (1): 11-16

- Mateos, M. (2001). *Metacognición y educación*. Buenos Aires: Aique.
- Ministerio de Bienestar Social. (1967). Dirección de Estadística de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública. “Manual para la Organización de Departamentos y Oficinas de Estadísticas de Hospitales”. 2º Ed. Buenos Aires, Argentina.
- MSD: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2001) *Modelo de Atención Integral Ambulatoria, Manual del Llenado de Papelería*. Caracas Venezuela.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2017). *Datos y estadísticas de la OMS*. Washington. DC.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud. (1991). *Registros de Salud e Historia Clínica. Módulos de Aprendizaje*. Serie Paltex 17.
- OPS/OMS (2001) *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington. DC.
- Osses, S y Jaramillo S. (2008), “Metacognición: un camino para aprender a aprender”, *Estudios Pedagógicos*, vol. XXXIV , núm. 1 , pp. 187 - 197.
- Pérez, J. & Merino M (2014) *Definición de registro de datos* (<http://definicion.de/registro-de-datos/>) Actualizado: 2016
- Swanson, H.L. (1990). Influence of metacognitive and aptitude on problema solving. *Journal of Educational Psychology*, 82 (2), 306-314.
- Taller de Acreditación de Hospitales. (1992). *II Encuentro Nacional de Hospitales Públicos y Privados*. Ministerio de Sanidad y asistencia Social. Caracas Venezuela. Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).
- Vázquez D, | Espineira, E., López, V. Impacto del uso de estrategias metacognitivas en la enseñanza de las matemáticas***Perfiles Educativos* | vol. XXXIX, núm. 158, 2017 | IISUE-UNAM.