UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA

Universidad de Concepción

CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DOCENTES PARA LA TUTORÍA CLÍNICA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DE LOS TUTORES, EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR, DURANTE EL AÑO 2022

Por

ANDREA ALEJANDRA BUSTOS GUÍÑEZ

Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud

Profesor guía
Paula Parra Ponce

Julio 2024
Concepción - Chile

© 2022 ANDREA ALEJANDRA BUSTOS GUÍÑEZ
Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA

Universidad de Concepción

CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DOCENTES PARA LA TUTORÍA CLÍNICA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DE LOS TUTORES, EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR, DURANTE EL AÑO 2022

Por

ANDREA ALEJANDRA BUSTOS GUÍÑEZ

Profesor guía
Paula Parra Ponce
Magister en Educación Médica para las Ciencias de la Salud

Firma: _____ Calificación: __ , __

Profesor Coguía
Cristhian Pérez Villalobos
Magister en Investigación Social y Desarrollo

Firma: _____ Calificación: __ , __

Revisor externo

Firma: _____ Calificación: __ , __

Julio 2024
Concepción - Chile

DEDICATORIA

A las personas que conforman la Comunidad de Aprendizaje de la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, quienes compartieron generosamente sus experiencias, anhelos y desafíos, siempre guiados por la noble motivación de contribuir a una sociedad más equitativa en salud.

Un reconocimiento especial a quienes desempeñan el rol formador de la especialidad en los centros de salud familiar, que poco a poco han ido construyendo este espacio de formación técnica y humana, junto con el equipo docente del Programa de Salud y Medicina Familiar.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, Claudio, Joaco, Consu y Rosita, por apoyarme y aceptar mi ausencia en casa mientras elaboraba esta investigación.

A la directora y equipo del Programa de Salud y Medicina Familiar de la Universidad de Concepción que me respaldaron en la decisión de cursar el magister, amigos(as) que han sido fundamentales para perseverar en esta misión.

A la comunidad de aprendizaje del Programa de especialización en medicina familiar: docentes clínicos(as), gestoras de aprendizaje, residentes y egresados(as).

A Paula Parra Ponce, guía en este proceso, gran apoyo en los momentos más difíciles de este proceso de formación.

A Cristhian Pérez Villalobos, por su orientación en el uso de una metodología nueva para mí.

A Paola Reinoso Aravena, siempre atenta de todo el proceso, encontrando soluciones a los problemas que parecían irreversibles.

Y a muchas personas que no veía dentro mi red de apoyo que estuvieron disponibles cuando más los(as) necesite.

RESUMEN

Objetivo General del estudio

Caracterizar las competencias docentes esperadas en la tutoría clínica y los factores que influyen en el desempeño de los tutores, en el Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, en Centros de Salud Familiar formadores.

Método

Correspondió a un estudio descriptivo, cualitativo, siendo la perspectiva teórico-metodológica utilizada la Teoría Fundamentada de Corbin y Strauss. Se realizaron dos grupos focales con residentes, uno con gestoras de aprendizaje y uno donde participaron docentes clínicos(as) de la especialidad; y dos entrevistas semiestructuradas a docentes y dos a egresados(as).

Resultados

Se formaron cuatro categorías relacionadas con la concepción de la docencia clínica de las personas entrevistadas, las características de un(a) buen(a) tutor(a) en medicina familiar, los factores que influyen en el desempeño y las prácticas que integran sus diversas competencias.

Conclusiones

Surge una propuesta de competencias del docente clínico(a) de la especialidad, la que, con los factores que influyen en su desempeño y las prácticas que dan cuenta de la integración de estas, son la base para fortalecer la formación de los(as) residentes con la comunidad de aprendizaje de medicina familiar de la Universidad de Concepción.

TABLA DE CONTENIDO

Contenidos	*Página*
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
TABLA DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
I. PROBLEMATIZACIÓN	1
1.1 Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar	1
1.2 Educación basada en competencias	8
1.3 Competencias y desempeño del(la) docente de ciencias de la salud	12
1.4 Competencias para la docencia o tutoría clínica	31
1.5 Competencias del(la) tutor(a) clínico(a) en Medicina Familiar	44
II. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DIRECTRICES	48
III. MÉTODO	49
3.1 Participantes	51
3.2 Definición de categorías de análisis	55
3.3 Técnicas de producción de información	57
3.4 Procedimiento	58
3.5 Análisis de datos	60
3.6. Consideraciones éticas	61
IV. RESULTADOS	62
4.1 Categoría 1: Concepción de la tutoría clínica en medicina familiar	65
4.2 Categoría 2: Características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar	80
4.3 Categoría 3: Factores que influyen en el desempeño de la docencia clínica en medicina familiar	122
4.4 Categoría 4: Situaciones de aprendizaje integradoras de competencias del(la) docente clínico(a) en medicina familiar	144
V. DISCUSIÓN	152
VI. CONCLUSIONES	169
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
ANEXOS	180
Anexo 1: Formulario de consentimiento informado para participantes	181
Anexo 2: Cuestionario sociodemográfico para participantes	183
Anexo 3: Guión de entrevista semiestructurada y grupo focal	184

ÍNDICE DE TABLAS

Página

TABLA 1.1	Los resultados de aprendizaje para el docente eficaz.	25
TABLA 1.2	Categorías y temas de Surkin.	33
TABLA 1.3	Seis competencias básicas de enseñanza para educadores médicos.	36
TABLA 1.4	Cuatro competencias de enseñanza especializadas para educadores médicos.	37

ÍNDICE DE FIGURAS

		Página
FIGURA 1.1	Reloj de arenas movedizas	12
FIGURA 1.2	Los doce roles del educador médico.	28
FIGURA 1.3	Competencias de un tutor efectivo.	30
FIRUGA 4.1	Resultados del estudio: categorías y subcategorías	63
FIGURA 4.2	Categoría 1: Concepción de docencia clínica en medicina familiar	66
FIGURA 4.3	Categoría 2: Características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar	81
FIGURA 4.4	Categoría 3: Factores que influyen en el desempeño del(la) tutor(a) clínico(a)	123
FIGURA 4.5	Categoría 4: Practicas integradoras de competencias en la tutoría clínica en medicina familiar	144

I.PROBLEMATIZACION

1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR

Para poner en contexto el desarrollo de esta tesis, es necesario partir mencionando lo que se entiende por sistemas sanitarios y Atención Primaria de Salud (APS).

Según Barbara Stardfield los sistemas sanitarios cuentan con dos principales objetivos: el primero es utilizar conocimientos actualizados acerca de los problemas de salud y su manejo, para mejorar y optimizar la salud de la población y el segundo, igualar el acceso a los servicios de salud y conseguir una salud óptima para todos los subgrupos de la población[1].

El aumento del conocimiento y las tecnologías ha llevado a que las profesiones vinculadas a la salud tiendan a fragmentarse, especializándose e incluso subespecializándose, poniendo el foco en aspectos cada vez más específicos y con énfasis en la enfermedad, no en la prevención y en la promoción, invisibilizando la diversidad de factores que influyen en el bienestar y en los problemas de salud de las personas, sus familias y comunidades. El hospital ha pasado a ser la institución que concentra un alto número de recursos profesionales, materiales y tecnológicos, sin embargo, da respuesta a pequeñas necesidades de la totalidad de problemas que presenta la población[2]. Por lo tanto, si bien una atención especializada puede dar una respuesta específica a una

enfermedad, es poco probable que entregue una atención básica de salud que incorpore una mirada integral de la persona, rol que sí desempeña la APS[1].

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (Unicef) de Alma-Ata realizada el año 1978 señala que la APS corresponde a "una atención de salud esencial basada en unos métodos y una tecnología prácticos, científicamente demostrados y socialmente aceptables, cuyo acceso a la misma esté garantizado a todas las personas y familias de la comunidad, de modo que puedan pagarla, y a un coste tal que tanto la comunidad como cada país puedan mantenerla, en cada estadio de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Representa una parte integral del sistema sanitario del país, en el que desempeña una función central, y constituye asimismo el foco principal del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de las personas, las familias y la comunidad con el sistema sanitario del país, lleva la atención de salud lo más cerca posible del lugar donde reside y trabaja la población, y representa el primer eslabón de una atención de salud continuada"[1].

La atención primaria se caracteriza por representar los siguientes elementos conceptuales, independiente del país o comunidad en que se desarrolle: integralidad, integrada, continuada y longitudinal, activa, accesible, desarrollada por equipos, programada y evaluable, docente e investigadora, comunitaria y participativa[3].

Starfield comparó 12 países occidentales industrializados, demostrando que aquellos más orientados a la atención primaria presentan con mayor probabilidad mejores grados de salud y menores costes[1].

Por otro lado, un centro de salud familiar corresponde a la estructura física y funcional en la que se desarrollan las actividades propias de APS, siendo su base un conjunto de profesionales que generan un trabajo multidisciplinario, asumiendo la responsabilidad de atender a una comunidad definida y sus necesidades. Dentro de este equipo el profesional médico juega un rol fundamental, sin embargo, no es el único protagonista de la actividad sanitaria, sumándose a las tareas de los demás integrantes del equipo. En el caso de los médicos de familia, estos en muchos países además actúan sobre toda la población, independiente de la etapa del desarrollo en la que las personas se encuentren, lo que implica modificar el foco de la atención desde la enfermedad hacia la salud. Esta serie de transformaciones han impulsado la instalación de programas específicos de formación dirigidos a proporcionar los instrumentos y metodología propios de este nivel del sistema de salud dando origen a la Medicina de Familia y Comunitaria, disciplina que busca realizar una atención eficaz e integral de los problemas de salud, a nivel individual y comunitario, con un enfoque biopsicosocial[2].

De acuerdo con McWhinney, conocido como el padre de la medicina familiar, esta especialidad “es parte de un proceso por medio del cual la medicina se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad. Los médicos familiares tienen en común el hecho de que obtienen satisfacción de las relaciones personales más que de los aspectos técnicos

de la medicina. Su compromiso es más con un grupo de personas que con un cuerpo de conocimientos y su experiencia les da una perspectiva distinta de la enfermedad que incluye su contexto biográfico y social, incluyendo el entorno familiar" [4]. Señala que la Medicina de Familia y Comunitaria cumple los criterios que la definen como una especialidad, ya que posee un ámbito propio de actividades (nivel de APS), un conjunto definido de conocimientos, habilidades y actitudes que abarcan distintas áreas clínicas y elementos de Medicina Comunitaria y un área propia de investigación[2].

La especialidad de medicina familiar emerge con fuerza a mediados del siglo XX, en países de habla inglesa. En Estados Unidos, por ejemplo, en el año 1966, dos informes de la comunidad médica fueron determinantes para que la Medicina de Familia se constituyera en especialidad: la Comisión Millis, titulado La Educación Graduada de los Médicos, que recomendó el entrenamiento especializado de postgrado para todos los médicos de atención primaria y el Informe Willard, titulado «Meeting the Challenge of Family Practice» que propuso la creación de una forma diferente de atención médica exigida por la sociedad americana que había expresado su disconformidad con el tipo de atención que recibía, basada en una medicina ejercida por especialistas, fuertemente tecnológica y con predominio hospitalario. Con posterioridad, las escuelas de medicina formaron los departamentos de medicina general o medicina familiar, desarrollando programas de entrenamiento y calificación para la especialidad. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el Colegio de Médicos de Familia se realizó en 1969. En algunos

países, estos desarrollos fueron acompañados por un cambio del nombre de la práctica general a Medicina Familiar, mientras que, en otros, se retuvo el viejo nombre para una nueva disciplina. Ese mismo año se aprobó a la Medicina de Familia como la vigésima especialidad médica en EE. UU. y se crean en ese país los primeros programas educativos de posgrado. Este proceso tiene su inicio real con la fundación del Consejo Americano de Medicina Familiar y la creación de las primeras residencias para entrenar médicos de familia[2,5].

En 1970 se realizó la 4ª Conferencia con el lema «La Unidad Familiar en la Atención de Salud», y en ella se decidió establecer una Organización Mundial, con el nombre WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales y Médicos de Familia), que habría de desempeñar un papel destacado a partir de entonces. En 1981 se fundó el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), que ha desempeñado un importante papel en el desarrollo de la Medicina de Familia en los países de la Península Ibérica y de América Latina, transformándose en 1996 en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar[2].

México fue el primer país en crear programas de Medicina Familiar en América Latina, en el Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS); luego, el IMSS tuvo la necesidad de organizar su propio programa educativo para formar el recurso humano que necesitaba en esta especialidad, siendo rápidamente reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que en 1975 crea el Departamento de Medicina

Familiar, primer departamento académico en su país y en la región, sumándose esa misma década Panamá y Bolivia. En la década de los ochenta se instala en Argentina, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Jamaica, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela[2].

En Chile, la Medicina Familiar ha surgido desde el ámbito académico, existiendo el registro de las primeras experiencias en el año 1979 donde el Dr. Adolfo Tannenbaum Bermann, médico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, en el sector Rodelillo, da comienzo a una experiencia asistencial voluntaria con alumnos de las carreras de la salud, consistente en atender los problemas de salud de las personas en forma integral, multidisciplinarias y con enfoque biopsicosocial[6].

En Santiago, la Universidad de Chile en 1981, contando con el financiamiento de la Fundacion W.K. Kellog, desarrolla un proyecto de transformación del Consultorio La Reina, de la comuna del mismo nombre, en un centro docente asistencial de Salud Familiar. Este centro, comienza a ser utilizado por los alumnos de pregrado como lugar de formación en los problemas prevalente de la consulta médica ambulatoria. Ese mismo año, la Dra. Isabel Segovia, médico recién egresada, plantea a la Universidad de Chile su deseo de formarse como especialista de Medicina General, abriéndose ese año dos becas para postgrado en el mismo centro docente asistencial. Las Becas fueron obtenidas por los Drs. Isabel Segovia y Enrique Corvalán, desempeñando el rol de tutor el Dr. Ramón Florenzano, médico psiquiatra con experiencia en Medicina Familiar adquirida en EE. UU[6].

Hacia 1992, comienzan a surgir movimientos tendientes a desarrollar la especialidad en diferentes sectores del país. Por un lado, un grupo de internos de la Pontificia Universidad Católica de Chile se muestran muy interesados en la Atención Primaria y se contactan con el director de un Consultorio de la comuna de La Florida (Consultorio General Urbano Villa O´higgins), donde comienzan a desarrollar actividades asistenciales, ya como internos de 7º año. Al finalizar su carrera deciden no postular a becas del Ciclo de Destinación y trabajar en la comuna, estableciendo un convenio con dicha Municipalidad, en el que se contempló un futuro proceso de perfeccionamiento. Buscando desarrollar una alternativa concreta de formación de postgrado, este grupo de médicos se comunica con el entonces director del Centro Médico San Joaquín de la Pontificia Universidad Católica de Chile (P.U.C.), Dr. Joaquín Montero L., quien recién retornaba a Chile luego de dos años de estudio en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, surgiendo la oportunidad de iniciar en 1993 el programa de Medicina General del Adulto, tomando el nombre de acuerdo a una propuesta de la Sociedad Médica de Santiago. En esas condiciones el Ministerio de Salud otorga seis becas anuales, de tres años de duración cada una. Al año siguiente, el Departamento de Pediatría de la P. U. C., a través de los Drs. Alvaro Téllez, Ernesto Guiraldes y Patricio Ventura-Junca, comienzan con un programa equivalente, pero orientado al niño. Así nació el actual Programa de Medicina Familiar y Comunitario de la Pontificia Universidad Católica de Chile en las menciones de adulto y niño[6].

El año 1993, inicia su programa de Postgrado en Medicina Familiar la Universidad de la Frontera con 8 becados y La Universidad Austral a su vez, inicia ese mismo año la formación de enfermeras en Salud Familiar. En 1996 se unen las Universidades de Concepción, Austral y Valparaíso, y en 1997, la Universidad de Santiago de Chile[6].

En Chile, la APS representada en los Centros de Salud Familiar junto a los Hospitales, constituyen los principales contextos de aprendizajes para carreras de las ciencias de la salud, tanto en pregrado como postgrado, habiéndose implementado con el paso de los años una serie de modificaciones y normativas tendientes a regular la relación asistencial docente entre el sistema de salud, universidades y centros de formación, privilegiando el resguardo de la seguridad de las personas que se atienden en estos establecimientos, lo que ha implicado reconocer la necesidad de impulsar la profesionalización y el desarrollo de competencias, en quienes desempeñan el rol docente en dichos centros.

1.2 EDUCACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS

La creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), conocido como proceso de Bolonia, cuya declaración fue firmada el 19 de junio de 1999 por ministros de educación de 29 países, sienta sus bases en tres conceptos: la potenciación de la ciudadanía europea a través del intercambio de universitarios entre países diferentes; el concepto de la sociedad y la economía basadas en el conocimiento a que aspira Europa, fundamentados en la formación, la investigación y el desarrollo como pilares estratégicos; y las

consecuencias del acuerdo sobre la libre circulación de personas y títulos, lo que impone una armonización de éstos[6,7].

Para el desarrollo del acuerdo sobre el modelo común de titulaciones, la Comisión Europea promovió el proyecto Tuning I (2001-2002), en el que participaron representantes de más de 100 universidades y en cuyo seno se desarrolló el concepto de armonización, considerando que no es posible ni deseable homogeneizar los procesos formativos, que en gran parte deben quedar a la pericia de cada universidad; el modelo de reconocimiento debe basarse en las competencias adquiridas, que caracterizan los perfiles profesionales propios de los titulados, asegurando así la comparación de las capacidades de éstos[7, 8].

El proyecto Tuning propuso evaluar en el estudiante tanto competencias genéricas, que pueden ser comunes a todas las áreas temáticas (habilidades comunicativas, capacidad de aprendizaje independiente, de liderazgo, de organización y planificación…) como competencias específicas de cada área (habilidades, conocimientos y contenidos propios de esa área). Las siete áreas temáticas elegidas por el estudio piloto fueron: Administración y Dirección de Empresas, Química, Ciencias de la Educación, Geología, Historia, Matemáticas y Física. Se elaboraron cuestionarios de consulta para Graduados, Empleadores y Académicos de todas las áreas. De esta manera se buscó facilitar la movilidad de los

estudiantes, logrando que sus competencias sean comparables, compatibles y convalidables en toda Europa[7].

El concepto más disruptivo que ha aportado el proceso de Bolonia ha sido el de diseñar, aplicar y evaluar un currículo centrado en la adquisición de competencias que supera en mucho la complejidad del diseño dirigido a la adquisición de conocimientos[8].

El concepto de competencia comienza a utilizarse a raíz de los resultados de las investigaciones de David McClelland en los años 70, que buscaban identificar variables que influyen en el desempeño en el contexto del trabajo. Esta tendencia comenzó a propagarse a países como Inglaterra, Canadá, Australia, Estados Unidos y la Unión Europea, transformándose en uno de los temas predilectos de organizaciones internacionales como la OCDE, considerándose la educación basada en competencias una herramienta útil para mejorar las condiciones de eficiencia, pertinencia y calidad de la educación para que en un futuro también mejoren su economía, en la medida que el sistema académico relevara la aplicación de los conocimientos en el trabajo[8,9].

El mundo laboral ha puesto la noción de competencia en el corazón de la gestión de las organizaciones, mientras que la educación la pone en el centro de las recientes reformas curriculares. Pero la razón más importante tiene que ver con la evolución de la sociedad. En una sociedad individualista cada uno sabe que posee un capital de competencias de las que depende la realización de sus proyectos personales, así como su valor en el mercado laboral.

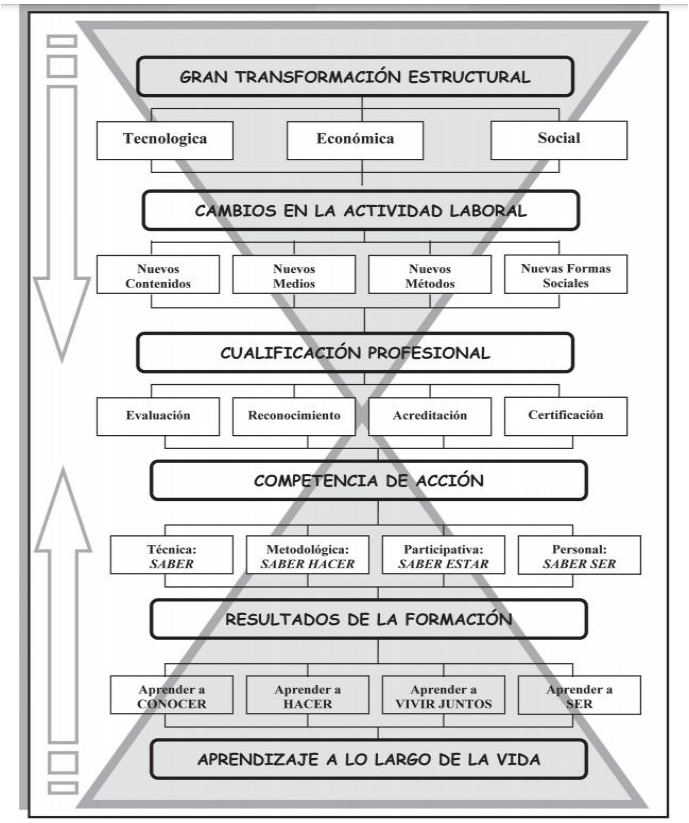
Este espiral se desvaloriza. Solo conserva su valor mientras esté cultivado y desarrollado por el "trabajo" [10].

La educación basada en competencias es un enfoque sistemático del conocer y del desarrollo de habilidades; se determina a partir de funciones y tareas precisas. Se describe como un resultado de lo que el alumno está capacitado a desempeñar o producir al finalizar una etapa. La evaluación determina qué específicamente va a desempeñar o construir el estudiante y se basa en la comprobación de que el alumno es capaz de construirlo o desempeñarlo. Otras definiciones agregan a este tipo de formación el hecho de que los estudiantes desarrollan estas competencias para aplicarlas y movilizarlas en situaciones reales de trabajo, en diferentes contextos y en la solución de situaciones emergentes[10].

Los cambios estructurales experimentados en el nuevo milenio, en donde la movilidad pasa a ser una nueva forma de estar, requiere la capacidad de adaptarse a una amplia gama de funciones que no están solo influidas por el conocimiento. Echeverría grafica la transformación experimentados en el siglo XXI a través del "Reloj de arenas movedizas", que representa cómo los cambios tecnológicos, económicos y sociales influyen en las habilidades que son demandadas en el ámbito laboral y en la necesidad de estar evaluando estas competencias de manera permanente. Al mismo tiempo, las personas adquieren aprendizajes teóricos, prácticos, sociales y reflexivos en el transcurso de su vida,

los que también son integrados en la práctica laboral. Esta complementariedad queda reflejada en la propuesta de Echeverría representada en el Figura 1.1[11].

Figura 1.1
Reloj de arenas movedizas. Echeverría. 2000.



1.3 COMPETENCIA Y DESEMPEÑO DEL DOCENTE DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, la instalación del modelo de educación basada en competencias implica la capacidad de adaptarse no solo de la persona que se encuentra en formación, integrando aspectos individuales y sociales, sino también de todo el sistema que acompaña el desarrollo y evaluación de competencias, siendo esto muy relevante en el desempeño de la docencia en las ciencias de la salud.

Para poder comprender las competencias que se espera desempeñe un profesional de un centro de salud formador en su labor como docente clínico, es necesario partir analizando el concepto de competencia.

La conceptualización de competencia está asociada a la problemática central de cada disciplina y al campo contextual de cada una de estas. En ciencias de la educación y en ciencias del trabajo existe un consenso bastante amplio sobre la siguiente definición: una competencia es el poder de actuar eficazmente en una clase de situaciones, movilizando y combinando en tiempo real y de forma pertinente recursos intelectuales y emocionales. Los recursos pueden ser internos o externos. Los últimos proporcionados por el entorno o por personas dentro del entorno. Los recursos internos se pueden clasificar en: saberes, habilidades y otros recursos. Entre los saberes se encuentran los declarativos o modelos de realidad, procedimentales (saber cómo hacer, métodos o técnicas) y condicionales (saber cuándo intervenir de tal o cual manera). Existe la discusión en si los saberes son solo cognitivos o además incluye los adquiridos a través de la experiencia, lo que permitiría anticiparse a ciertas situaciones. Este sería el punto de confluencia entre los saberes y las habilidades[12].

Las habilidades o aptitudes corresponden a esquemas guiando las operaciones mentales como concretas. También pueden denominarse skills o saber hacer de bajo nivel y se diferencian de las competencias en que automatizan operaciones imprescindibles pero insuficientes por si solas para dominar una situación[4]. Otra conceptualización de habilidad

señala que “es la destreza para hacer algo y tiene como atributos que se componen de un conjunto de acciones relacionadas, se asocian a los conocimientos y a los valores, y unos a los otros se refuerzan; existe una secuencia que cumplir, donde es necesario que las habilidades básicas se incrementen antes que las avanzadas; y las habilidades deben orientarse para alcanzar una meta específica[9].

Finalmente, entre los otros recursos se encuentran las actitudes y posturas; valores, principios y normas; relacionadas al saber, a la acción, al otro, al poder; y recursos emocionales y relacionales[12]. Los valores son el conjunto de cualidades de una persona u objeto, en virtud de lo cual es apreciado, y representa el alcance que puede tener una acción o palabra. Toda ética se basa en la capacidad de optar, de saber elegir algo valioso y es fruto del pensamiento crítico[9].

Echeverría plantea una visión integradora y dinámica de lo que denomina Competencia de Acción Profesional (CAP); *Integradora*, porque se consideran tan importantes los elementos relacionados con las aptitudes como con las actitudes, de manera que las competencias van más allá de los aspectos técnicos, al complementarse con aspectos metodológicos, participativos y personales. Y *dinámica*, ya que la persona desarrolla dichas competencias a lo largo de su trayectoria profesional y vital. No es por tanto un concepto estático e inmune a los cambios, sino interactivo con los mismos. La CAP está configurada por diferentes dimensiones interrelacionadas; el saber, el saber hacer, el

saber estar y el saber ser, dando origen a la integración de cuatro componentes: las competencias técnicas (conocimientos especializados y relacionados con un ámbito profesional), competencias metodológicas (saber aplicar los conocimientos a situaciones laborales concretas), competencia participativa (estar atento a la evolución del mercado laboral, predispuesto al entendimiento interpersonal) y competencia personal (tener una imagen realista de sí mismo, actuar conforme a las propias convicciones). En los dos primeros componentes radica el SABER con mayúsculas, o conocidas también como competencias específicas, requerido a todo profesional, mientras que en los dos segundos ponen un especial SABOR en la actividad desarrollada por los mejores profesionales, también denominadas competencias genéricas o macrocompetencias[10,11,13].

Por otra parte, Valverde, señala que la competencia es "la capacidad de desarrollar con eficacia una actividad de trabajo movilizando los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios para conseguir los objetivos que tal actividad supone. El trabajo competente incluye la movilización de atributos de los trabajadores como base para facilitar su capacidad para solucionar situaciones contingentes y problemas que surgen durante el ejercicio del trabajo"[11].

Las competencias, igual que las actitudes, no son potencialidades por desarrollar porque no son dadas por herencia ni se originan de manera congénita, sino que forman parte de la construcción persistente de cada persona, de su proyecto de vida, de lo que

quiere realizar o edificar y de los compromisos que derivan del proyecto que va a realizar. Finalmente, las competencias son perceptibles, medibles o evaluables por el resultado esperado que producen en un contexto determinado[14].

Por otra parte, se entiende por desempeño a "mostrar los recursos internos que se poseen en una situación real, para resolver problemas o tareas integrando el saber (conocimientos), el saber hacer (habilidades y destrezas), el saber estar (actitudes y comportamientos) y el saber ser (ética y valores)"[15].

Las competencias son el eje de los nuevos modelos de educación y se centran en el desempeño. Ser competente o mostrar competencia en algo, desde un enfoque integrado u holístico, implica una convergencia y compleja mezcla de conocimientos, habilidades, valores y no la suma de éstos. La convergencia de estos elementos es lo que da sentido, límites y alcances a la competencia[10,14].

El producto o desempeño debe presentarse de acuerdo con los términos o criterios de las exigencias de calidad que previamente se habrán acordado o establecido para la presentación o el desempeño. Debe planificarse de tal manera que admita que el educando tenga un desarrollo apropiado en las distintas situaciones y pueda adaptarse a las cambiantes formas de organización del trabajo[14].

A los aspectos considerados por los autores antes mencionados, en relación con el concepto de competencia, como el saber actuar, de acuerdo con un contexto particular, en base a ciertas actitudes y ética, Le Boterf agrega el hecho de que este *Saber actuar* debe ser validado por otros, no siendo suficiente la autodeclaración de una competencia. Además, incorpora la *finalidad de la competencia*, un sentido para el sujeto que la pone en práctica[16].

La intención que se da a la competencia es desempeñar o producir algo para sí y para los demás, esta intención se vincula con la estructura cognoscitiva de quien lo desempeña o produce y con las normas o criterios de quienes lo evalúan y lo interpretan. Las competencias son parte y producto final del proceso educativo[14].

Para seguir acercando el concepto de competencias y desempeño al ámbito de la educación, es necesario definir qué se entiende por docente. De acuerdo con Tejeda "se refiere a toda persona que de alguna forma o manera tiene relación con la formación desde la óptica de la responsabilidad-gestión, de la concepción o de la realización de la misma"[17]. Si bien se tiende a pensar que quien ejerce este rol cuenta con una formación habitualmente ligada a la Facultad de Ciencias de la educación, en la realidad se trata de un grupo de personas diferentes, con diversos tipos de perfiles de experiencias, formación y escenarios de actuación.

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de España (ANECA) en el año 2006, define la actividad docente como "el conjunto de actuaciones que se

realizan dentro y fuera del aula destinadas a favorecer el aprendizaje de los estudiantes, con relación a los objetivos y competencias explícitas en un plan de estudios y en un contexto institucional determinado"[18].

En la literatura se pueden encontrar definiciones de competencias en docentes de diferentes niveles de educación, como las identificadas por Perrenoud en el nivel primario (2004), en la educación media y en la educación superior[17]. Para efectos de esta tesis, se pondrá atención en este último grupo de docentes.

En el año 1990 la Fundación Carnegie, da a conocer el informe Scholarship Reconsidered: Priorities of the professoriate, de los autores Boyer E.L, Glassick Ch., Hochstein B., Huber M. et al, consistiendo en una de las primeras publicaciones que propone una visión amplia de la erudición en la docencia universitaria, definiendo cuatro dimensiones que si bien se desarrollan de manera independiente, también se pueden superponer: la erudición del descubrimiento (investigación), la erudición de la integración, la erudición de aplicación y la erudición de enseñanza[19]. Dando continuidad a su trabajo, en el año 1997 Glassick, Taylor y Maeroff, publican Scholarship Assessed: Evaluation of the Professoriate sumando 6 criterios que pueden ser aplicables tanto para la erudición en la investigación como en la enseñanza: objetivos claros, preparación adecuada, métodos apropiados, resultados significativos, presentación efectiva, crítica reflexiva[20].

Zabalza (2003), reconoce 10 competencias en los docentes universitarios: planificar el proceso enseñanza-aprendizaje; seleccionar y preparar los contenidos disciplinares; ofrecer informaciones y explicaciones comprensibles y bien organizadas; manejo de las nuevas tecnologías; diseñar metodología y organizar actividades; comunicarse-relacionarse con los alumnos; tutorizar; evaluar; reflexionar e investigar sobre la enseñanza y; por último, identificarse con la institución y trabajar en equipo[17].

Por otra parte, Valcárcel (2005), realiza una investigación sobre el docente universitario en el contexto del EEES y apunta al perfil del nuevo profesor en las siguientes competencias:

• Competencias cognitivas propias de la función de profesor de una determinada disciplina, lo que conlleva un conocimiento amplio en los ámbitos disciplinar específico y pedagógico.

• Competencias metacognitivas que le conviertan en un profesional reflexivo y autocrítico con su enseñanza, con el objetivo de revisarla y mejorarla de forma sistemática.

• Competencias comunicativas, estrechamente vinculadas al uso adecuado de los lenguajes científicos y de sus diferentes registros (artículos, informes, ensayos conferencias, lecciones, etc.).

• Competencias gerenciales, vinculadas a la gestión eficiente de la enseñanza y de sus recursos en diversos ambientes y entornos de aprendizaje.

• Competencias sociales que le permitan acciones de liderazgo, de cooperación, de persuasión, de trabajo en equipo, etc., favoreciendo así la formación y disposición de sus estudiantes en este ámbito, así como su propio desarrollo profesional.

• Competencias afectivas que aseguren unas actitudes, unas motivaciones y unas conductas favorecedoras de una docencia responsable y comprometida con el logro de los objetivos formativos deseables[17].

Si nos centramos en el ámbito didáctico, el profesional de la docencia universitaria deberá contar con las siguientes competencias:

1. Conocimiento del proceso de aprendizaje del estudiante en contextos académicos y naturales.
2. Planificación de la enseñanza y de la interacción didáctica.
3. Utilización de métodos y técnicas didácticas pertinentes.
4. Gestión de interacción didáctica y de las relaciones con los alumnos.
5. Evaluación, control y regulación de la propia docencia y del aprendizaje.
6. Conocimiento de normas legales e institucionales reguladoras de derechos y deberes del profesor y del estudiante.
7. Gestión de su propio desarrollo profesional como docente.
8. Diagnóstico e identificación de necesidades y objetivos de innovación y mejora de su docencia y de su formación[17].

Luna, Valle y Tinajero (2003) evaluaron la eficacia del docente universitario, obteniendo por resultado que los alumnos valoran de forma positiva las siguientes dimensiones: dominio de la asignatura, claridad expositiva, organización de la clase, cualidades de interacción, evaluación del aprendizaje, métodos de trabajo, y estructuración de objetivos y contenidos. Posteriormente**,** Luna, Valle y Osuna (2010) evaluaron los rasgos de un buen profesor, resultando que los más valorados por los estudiantes son la responsabilidad, la honestidad y el conocimiento, los cuales estarían vinculados a las dimensiones relativas al dominio de la asignatura, además de las referidas a las cualidades de interacción reportadas en el trabajo de Luna, Valle y Tinajero[21].

Si bien en diferentes publicaciones se mencionan las funciones del profesor universitario apareciendo la docencia, investigación y gestión, existe mayor consenso respecto de las dos primeras, quedando la última a elección del profesor, dependiendo de su compromiso personal[13].

Para poder describir las competencias del docente universitario es necesario tener claridad que este se desenvuelve en diferentes escenarios que se encuentran estrechamente relacionados: un contexto general (cultura, entorno social y profesional), el contexto institucional (universidad, facultad, departamento) y el microcontexto vinculado con el espacio más pequeño en el que se desenvuelve (aula, seminario, taller)[13].

De acuerdo con Mas Torelló, las competencias que debe poseer el profesor universitario para desarrollar una función docente de calidad son:

1. Diseñar la guía docente de acuerdo con las necesidades, el contexto y el perfil profesional, todo ello en coordinación con otros profesionales.
2. Desarrollar el proceso de enseñanza aprendizaje propiciando oportunidades de aprendizaje tanto individual como grupal.
3. Tutorizar el proceso de aprendizaje del alumno propiciando acciones que le permitan una mayor autonomía.
4. Evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje.
5. Contribuir activamente a la mejora de la docencia.
6. Participar activamente en la dinámica académico-organizativa de la institución (Universidad, Facultad, Área, Departamento, titulaciones...)[13]

En relación con la función investigadora y las competencias que el profesor universitario debe poseer, señala las siguientes:

1. Diseñar, desarrollar y/o evaluar proyectos de investigación e innovación de relevancia para la docencia, para la institución y/o para el propio avance científico de su área de conocimiento.
2. Organización y gestión de reuniones científicas, que propicien la difusión, la comunicación, la discusión, el intercambio del conocimiento científico, la propia formación.

3. Elaborar material científico actual y relevante para la docencia, para la institución y para el propio avance científico de su área de conocimiento.
4. Comunicar y difundir conocimientos, avances científicos, resultados de proyectos de investigación e innovación a nivel nacional e internacional[13].

Acercándonos a las competencias y desempeño docente en el ámbito de la educación médica, si bien el triángulo de Miller y la propuesta de su modificación desarrollada el año 2002 llamado Modelo de Cambridge, fueron planteados para evaluar a egresados de medicina, también pueden ser aplicables para observar la práctica docente, como lo desarrollado por la *Association of American Medical Colleges* (AAMC) en 1999, quienes basándose en lo propuesto por Glasick y cols., establecieron cinco principios generales para lograr un nivel de excelencia o erudición en la enseñanza. Estos incluyen: una definición apropiada de excelencia educacional, la práctica de actividades de apoyo al aprendizaje de excelencia, la evaluación de la docencia perfeccionada, el reconocimiento y recompensa de las actividades docentes y, por último, la existencia de una infraestructura organizacional de apoyo a los docentes[22].

Al igual que lo expuesto anteriormente, Callahan, Harden, Crosby y cols, en 1999, orientados por la educación basada en resultados[23], propusieron el modelo de los tres círculos para identificar las competencias que los médicos debían demostrar al egreso, modelo que el año 2001 fue adaptado por Hesketh, Harden y cols. para reconocer los

resultados de aprendizaje esperados de los programas de formación diseñados para producir maestros eficaces, llevando a cabo cuatro etapas: examen de la literatura, estudio del contenido de los cursos locales para profesores, preparación de un marco basado en los resultados de aprendizaje deseables identificados anteriormente, y la revisión del marco mediante discusión con colegas, seguido de un mayor refinamiento de la información recopilada. Esto tuvo como resultado la incorporación de los roles del docente clínico y 12 competencias relevantes en tres niveles: en el centro el desempeño docente, en un nivel medio lo relacionado con la aproximación a la docencia y en el exterior, profesionalismo[24,25].

El desempeño docente involucra las actividades que los profesores realizan como parte de su rol docente y comprende siete competencias que deben poseer los docentes: enseñar en el ámbito clínico, enseñar en grandes y pequeños grupos, planificar el aprendizaje, facilitar y manejar el aprendizaje, desarrollar y trabajar con recursos de aprendizaje, evaluar el aprendizaje de los estudiantes, evaluar cursos y desarrollar investigación en educación[24,25].

La aproximación a la docencia dice relación con el enfoque que el profesor adopta en la realización de las tareas identificadas en el nivel anterior e incluye: actitudes apropiadas, éticas y legales; comprensión de los principios de la educación y habilidades en la toma de decisiones y educación basada en la evidencia[24,25].

El nivel externo se vincula con el profesionalismo, que otorga la categoría de profesor profesional en el rol docente, estableciendo dos competencias: el rol del docente inserto en el sistema de salud y la comunidad y el desarrollo personal en relación con la docencia[24,25].

Utilizando el modelo de tres círculos, los resultados del aprendizaje para el maestro eficaz se traducen en formato de "árbol" y se muestra en la Tabla 1.1. Los tres segmentos del modelo de círculo forman el primer nivel del marco de resultados. En el segundo nivel, se definen 12 resultados clave: siete relacionados con el círculo interno (realización de tareas); tres al medio (acercamiento a las tareas) y dos al círculo exterior (profesionalismo). Cada uno de los resultados se compone de un conjunto de competencias definidas como se describen a continuación. Un médico competente en todas las actividades que se muestran en la tabla sería un "maestro estrella"[25].

Tabla 1.1
Los resultados de aprendizaje para el "docente eficaz", basados en el modelo de los tres círculos (Hesketh E, Harden R, Laidlaw F et al, 2001)

Nivel 1	Qué es capaz de hacer el médico como profesor 'Haciendo lo correcto' *Inteligencias técnicas*					
Nivel 2 (tareas a realizar)						
1 Enseñar a grupos grandes y pequeños	**2 Enseñar en la práctica clínica**	**3 Facilitar y administrar aprendizaje**	**4 Planificar aprendizaje**	**5 Desarrollar y trabajar con recursos de aprendizaje**	**6 Evaluar aprendices**	**7 Evaluar cursos y emprender investigaci**

						ón en educación
(1) Preparar una conferencia (2) Entregar una conferencia (3) Usar adecuadamente recurso audiovisual SIDA, incluso presentaciones electrónicas (4) Obtener participación de la audiencia (5) Elegir métodos apropiados para enseñar a grupo pequeño (6) Ejecutar una sesión educativa para pequeño grupo (7) Organizar y ejecutar un video y teleconferencias	(1) Enseñar y practicar habilidades clínicas (2) Enseñar actitudes apropiadas (3) Enseñar habilidades para la toma de decisiones (4) Enseñar en la sala, teatro y diferentes espacios (5) Enseñar en la clínica (6) Enseñar 'en la toma' (7) Enseñar en la comunidad (8) Enseñar las habilidades en una clínica (9) Actuar como modelo a seguir	(1) Realizar valoración de aprendiz y preparar reporte (2) Ayudar a los alumnos en el logro de los resultados de aprendizaje declarados (3) Ayudar a los alumnos a reflexionar sobre sus experiencias, p.ej. mediante cuestionamiento y retroalimentación (4) Ayudar a estudiantes directos a apropiarse de la información y recursos humanos (5) Ayudar a los alumnos en la auto evaluación de habilidades (6) Desarrollar contratos de aprendizaje (7) Motivar a los alumnos (8) Asesorar a los alumnos de carrera (9) Asesorar a los alumnos en asuntos personales (10) Asesorar a los alumnos sobre aspectos de aprendizaje y habilidades de estudio (11) Ayudar a los alumnos organizar sus conocimientos y experiencias (12) Ayudar a los alumnos a hacer apropiado uso de la información tecnología	(1)Emprender una evaluación de necesidades de los aprendices (2) Definir los resultados de aprendizaje esperados (3) Especificar el contenido de los programas (4) Diseño de estrategias de enseñanza y experiencias aprendizaje para igualar los resultados (5) Preparar un aprendizaje planificado en el tiempo (6) Crea un apropiado ambiente aprendizaje (7) Integrar diferentes elementos del programa (8) Implementar el curso planificado	(1) Diseño de instructivos, texto, incluso folletos, manuales y protocolos (2) Hacer apropiado uso de guías estudio (3) Diseño eficaz de guías de estudio (4) Hacer apropiado uso de cintas de video (5) Contribuir a la preparación paquetes de aprendizaje de multimedia (6) Uso de recursos de aprendizaje multimedia (7) Utiliza el internet para enseñar (8) Planificar y asesorar estudiantes en el efectivo uso de las instalaciones de la biblioteca (9) Hacer apropiado uso de simuladores clínicos	(1) Elije apropiado instrumento de evaluación (2) Uso de portafolios (3) Uso de evaluaciones escritas (4) Evaluar examen de actuación en clínica (5) Producir e interpretar perfiles de los aprendices (6) Conjunto apropiado de normas (7) Facilitar autoevaluación de los aprendices (8) Hacer apropiado uso de computadoras en la evaluación (9) Evaluar estudiantes para admisión al programa educativo	(1) Utiliza un rango de herramientas para evaluar los cursos (2) Utiliza un rango de herramientas para evaluar a los profesores (3) Utiliza un rango de herramientas para evaluar los recursos materiales (4) Animar investigación en educación médica
Cómo el doctor aborda su enseñanza **`Haciendo las cosas bien '** ***Inteligencias intelectuales – Inteligencias Emocional - inteligencias Analítica y creativas***				**El médico como profesor profesional** **'La persona adecuada haciéndolo'** ***Inteligencia Personal***		

8 Con entendimiento de principios de la educación	**9 Con apropiadas actitudes éticas, comprensión y conciencia legal**	**10 Con apropiadas habilidades para la toma de decisiones y la mejor educación basada en evidencia**	**11 El papel del maestro o entrenador dentro del Servicio de Salud y la Universidad**	**12 Desarrollo personal con respecto a la enseñanza**
(1) Teorías del aprendizaje (2) Estilos de aprendizaje (3) Aprendizaje en el trabajo (4) Aprendizaje oportunista (5) Aprendizaje Basado en problemas/ aprendizaje basado en tareas (6) Aprendizaje cooperativo (7) Dinámica de grupos pequeños (8) Principios de diseño instruccional (9) Nuevo aprendizaje con tecnologías (10) Principios de planificación curricular (11) Educación Basada en resultados (12) Educación Multiprofesional (13) Educación a distancia (14) Principios de evaluación y retroalimentación (15) Principios de cambio	(1) Entusiasmo (2) Empatía e interés en los aprendices (3) Respeto por estudiante (4) Apertura (5) Evita comportamiento discriminatorio (6) Confidencialidad (7) Imparcialidad (8) Respeto por metas institucional (9) Papel en la enseñanza de valores (10) Demuestra curiosidad intelectual (11) Capacitación en regulaciones (12) Queja y procedimientos disciplinarios	(1) Utiliza pruebas basadas en educación médica como base para enseñanza y adoptando estrategias de aprendizaje (2) Familiaridad con fuentes de literatura en educación medicina (3) Es creativo e ingenioso en su acercamiento a la enseñanza (4) Es capaz de priorizar la carga de trabajo como profesor	(1) Comprender las responsabilidades de la enseñanza (2) Mantener un equilibrio aceptable entre servicio, compromisos, investigación y enseñanza (3) Aceptar apropiados atributos personales para profesores (4) Apreciar al maestro como investigador (5) Aprecio del doctor como gerente de enseñanza incluyendo control de calidad (6) Apreciar al doctor como un maestro y alumno de un equipo multiprofesional (7) Fomenta una enseñanza del enfoque clínico multiprofesional (8) Apreciar y respetar a los compañeros (9) Familiaridad con recomendaciones de enseñanza y requisitos de la GMC, las especialidades y la universidad	(1) Reflexionar y ser consciente de las propias fortalezas y debilidades como profesor (2) Aceptar y responder a la evaluación, comentarios, crítica constructiva, etc. De otros (3) Mantenerse al tanto de las nuevas técnicas de enseñanza y de aprendizaje

También Harden y Crosby (2000), luego de analizar las tareas esperadas del profesor en el diseño e implementación del currículum en la Escuela de Medicina, estudiar las bitácoras de 12 estudiantes de Medicina por un período de 3 meses, analizando sus comentarios respecto del rol del profesor y revisar la literatura vinculada con el rol del profesor, proponen un modelo de 12 roles de la docencia en medicina, los cuales se pueden

agrupar en seis categorías (Figura 5): Proveedor de información, modelo del rol, facilitador, evaluador, planificador, desarrollador de recursos. Los roles a la derecha en la figura requieren mayor conocimiento de las disciplinas médicas, mientras que los de la izquierda mayor maestría educacional. Los roles de arriba están relacionados con el contacto cara a cara con los(as) estudiantes, y los de abajo se asocian con un menor contacto[6].

Figura 1.2
Los doce roles del educador médico (Adaptado de Harden y Crosby, 2000)

En este modelo se destaca el rol de tutor clínico, en la medida en que es de suma relevancia formar buenos clínicos que cuenten con conocimientos sólidos, que les permitan tomar decisiones de manera acertada. “Es en el rol de tutor clínico, mediante el cual el profesor selecciona, organiza y entrega información en la atención directa a pacientes. Con

este rol, se logra apoyar el conocimiento en habilidades como anamnesis, examen físico y tratamiento, constituyendo una guía fundamental en la toma de decisiones"[26].

Con posterioridad, se plantean propuestas de competencias docentes como la de Blass (2007), Perrenoud (2007), Pimienta (2012) o el estudio desarrollado por Milner R, Gusic M y Thorndyke L, en docentes de las Escuelas de Medicina de las Universidades de Massachusetts e Indiana (2011). Se encuentran en común aspectos como: desarrollo de competencias educativas (planificación de procesos de enseñanza y aprendizaje, desarrollo de materiales, generar entornos educativos y situaciones de aprendizajes, con foco en lo clínico y evaluación tanto de los programas, como del desempeño y progresión de los/las estudiantes a través de la mentoría, tutoría y acompañamiento), competencias en investigación, competencias de comunicación (habilidades comunicacionales y uso de tecnologías de la información para la comunicación, educación e investigación) y competencias académicas (profesionalismo, trabajo en equipo, liderazgo en tareas académicas, práctica reflexiva, aprendizaje y mejora continua)[12,27,28].

Cabalín y Navarro (2008) evaluaron en estudiantes de primer año de carreras de la salud de una universidad chilena, la representación que estos tenían de un "buen profesor universitario" reconociendo a través de núcleos semánticos que los conceptos identificados como nodales estaban relacionados con competencias genéricas y actitudes personales,

como aquellos representados por los atributos valóricos, de responsabilidad y práctica educativa[21].

El año 2012 Harden y Laidlaw dan continuidad al modelo de tres círculos propuesto para las competencias del maestro eficaz y lo adaptan utilizando la siguiente fórmula que demuestra que, aunque una de estas características puede estar en mayor medida que las otras, no puede faltar ninguna de ellas ya que debería puntuar cero y como resultado, una puntuación total para el profesor de cero (Figura 6)[29].

Figura 1.3
Competencias de un tutor efectivo

Competencias de un tutor efectivo. Esta ecuación muestra que, aunque las competencias pueden estar presentes en diversos grados, no puede faltar ninguna en un tutor efectivo. Adaptado de Harden y Laidlaw (2012).

Si bien David Irby en su investigación publicada el año 2014, no profundiza en características de los docentes clínicos, como sus creencias, identidades, motivación y autoeficacia, el entusiasmo y la integridad, pone especial atención en la transformación del conocimiento médico para la docencia clínica, reconociendo que dominar y transformar esta última implica: el conocimiento de la medicina y de los pacientes; conocimiento del contexto; conocimiento de la pedagogía y los aprendices, y conocimiento integrado en los

guiones de enseñanza. Este conocimiento se emplea y se transmite mediante el uso del razonamiento clínico y el razonamiento de instrucción clínica[30].

1.4 COMPETENCIAS PARA LA DOCENCIA O TUTORÍA CLÍNICA

Como se observa en la revisión realizada, la docencia o tutoría clínica, tanto en el pregrado como en el postgrado, resulta fundamental para el desarrollo de competencias de los estudiantes de ciencias de la salud.

Citando la definición de Stritter y Baker 1982, se entiende por enseñanza clínica en medicina: "la interacción de enseñanza/aprendizaje entre el instructor (médico de cabecera) y el estudiante (residente) que normalmente ocurre en la proximidad de un paciente y se enfoca en el paciente o en un fenómeno clínico que se refiere a un paciente o a una clase de pacientes"[31].

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile, los tutores clínicos o colaboradores docentes "son funcionarios del establecimiento de salud que, dentro de las funciones propias del cargo, cumplen labores de tutoría, acompañamiento, demostración u orientación académica a estudiantes, dentro del contexto de la Relación Asistencial-Docente (RAD)"[32].

González Anglada M. 2018 señala que el tutor "es el profesional especialista en servicio activo, que tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje

de los conocimientos, las habilidades y las actitudes del residente, a fin de garantizar el cumplimiento de su programa formativo"[15].

Para clarificar cuáles son las competencias esperadas en un docente que desempeña la tutoría clínica, la literatura aporta una serie de evidencia en la que se observan diferentes énfasis. Algunas investigaciones relevan las competencias del tutor vinculadas con la relación entre los clínicos y las personas que se atienden en los centros de salud así como su integración al establecimiento de salud propiamente tal, como la realizada por Gonzalo J et al, entre el 2014 y 2015 y cuyo propósito fue desarrollar un marco de competencia potencial para los programas de desarrollo de la Facultad de Medicina alineados con las necesidades de los centros de salud académicos, entrevistando a 23 líderes de sistemas de salud. Lograron identificar 4 ámbitos de competencias: a) Funcionales básicas (conocimientos y habilidades requeridos para las actividades de la práctica diaria del profesorado, vinculadas con la atención de los paciente; procesos de atención de salud, trabajo en equipo, sistemas de registro, salud pública, política y pago; y mejora de los sistemas de salud), b) Fundacionales (habilidades de pensamiento sistémico, capacidades de gestión, habilidades de trabajo en equipo en diversos entornos clínicos y habilidades de liderazgo necesarias para catalizar el cambio duradero), c) Cambios de paradigma en la forma en que los profesores académicos deben abordar la atención de salud, d) Necesidad de que los profesores sean conscientes de los desafíos en la cultura de los Centros de Salud Académicos como un contexto influyente para el cambio (desafíos para educar a las

generaciones actuales y futuras de profesores; y el potencial de los centros de salud académicos para liderar la transformación de la atención médica)[33].

Avanzando hacia las competencias docentes en educación médica de postgrado, Sutkin y col. el año 2006 realizan una búsqueda bibliográfica que pretendía responder a la pregunta "¿Cuáles son las cualidades de un buen profesor clínico en medicina?, reuniendo 4.914 títulos, siendo seleccionades 68 artículos para el análisis, los que enumeraban las características específicas de los buenos profesores de medicina, generalmente basadas en los resultados de encuestas a estudiantes/residentes de medicina. Este estudio identificó 480 descriptores y los que se agruparon en 49 temas y que terminaron conformando tres categorías principales: características del médico, características del maestro y características humanas[31].

Tabla 1.2
Características de los buenos profesores de medicina clínica según la literatura y temas, 1909-2006 (Sutkin G, Wagner E, Harris I et al, 2008)

Características	**Temas**
Características del profesor	Mantiene relaciones positivas con los estudiantes y un entorno de aprendizaje de apoyo (27) Demuestra entusiasmo por la enseñanza (18) Es accesible / disponible para estudiantes (16) Proporciona explicaciones, respuestas a preguntas y demostraciones efectivas (16) Proporciona retroalimentación y evaluación formativa (15) Está organizado y comunica objetivos (14) Demuestra conocimiento de las habilidades, métodos y principios de enseñanza y su aplicación (12) Estimula el interés de los estudiantes por el aprendizaje y / o la asignatura (12)

	Estimula o inspira el pensamiento de los alumnos (11) Fomenta la participación activa de los alumnos en el trabajo clínico (11) Brinda atención individual a los estudiantes (10) Demuestra compromiso con la mejora de la enseñanza (10) Involucra activamente a los estudiantes (10) Demuestra habilidades de evaluación / evaluación del alumno (7) Utiliza habilidades para hacer preguntas (4) Estimula la práctica reflexiva y la evaluación de los alumnos (4) Enseña profesionalismo (4) Es dinámico, entusiasta y atractivo (3) Enfatiza la observación (2) Otro (5)
Características del médico	Demuestra conocimientos médicos / clínicos (30) Demuestra habilidades / competencia clínicas y técnicas, razonamiento clínico (28) Mostrar entusiasmo por la medicina (19) Modela una estrecha relación médico-paciente (10) Demuestra profesionalidad (8) Es erudito (6) Valora el trabajo en equipo y tiene habilidades colegiales (6) Tiene experiencia (3) Demuestra habilidades en liderazgo y / o administración (2) Acepta la incertidumbre en medicina (1)
Características humanas	Habilidades de comunicación (21) Actúa como modelo a seguir-otro (15) Es una persona entusiasta en general (14) Es agradable (12) Es compasivo / empático (11) Respeta a los demás (11) Muestra honestidad / integridad (10) Tiene sabiduría, inteligencia, sentido común y buen juicio (6) Aprecia la cultura y los diferentes orígenes culturales (6) Considera las perspectivas y puntos de vista de los demás (6) Es paciente (4) Equilibra la vida profesional y personal (4) Es percibido como una persona virtuosa y una buena persona globalmente (4) Mantiene la salud, la apariencia y la higiene (3) Es modesto y humilde (3) Tiene buen sentido del humor (3) Es responsable y concienzudo (3) Es imaginativo (3) Tiene autoconocimiento, autoconocimiento y es reflexivo (2) Es altruista (2) Otro (12)

El año 2006 Srinivasan M. et al realizan una conferencia a la que convocan a 16 educadores médicos y no médicos de 10 organizaciones estadounidenses y canadienses diferentes y desarrollaron el borrador inicial del modelo conceptual "La enseñanza como competencia", utilizando las competencias de los médicos definidas por Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados (ACGME) y los roles para definir las habilidades críticas de los educadores médicos (del Royal College's Canadian, Directivas de Educación Médica para Especialistas [CanMEDS]). Posteriormente, entre los años 2007 y 2008 los autores perfeccionaron el modelo a través de conferencias nacionales y regionales, además de revisión de literatura y el aporte de expertos, concluyendo que son cuatro los valores fundamentales del modelo: *compromiso del alumno, centrado en el alumno, adaptabilidad* y *autorreflexión.* Junto con lo anterior, reconocieron seis competencias básicas acordes al marco de competencias del ACGME: conocimiento médico (o de contenido, experiencia en área temática del educador); centrado en el alumno; habilidades interpersonales y de comunicación; profesionalismo y modelos a seguir (conocimiento en evaluación, cómo asegurarse que los estudiantes aprendieron); reflexión basada en la práctica; y práctica basada en sistemas. Además, incorporaron cuatro competencias especializadas para educadores con roles programáticos adicionales: diseño / implementación de programas, evaluación de programas/ becas, liderazgo y tutoría. Luego, los autores hicieron una referencia cruzada de las competencias con los roles del educador, basándose en CanMEDS, para reconocer las habilidades específicas del rol[34].

Tabla 1.3
Seis competencias básicas de enseñanza para educadores médicos (Srinivasan M, Meyers F, Li S, Pratt D et al. 2011)

Área de contenido	**Descripción del área: educadores médicos competentes ...**	**Competencias básicas de enseñanza (adaptado del consejo de acreditación para competencias clínicas de educación médica de posgrado): educadores médicos competentes**
Conocimientos médicos (o de contenido)	Enseñe contenido y evalúe las habilidades de cada alumno dentro de su campo de especialización.	* Desafíe y facilite a los alumnos la práctica de una atención al paciente, compasiva y de alta calidad dentro de su campo de especialización. -Enseñar a los alumnos a aplicar los conocimientos establecidos y en evolución necesarios para la atención eficaz de los pacientes. -Enseñe a los alumnos a priorizar y realizar múltiples tareas en el cuidado del paciente, incluido el reconocimiento de los problemas críticos del cuidado del paciente. -Proporcionar recursos para el desarrollo de habilidades adicionales para los alumnos. * Evaluar el progreso del alumno en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. * Proporcionar a los alumnos una responsabilidad graduada en función de sus habilidades.
Centrado en el alumno	Demuestre un compromiso tanto con el éxito y el bienestar del alumno como con ayudarlo a crecer en sus roles profesionales.	* Demuestre respeto por cada alumno. -Valorar las contribuciones de cada alumno al entorno de enseñanza / aprendizaje. -Demostrar sensibilidad y capacidad de respuesta a cada alumno como individuo, incluido el respeto de la privacidad, la autonomía y los límites profesionales. -Demostrar sensibilidad y capacidad de respuesta a la diversidad del alumno, incluida la capacidad, la discapacidad, el género, la edad, la cultura, la etnia y la orientación sexual. * Invierta en el crecimiento y el desarrollo de habilidades de cada alumno. -Son conscientes de las demandas competitivas de los alumnos y de los problemas personales / profesionales del alumno, que podrían afectar su crecimiento. - Explique las barreras de aprendizaje de cada alumno y trabaje para superarlas. -Reconocer a los alumnos en apuros y proporcionar los recursos adecuados dentro de la estructura educativa para ayudar. * Crear un clima de aprendizaje en el que se facilite el aprendizaje. -Estimule lo mejor de cada alumno, mientras minimiza los comportamientos no deseados. -Crear un ambiente abierto que facilite el diálogo sobre diferentes enfoques a los problemas clínicos. -Crear un ambiente abierto que facilite el diálogo sobre temas personales / profesionales que afectan el desarrollo profesional.
Habilidades interpersonales y comunicativas.	Adapte de manera flexible los estilos de enseñanza y comunicación para facilitar el aprendizaje.	* Comunicar expectativas, metas e información de manera que estimulen e involucren a los alumnos. * Adaptar las estrategias de comunicación y educación para optimizar el contexto de aprendizaje y las necesidades de los alumnos. * Determine los conocimientos y habilidades previos de cada alumno a través de la observación directa o preguntas. * Proporcione comentarios específicos a cada alumno para ayudarlo a mejorar. * Están abiertos a enfoques alternativos para problemas y cuestiones. * Resolución de problemas en un contexto social. * Facilitar el diálogo y la comprensión en momentos de conflicto profesional.
Profesionalismo y modelo a seguir	Demostrar las mejores prácticas educativas y relacionadas con el contenido, y modelar esos comportamientos para los alumnos.	* Inspirar a los alumnos a la excelencia en su campo de especialización mediante el modelado de comportamientos profesionales. * Adherirse a los principios éticos en la enseñanza, demostrando compasión e integridad. * Modelar estándares de práctica profesional en su campo de especialización. * Manténgase actualizado sobre las prácticas y los recursos educativos dentro de su campo de especialización. * Ser responsable de sus acciones y dar seguimiento a las actividades acordadas de manera oportuna.
Reflexión y mejora basadas en la práctica	Demostrar una autoevaluación continua y un	* Reflexione sobre las prácticas educativas de forma rutinaria. -Esté atento durante y después de las interacciones educativas.

	aprendizaje permanente para mejorar su eficacia y capacidad como educadores.	-Buscar activamente aportes y comentarios sobre la calidad y eficacia de su propia enseñanza de múltiples fuentes, incluidos los alumnos. -Utilice la retroalimentación y la autoevaluación para identificar las fortalezas y debilidades de la enseñanza. -Modificar técnicas y enfoques didácticos para mejorar la práctica educativa actual. * Desarrollar metas educativas personales basadas en la autoevaluación e implementar un plan para lograr esas metas. * Buscar oportunidades de desarrollo docente para mejorar la práctica educativa.
Aprendizaje basado en sistemas	Utilizar recursos dentro del sistema más amplio de educación médica para defender a los estudiantes y brindarles una enseñanza y un aprendizaje óptimos.	* Utilizar los recursos de educación médica para defender a los estudiantes, coordinar los esfuerzos de enseñanza y optimizar los entornos de aprendizaje. -Buscar y utilizar recursos dentro de la institución para mejorar la educación médica y el ambiente de enseñanza para su área de especialización. -Busque y trabaje con otros para utilizar recursos fuera de la institución. -Utilizar recursos de educación médica más amplios, incluidos planes de estudio compartidos y recursos organizativos nacionales. * Negociar recursos para tener éxito en la enseñanza dentro de su área de especialización. *Anticipe cómo las tendencias dentro de su campo de especialización afectarán la práctica clínica y planifique cambios curriculares para satisfacer esas necesidades.

Tabla 1.4
Cuatro competencias de enseñanza especializadas para educadores médicos Srinivasan M, Meyers F, Li S, Pratt D et al. 2011)

Área de contenido	Descripción del área: Educadores médicos competentes ...	Competencias de enseñanza avanzada: Educadores médicos competentes
Diseño e implementación de programas	Diseño e implementación de programas educativos sólidos y sostenibles.	***Desarrollo*** * Comprender y aplicar las principales teorías de la educación médica en el diseño e implementación de programas. -Buscar formación adicional en modelos conceptuales y mejores prácticas en educación. -Busque colaboradores para completar su enfoque de contenido o métodos fuera de sus campos de especialización. * Utilice un enfoque deliberado y reflexivo para el desarrollo curricular. -Realizar análisis de necesidades para asegurar que los objetivos y el contenido del programa sean apropiados y relevantes. -Craft priorizó las metas de aprendizaje y los objetivos educativos, adaptados a las necesidades de los estudiantes, los pacientes y el sistema de salud local. -Involucrar al personal de desarrollo clave (tecnología, contenido, entrega) y las partes interesadas al principio del proceso. * Negociar recursos adecuados al ámbito de desarrollo. ***Implementación*** * Comprender la disponibilidad de recursos y las limitaciones para la implementación del programa. - Anticipar las barreras de implementación, incluida la falta de apoyo institucional y de la facultad, la falta de financiación y el personal / apoyo tecnológico, la inercia y las limitaciones de los alumnos. -Reúna recursos para superar las barreras críticas de implementación. - Desarrollar al personal y al personal clave para facilitar la implementación de programas específicos. * Involucrar a las partes interesadas clave, incluidos los estudiantes y la administración, en la implementación. * Desarrollar un proceso paso a paso para la implementación del programa. ***Sostenibilidad del programa*** * Comenzar la planificación de la sucesión durante la implementación para garantizar la continuidad si un educador clave no está disponible. * Crear una sólida infraestructura de programas, que incluya el reconocimiento, la capacitación y la participación de otros educadores y personal interesados.

		* Garantice la relevancia cambiando un programa en función de la retroalimentación (de los alumnos / educadores), la autorreflexión y las necesidades de práctica / entornos externos. * Brindar retroalimentación oportuna a las partes interesadas clave para mejorar la rendición de cuentas.
Evaluación y beca	Utilizar enfoques académicos y prácticos para priorizar la evaluación del programa de una manera que cree nuevos conocimientos sobre el programa, el proceso y el campo que se está estudiando.	***Evaluación*** * Planificar la evaluación del programa y del alumno durante el desarrollo del contenido. * Identificar resultados de aprendizaje medibles, ya sea solo o con expertos en evaluación con habilidades adicionales. -Elegir un alcance de evaluación, adecuado a las metas y recursos. -Considerar la evaluación de múltiples resultados: estudiantes, pacientes, comunidades, yo, personal, profesores, programas e instituciones. -Identificar las modalidades de evaluación con más probabilidades de capturar los resultados clave del aprendizaje. * Comprender las fortalezas y debilidades de los diferentes tipos de valores de evaluación, incluidas las modalidades de prueba / encuesta y no prueba / encuesta. -Pueden acceder o desarrollar (solo o con expertos) técnicas de evaluación adecuadas. -Considerar múltiples técnicas de evaluación de individuos o grupos, incluidos simuladores, pacientes estandarizados, observación directa, portafolios de aprendizaje, revisiones de desempeño clínico (revisión de videos, gráficos y portafolios), instrumentos escritos validados y encuestas. -Considerar múltiples técnicas de evaluación del éxito del programa, incluidos los resultados de los pacientes, los puntos de referencia / exámenes nacionales, las comparaciones con otras instituciones y la evaluación de los participantes. -Considerar la idoneidad y las limitaciones de las herramientas de evaluación existentes. -Planificar la utilización de tecnologías de evaluación nuevas o emergentes. * Utilizar técnicas analíticas cualitativas y cuantitativas para estudiar los resultados de interés. -Realizar una formación adecuada para los evaluadores. -Reclutar recursos y apoyo estadístico adecuados. ***Beca y difusión*** * Compartir los resultados de la evaluación con otros en la institución, a nivel nacional e internacional a través de publicaciones, conferencias y talleres. * Planificar la difusión del programa en los lugares adecuados. * Identificar preguntas que no hayan sido respondidas por la implementación y evaluación del programa y planificar los próximos pasos. * Generar y compartir nuevas ideas para mejorar o crear programas.
Liderazgo	Cree una visión compartida para la educación médica, mientras se anticipa a las necesidades futuras. Cree sistemas en los que los miembros del equipo puedan crecer y tener éxito.	***Visión*** * Plan para el cambio. - Anticipar cambios futuros en la medicina y la sociedad que afectarán la formación de los médicos. -Cambiar de manera proactiva (no reactiva) las instituciones y los programas para cumplir con los cambios futuros anticipados. -Gestionar el proceso de desarrollo global de los cambios planificados y el crecimiento sostenible. * Construir consenso en torno a los principales objetivos educativos. -Priorizar las necesidades competitivas de los grupos y nuevos proyectos para la asignación adecuada de recursos. -Escucha y cambia. * Implementar la visión de manera sustentable. ***Desarrollo de liderazgo*** * Desarrollar la próxima generación de líderes educativos. -Reclutar, nutrir y retener a personas talentosas (estudiantes, profesores, personal). -Delegar responsabilidad y autoridad para las tareas de forma lógica. -Aumentar progresivamente las metas, las responsabilidades y la autoridad de las personas capaces. -Iniciar la planificación de la sucesión en el momento de asumir su rol de liderazgo. * Promover los logros de la facultad y el personal. -Crear oportunidades de liderazgo y desarrollo de habilidades. -Crear sistemas para reconocer y recompensar a quienes cumplen o superan las metas. -Crear sistemas para reconocer y remediar a aquellos que no cumplen con los puntos de referencia adecuados.

		Cultura organizacional * Crear sistemas organizacionales que sean resistentes, flexibles, capaces de cambiar, responsables y equilibrados entre estabilidad y crecimiento. * Monitorear y responder a los resultados del desempeño institucional y del programa. * Los proyectos de recursos apropiados para asegurar el éxito y promover la rendición de cuentas. -Administrar presupuestos y recursos para lograr metas programáticas. -Recaudar fondos y recursos de fuentes internas y externas, en concordancia con los valores. * Crear una cultura de seguridad y confianza en la que se fomente y se utilice la retroalimentación crítica para desarrollar programas.
Tutoría	Mantener un enfoque positivo en el crecimiento profesional de las personas (estudiantes, profesores, personal).	***Mentoría uno a uno*** * Articular las expectativas de la relación mentor-aprendiz, incluidos los entregables tanto del mentor como del aprendiz. * Brindar apoyo, aliento, inspiración y crianza a los aprendices. * Ayude a las personas a desarrollar las habilidades necesarias a través de la colaboración, la retroalimentación, el aprendizaje y / o la presentación a otros. * Abogar por los aprendices, incluso proporcionando oportunidades clave para establecer contactos. * Entender cómo pasar de un rol de mentor-aprendiz a un rol de pares a medida que se desarrollan las habilidades del aprendiz. ***Mentoría programática (incluido el desarrollo de estudiantes o profesores)*** * Crear un entorno en el que las personas preparadas puedan triunfar personal y profesionalmente. * Brindar oportunidades de desarrollo para mejorar las metas individuales / grupales. * Crear o identificar oportunidades de desarrollo, adaptadas a los objetivos profesionales individuales. * Ampliar las perspectivas de individuos o grupos. * Crear programas de asesoramiento y retroalimentación. * Identificar o desarrollar recursos programáticos para que las personas logren sus metas[36].

En España el Real Decreto (RD) 183 de 2008 definió las funciones del tutor, correspondiéndole "planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimento del programa formativo de la especialidad". Además, define que "el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con éste un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo"[35].

Siguiendo con el mismo tipo de investigación desarrollada por la ACGME y el Royal College (campos semánticos y núcleos definitorios), Garza y De la Cruz y Abreu el año 2012 identificaron los atributos de tutores de postgrado de diferentes disciplinas y los elementos a considerar para la evaluación docente. Los hallazgos de De la Cruz y Abreu indican la relevancia que los estudiantes le otorgan, independientemente de la disciplina, a los atributos de personalidad y profesionalismo en los mentores. Garza identifica que el método de enseñanza es primordial para los alumnos, mientras que para los profesores el conocimiento es el elemento fundamental para la evaluación docente[21].

Considerando que el estudio de Sutkin incorporó investigaciones realizadas mayoritariamente en Estados Unidos y Canadá (61 de los 68 utilizados en su estudio), Kikukawa y col. deciden el año 2013 realizar una nueva investigación que tendría por objetivo identificar las características de un buen profesor clínico percibidas por médicos residentes en Japón, un país no occidental, y comparar los resultados con los obtenidos en países occidentales. Obtuvieron como resultados 197 descripciones de características de un buen docente clínico las que se agruparon en 30 temas. Luego, utilizando las tres categorías principales de la revisión de Sutkin, 24 de los 30 temas se agruparon como características del maestro, 6 como características del médico y ninguno como características humanas[36].

Para explicar esta diferencia en los resultados plantean la hipótesis de que las percepciones de los residentes con respecto a un buen maestro clínico pueden verse

influidas por el sistema educativo que regula el acceso a prácticas clínicas y que puede motivar la priorización de este ámbito, el entorno educativo y la cultura, necesitando más investigación para confirmar esta hipótesis[36].

Cabe señalar que, al comparar los resultados de ambos estudios, es posible reconocer en el trabajo de Kikukawa al menos dos características que si bien categoriza en los atributos del buen profesor, en la investigación de Sutkin son mencionadas como características humanas, lo que nos indica la necesidad de seguir aclarando y profundizando estos atributos.

Otro estudio realizado en España el 2014, que tuvo por objetivo conocer las competencias y cualidades que debe tener un tutor de especialidades, y describir su perfil profesional según los tutores del Hospital General Universitario de Murcia, señalando que las cualidades deseables se refieren primero a la competencia docente (44,4%), después a la competencia clínica (27%), seguida de la capacidad de comunicarse y relacionarse con el residente (24,4%); y otras cualidades (3,3%)[37].

En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), Madrid, España, el 2018 definieron tres tipos de funciones de los tutores clínicos de especialidades médicas:

I. FORMATIVAS: tienen como objetivo el aprendizaje del residente como la elaboración del itinerario formativo y de los planes individuales del residente, con la participación de éste; fomentar la actividad docente e investigadora.

II. DE EVALUACIÓN: tienen como objetivo estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento del residente, encontrando entre ellas la realización de reuniones y entrevistas periódicas estructuradas para la evaluación de las rotaciones; evaluación continuada del residente; coordinar y supervisar el libro del residente, cuyo objetivo es registrar las diferentes actividades que éste va desarrollando en su triple vertiente asistencial, formativo-docente y científica; coordinar y supervisar la memoria anual del residente.

III. DE ORGANIZACIÓN: las que dicen relación con la elaboración de una memoria de planificación docente, la que de forma concisa pero detallada, describa el plan docente para el período formativo que corresponde hasta finalizar su período de tutor (una residencia, entre cuatro y cinco años) o iniciar un nuevo proceso de reacreditación; y de una memoria anual docente de las actividades, con participación específica de los especialistas en formación[15].

También abordaron la necesidad de definir el perfil competencial del tutor de cara a lograr una gestión docente eficaz y elaborar el mapa competencial del tutor eficiente. El estudio se desarrolló en 3 fases: 1ª encuesta a los residentes de último año con 15 preguntas relativas a la figura del tutor; 2ª selección de competencias con el grupo de tutores y posteriormente definición y graduación de cada una de ellas por el grupo de competencias; 3ª se remitió una encuesta a los tutores que valorara la importancia de cada una de las competencias. Se logró definir, las siguientes competencias: competencias profesionales (orientación a la calidad, ética profesional, capacidad y motivación docente,

planificación y organización, orientación al logro de objetivos), competencias personales (gestión emocional, iniciativa, flexibilidad y gestión del cambio), competencias relacionales (comunicación interna, fomento del trabajo en equipo). Para los residentes, las características más importantes del tutor fueron el compromiso con la docencia, la empatía y el profesionalismo, mientras que los tutores reconocieron como competencias troncales la capacidad y motivación docente, orientación a la calidad, ética profesional, gestión emocional, iniciativa, profesionalidad, flexibilidad, planificación, habilidad de comunicación y fomento del trabajo en equipo[15].

En Chile, entre el año 2014 y el 2015, Riquelme A, Pizarro M, Solís N, Rojas V, et al., desarrollaron un estudio para elaborar y validar el instrumento MEDUC-PG14, que tiene por propósito la evaluación del desempeño de docentes clínicos de Postgrado en Medicina. Este estudio mixto desarrollado en una primera etapa de manera cualitativa y posteriormente validado cuantitativamente arrojó 26 categorías que se tradujeron en un instrumento de 14 ítems, los que finalmente fueron agrupados en 3 dominios de desempeño: enseñanza y evaluación; trato respetuoso a pacientes y equipo de salud; y entrega de retroalimentación[38]. Cabe mencionar que este instrumento fue validado el año 2021 en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por la Facultad de Medicina, integrando una pregunta abierta que indagó sobre otros aspectos positivos que el residente consideraba que caracterizan al docente y que no estaban contemplados en el cuestionario original.

Como resultado de este nuevo estudio, el dominio de entrega de retroalimentación se fusionó al de enseñanza y evaluación y a raíz de la pregunta abierta, emergió que un buen docente debería tener también un alto nivel de conocimientos y experiencia, lo que se consideró como una nueva dimensión, Competencia Profesional. Además, los residentes indicaron, que el buen docente debería investigar y promover la investigación. Lo anterior agregó un décimo quinto ítem al instrumento[39].

1.5 COMPETENCIAS DEL TUTOR CLINICO EN MEDICINA FAMILIAR

En cuanto a la docencia clínica en medicina familiar, habiendo sido Cuba uno de los primeros países en crear la especialidad, en 1990 establece que la tutoría es un proceso para proporcionar orientación y apoyo que se da entre docentes y posgradistas durante el periodo de formación de estos, lo que se concreta mediante la atención personalizada a un alumno o a un grupo reducido de ellos, cuya finalidad es la de promover su desarrollo integral. Además, debe ser un médico comprometido con aprender y enseñar a aprender, contando no solo con buenos conocimientos técnicos y científicos, sino que también debe ser capaz de transmitir los valores profesionales (y buenas actitudes hacia los pacientes y los compañeros), siendo un ejemplo en la consulta y en el domicilio[40].

Un estudio cualitativo publicado el año 2000 realizado por Boendermaker PM y cols., que tuvo por objetivo determinar las características, los conocimientos y las habilidades

necesarias para un formador de médicos de cabecera competente en Países Bajos, definió que estas podrían ser clasificadas en cuatro categorías:

1. Conocimientos sobre enseñanza: métodos de enseñanza y su aplicación pertinente.

2. Habilidades docentes, como proporcionar el feedback adecuado al residente, la observación y el análisis, así como mantener una relación fluida y la capacidad de hacer reflexionar al residente sobre el proceso formativo y la práctica asistencial.

3. Actitud docente: con capacidad de autocrítica, interés y respeto por el residente, proporcionando un ambiente de libertad para que descubra su propio estilo y pueda desarrollar sus habilidades de práctica profesional, pero supervisando su aprendizaje, reconociendo las necesidades particulares de cada uno de ellos. También estar abierto a la crítica sobre el desempeño de su función como educador, siendo capaz de desarrollar su trabajo manejando el estrés que genera su posición dual, entre las necesidades del paciente, por un lado, y las del residente por otro, logrando ser un modelo a seguir por sus residentes.

4. Debe tener determinados rasgos de personalidad, como la capacidad de introspección y reflexión, flexibilidad, integridad y, sobre todo, el entusiasmo por su trabajo y la capacidad de trasmitirlo[41].

El 2007 Saura Llamas señala que en España los tutores de medicina de familia no contaban con la suficiente preparación para ejercer su profesión como docentes, por lo que emergía la necesidad sentida desde los tutores de contar con una formación específica en

esta área. Señala que un buen tutor en medicina familiar es aquel que es un docente efectivo, es decir, es el que hace que el residente aprenda, no el que enseña o intenta enseñar, buscando responder a las preguntas: ¿cómo puede el tutor hacer efectiva su actividad docente?, ¿cómo puede mejorar sus resultados formativos? Propone que un buen tutor debe al menos cumplir con los siguientes requisitos, en el siguiente orden de prioridad: ser capaz de mantener una buena relación con el residente; ser un buen clínico, es decir, ser un médico de familia con una adecuada competencia clínica que se va a documentar con el adecuado proceso de acreditación; ser un buen docente, con una adecuada competencia docente que se debe documentar con el pertinente proceso de acreditación. Por último, se espera que el tutor tenga una actitud personal concreta como ser ordenado, motivado con su profesión, sincero, simpático, creativo y con buen carácter[42].

En Chile, el año 2017 Patricia Vargas de la Universidad de Chile, realiza un estudio cualitativo que buscó describir y analizar las características y funciones que definen el perfil del tutor clínico del Programa de Especialización en Medicina Familiar de dicha casa de estudios, desde la percepción de actores relevantes como el equipo de salud, residentes, tutores, autoridades del programa y académicos, apoyado por fuentes de información desde la literatura y la experiencia internacional. Los resultados obtenidos permiten delimitar el perfil del tutor clínico del programa formativo en tres grandes áreas: conocimientos, habilidades y actitudes. Los conocimientos necesarios para este tutor son: docencia en educación superior, estructura del programa universitario y funcionamiento

del CESFAM. Las actitudes requeridas son flexibilidad, disponibilidad para el residente, ser generador de clima de confianza, colaborador y estar disponible para el aprendizaje de los estudiantes. Las habilidades requeridas principalmente son las de tipo comunicacional, como escucha activa, asertividad, capacidad docente, capacidad de gestión y manejo de grupo. Como conclusiones principales, apunta a que se hace necesario disponer de un perfil estandarizado de las competencias del tutor clínico, así como de un programa de inducción para los tutores nuevos. Inicialmente todos los tutores deben conocer el perfil, el programa de inducción y tener una etapa de marcha blanca para su implementación[43].

Como se observa, la principal caracterización de las competencias esperadas en los tutores clínicos de especialidades médicas, están investigadas en el ejercicio en el ámbito hospitalario, lo anterior tal vez influido por el hecho de que el único especialista que se forma en la APS es el Médico de Familia. En cuanto a la caracterización del rol del tutor clínico en esta especialidad, no es posible encontrar la definición de las competencias esperadas y sólo se encuentran señaladas sus funciones, de la misma manera como ocurre con los tutores clínicos de las demás especialidades médicas. Del mismo modo, no es posible reconocer aspectos del entorno que influyen en el efectivo desempeño de las competencias de un tutor clínico, considerando la propuesta de varios modelos teóricos como Cambridge.

Las brechas de información antes mencionadas, presentes también en nuestro país y Universidad, motivan la realización del presente estudio, con proyecciones a elaborar un

sistema de evaluación y retroalimentación del desempeño de la docencia o tutoría clínica en la formación de especialistas en Medicina Familiar.

II. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DIRECTRICES

Objetivo general

Caracterizar las competencias docentes esperadas en la tutoría clínica y los factores que influyen en el desempeño de los tutores, en el Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, en Centros de Salud Familiar formadores, desde la perspectiva de los/as tutores/as, gestoras de aprendizaje, docentes, egresados/as y residentes.

Objetivos específicos

- Describir las competencias esperadas en el docente que desempeña la tutoría clínica en el Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, en los Centros de Salud Familiar formadores.
- Caracterizar las situaciones de aprendizaje que permiten la integración de las competencias de la tutoría clínica en los Centros de Salud Familiar formadores, del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción.
- Definir los factores que influyen en el desempeño de la tutoría clínica en los Centros de Salud Familiar formadores, del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción.

Preguntas directrices

- ¿Cuál es el perfil de competencia que se espera en el docente que desempeña la tutoría clínica en medicina familiar en los Centros de Salud Familiar formadores?
- ¿Qué elementos conceptuales se espera que domine un Médico de Familia para desempeñar la tutoría clínica en los Centros de Salud Familiar formadores?
- ¿Qué prácticas debiera desarrollar un Médico de Familia para desempeñar la tutoría clínica en un Centro de Salud Familiar formador?
- ¿Qué actitudes se espera observar en el Médico de Familia para desempeñar la tutoría clínica en los Centros de Salud Familiar formadores?
- ¿Qué situaciones de aprendizaje de la práctica de la tutoría clínica permitirían la integración de las competencias esperadas para dicho rol?
- ¿Cuáles son los factores del sistema que influyen en el desempeño de las competencias en la tutoría clínica, en la formación de Médicos de Familia?

III. MÉTODO

Considerando que el objetivo general de esta investigación fue caracterizar el perfil de competencias de los docentes médicos de familia que se desempeñan como tutores clínicos, pareció pertinente la realización de un estudio cualitativo, considerando que "este tipo de investigación demuestra la variedad de perspectivas sobre el objeto y parte de los significados subjetivos y sociales relacionados con ella. La investigación cualitativa estudia el conocimiento y las prácticas de los participantes. Se describen interrelaciones en el

contexto concreto del caso y se explican en relación con él. El proceso de investigación cualitativa se puede representar como un camino de la teoría al texto y otro de vuelta del texto a la teoría. Además de utilizar los textos como material empírico, la investigación cualitativa se ocupa de construcciones de la realidad: sus propias construcciones y en particular aquellas que encuentra en el campo o en las personas que estudia"[44].

En cuanto a su alcance, correspondió a un estudio descriptivo, siendo la perspectiva teórico-metodológica utilizada, la Teoría Fundamentada. Corbin y Strauss denominan a la teoría fundamentada como "aquella teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí. Comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos. Lo más probable es que la teoría derivada de los datos se parezca más a la "realidad" que la teoría derivada de unir una serie de conceptos basados en experiencias o sólo especulando (cómo piensa uno que las cosas debieran funcionar). Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción"[45].

3.1 Participantes

En el estudio participaron cinco tipos de informantes, incluyendo a los(as) propios(as) Médicos(as) de Familia que desempeñan la tutoría clínica, como a otros actores vinculados al ejercicio de este rol, que pertenecen a los diferentes Servicios de Salud donde se ubican los CESFAM Formadores de la especialidad. Los informantes fueron:

a) Tutores/as clínicos:

Participaron 10 Médicos(as) de Familia que desempeñan el rol docente en la práctica clínica desde hace al menos 3 años. Uno de ellos(as) se identifica con el género masculino, siendo la mayoría de nacionalidad chilena, seguida por ecuatoriana en dos casos. La formación de pregrado la realizaron en la Universidad de Concepción, seguida por la Universidad San Sebastián. En el caso de quienes realizaron el pregrado en el extranjero, lo cursaron en la Universidad de Cuenca-Ecuador. El promedio de edad es de 49 años, encontrándose entre los 34 y 62 años, con un promedio de 24 años desempeñándose como médicos(as) y 12 años como especialistas en medicina familiar.

En el desempeño del rol tutor cuentan con ocho años en promedio, variando la experiencia desde tres a 18 años, en centros de salud familiar ubicados en la red del Servicio de Salud Talcahuano en primer lugar, seguido por Bio Bio y Concepción. No fue posible contar con tutores(a) pertenecientes al Servicio de Salud Ñuble y Araucanía Norte, siendo estos los territorios que cuentan con un solo centro formador.

Todos(as) los docentes clínicos que obtuvieron la especialidad a través de una formación universitaria lo hicieron en la Universidad de Concepción y luego, en tres casos, lo

gestionaron a través de la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), contando además con formación complementaria en docencia o en áreas relacionadas con la especialidad, dictada por el propio programa de formación u otras instituciones educativas.

La descripción anterior refleja el vínculo que los(as) médicos(as) van desarrollando con el programa de especialización desde el pregrado, el curso de la especialidad y luego en el ejercicio de la docencia clínica en medicina familiar.

Por último, durante sus años de desempeño como tutor(a) clínico(a) han formado a siete residentes cada uno(a) en promedio, variando según los años de experiencia, encontrando tutores(a) que han acompañado desde dos a 14 residentes.

b) Residentes de medicina familiar:

Fueron parte del estudio 22 médicos(as) que se encuentran cursando el Programa de Especialización en Medicina Familiar, 15 corresponden a personas que se identifican con el género femenino y siete masculino, mayoritariamente de nacionalidad chilena, sumándose médicos(as) provenientes de Ecuador, Venezuela y República Dominicana.

De quienes realizaron la formación de pregrado en Chile, en primer lugar, la cursaron en la Universidad de Concepción, seguida por la Universidad de la Santísima Concepción y la Universidad San Sebastián, proviniendo en menor medida de las Universidad de los Andes, Autónoma y Católica del Norte, observándose que los(as) residentes cuentan con un número considerable de años de formación dentro de la provincia lo que puede reflejar un

mayor nivel de conocimiento y arraigo con el territorio. En el caso de los(as) residentes que cursaron pregrado en el extranjero, tres lo realizaron en la Escuela Latinoamericana de Medicina-Cuba, incluidos(as) dos estudiantes chilenos(as); dos en la Universidad del Zulia-Venezuela y, por último, dos en las Universidades de Guayaquil y Cuenca respectivamente, en Ecuador.

El promedio de edad de los(as) residentes entrevistados(as) es de 35 años, con edades que van entre los 28 y 48 años, con un promedio de experiencia como médicos(as) de ocho años. En su mayoría correspondieron a residentes de tercer año del programa formativo, seguido por los(as) de segundo año y finalmente, un grupo menor, de primero. Su formación la han realizado en centros de salud familiar distribuidos en la Macrored sur de la siguiente manera: Servicio de Salud Concepción con siete residentes, Talcahuano seis personas en formación, Ñuble tres residentes, a Bio Bío pertenecen cinco de los(as) entrevistados(as) y uno a la red de Araucanía norte. En la convocatoria a participar del estudio se intentó resguardar la representación de residentes pertenecientes a todos los Servicios de Salud que desarrollan el programa formativo, logrando que el número de entrevistados(as) sea proporcional a los(as) médicos(as) que se forman en cada uno de ellos.

c) Egresados/as del Programa de especialización:

Se entrevistó a dos médicos(as) que finalizaron su formación entre el año 2018 y 2022, considerando que a partir de ese periodo se intentó definir las prácticas del tutor en

el contexto del programa. Tienen un promedio de edad de 47 años, desempeñándose como médicos(as) de familia entre los cuatro y seis años, en centros de salud pertenecientes a los Servicios de Salud Ñuble y Talcahuano respectivamente.

d) Gestoras de aprendizaje:

Corresponden a referentes del equipo del Centro de Salud Familiar, que se integran al equipo formador del(la) residente. Participaron cinco gestoras, presentando un promedio de edad de 55 años, tres de ellas asistentes sociales, una nutricionista y una matrona, egresadas principalmente de la Universidad de Concepción, San Sebastián y Austral. Desempeñan el rol de gestoras en promedio desde hace 6 años, en centros de salud de la red de los Servicios de Salud Talcahuano (dos de ellas), Concepción, Bio Bio y Ñuble. La gestora de aprendizaje del Servicio de Salud Araucanía Norte no se suma al grupo focal.

e) Académicos/as del Programa:

Participaron tres docentes del Programa de Especialización que desempeñan funciones de acompañamiento en territorio y cuentan con responsabilidad por la gestión de asignaturas del plan formativo. Corresponden a médicos(as) generales, médicos(as) de familia y psicólogo(a), con un promedio de edad de 53 años; un tiempo de desempeño en el Programa de Especialización de la Universidad de Concepción que va desde los ocho a los 28 años y con un promedio de 16 años de experiencia en el rol.

Los(as) participantes fueron seleccionados(as) mediante muestreo razonado de variación máxima, considerando que permite construir una muestra lo más heterogénea posible, representando la complejidad del fenómeno estudiado[46].

El tamaño muestral se definió por saturación teórica, participando 42 personas.

3.2 Definición de categorías de análisis

1.- Elementos conceptuales de las competencias: en esta categoría algunos autores incorporan el conocimiento, definiéndolo como la acción de conocer, que significa averiguar mediante el ejercicio de facultades intelectuales la naturaleza, propiedades y relaciones de las cosas, que se saben de cierta ciencia o arte[9]. Perrenoud incorpora en este ámbito el concepto de saberes entre los que se encuentran los declarativos o modelos de realidad, procedimentales (saber cómo hacer, métodos o técnicas) y condicionales (saber cuándo intervenir de tal o cual manera)[12].

2.- Aspectos procedimentales de las competencias: se relacionan con las habilidades o aptitudes, corresponden a esquemas guiando las operaciones mentales como concretas. También pueden denominarse skills o saber hacer de bajo nivel y se diferencian de las competencias en que automatizan operaciones imprescindibles pero insuficientes por si solas para dominar una situación[12]. Otra conceptualización de habilidad señala que “es la

destreza para hacer algo y tiene como atributos que se componen de un conjunto de acciones relacionadas, se asocian a los conocimientos y a los valores, y unos a los otros se refuerzan; existe una secuencia que cumplir, donde es necesario que las habilidades básicas se incrementen antes que las avanzadas; y las habilidades deben orientarse para alcanzar una meta específica[9].

3.- Elementos actitudinales de las competencias: incluye los valores, principios y normas; y recursos emocionales y relacionales[12]. Los valores son el conjunto de cualidades de una persona u objeto, en virtud de lo cual es apreciado, y representa el alcance que puede tener una acción o palabra. Toda ética se basa en la capacidad de optar, de saber elegir algo valioso y es fruto del pensamiento crítico[9].

4.- Situación de aprendizaje de integración de competencias: relacionada con la intención de actuar en instancias concretas en las que uno o varios actores quieren entender un sistema para mantenerlo, hacerlo evolucionar e incluso destruirlo. Corresponde a los sistemas en los que los trabajadores deben y quieren "poder actuar", pudiéndose inventariar las prácticas y situaciones laborales más características de cada oficio. No se puede disociar las competencias de una identificación relativamente precisa de las situaciones en las que le son útiles a cierto individuo, motivado por tal o cual intención[12].

5.- Factores que influyen en el desempeño clínico vinculados con el sistema: dicen relación con elementos o situaciones del entorno en el que se desempeña la tutoría clínica como por ejemplo programas e iniciativas del gobierno, expectativas de los pacientes, guías y políticas para el ejercicio profesional, tiempo para la actividad, recursos para realizar el trabajo, entre otros elementos[9,47].

3.3 Técnicas de producción de datos

Para la recolección de datos se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a académicos (as) y a dos egresados(as), mientras que se efectuaron cuatro grupos focales, dos de ellos dirigidos a residentes, uno a gestoras de aprendizaje y el último, a médicos(as) de familia que desempeñan docencia clínica. Estas técnicas estuvieron orientadas por un guion.

Sólo el grupo focal realizado con los tutores(a) y las entrevistas a los(as) docentes se efectuaron de manera presencial, considerando las variaciones de la situación de contagio de los virus respiratorios experimentados desde el año 2020 en el contexto de pandemia, además de la distancia geográfica en la que viven y se forman las personas que participan de esta investigación.

La entrevista es una de las técnicas que permite al investigador interactuar directamente y desarrollar armonía y afinidad con el entrevistado. Además, el entrevistador

tiene la oportunidad de "leer" las claves no verbales del entrevistado, las cuales pueden indicar confusión y falta de comprensión de manera que la pregunta pueda refrasearse[48].

El grupo focal "consiste en la selección y reunión de un grupo de personas, generalmente entre 8 y 12 que, conducidas por un moderador, son estimuladas a interactuar (a intercambiar ideas y puntos de vista), con el fin de recoger datos de sus vidas en un entorno social."[49]. "Es un grupo diseñado para obtener percepciones de participantes focalizados en un área específica en un escenario que es permisivo y no amenazante. Una de las asunciones implícitas del uso de grupos focales es que la dinámica de grupo puede ayudar a la gente a expresarse y clarificar sus pareceres y perspectivas de manera poco probable de suceder en una entrevista uno a uno"[48].

3.4 Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación, en primer lugar, fue necesario gestionar la autorización institucional del Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, considerando que tanto las personas que participaron del estudio como quienes podrán sumarse a las futuras líneas de investigación que emergen de los resultados, corresponden a integrantes de los equipos formadores del Programa de Especialización en Medicina Familiar de esta universidad.

Como segundo paso, se presentaron los antecedentes de la investigación al Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina, organismo que aprobó el proyecto, ocurriendo lo mismo con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Contando ya con la aprobación para llevar a cabo el estudio, a través de la plataforma utilizada en el Programa de Especialización, se dio a conocer a los(as) potenciales participantes sus objetivos, características del estudio y condiciones de la participación en este (técnica de recolección de datos en las que participaría cada informante, tiempo que les demandaría, garantías de confidencialidad y voluntariedad).

Luego se contactó a cada tipo de informante y se consultó su interés por participar en la investigación, iniciándose el proceso de consentimiento informado con quienes manifestaron motivación, entregando nuevamente los antecedentes del estudio y finalizando con la firma del formulario de consentimiento (Anexo 1) y la entrega de datos personales a través del Cuestionario Sociodemográfico (Anexo 2).

Los(as) residentes participaron en dos grupos focales con 10 y 12 personas respectivamente, con una duración de 90 min. aproximadamente. En el caso de los(as) tutores(as) y gestoras de aprendizaje, se planificó un grupo focal para cada tipo de participante, integrándose 10 personas al grupo de tutores(as) y cinco en el de gestoras, conformados por quienes se desempeñan en estos roles desde hace tres años como mínimo, en el contexto de los Centros de Salud Familiar formadores. Al igual que los grupos focales antes señalados, este tuvo una duración de 90 min. aproximadamente.

Los(as) académicos(as) y egresados(as) participaron en entrevistas semiestructuradas que tuvieron una duración de 60 minutos aproximadamente y correspondieron a cinco personas, tres y dos respectivamente.

En el contexto de pandemia y además acogiendo el factor de distancia geográfica en la que se encuentran las personas participantes, los grupos focales de residentes, gestoras de aprendizaje y egresados(as), la recolección de datos se realizó a través de videoconferencias. El grupo focal dirigido a docentes clínicos y las entrevistas a académicos(as) se llevaron a cabo de manera presencial. En ambas modalidades la conversación fue orientada por un guión (Anexo 3) y quedaron grabados sus audios.

3.5 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se empleó el método de comparación constante de la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967), específicamente los lineamientos del diseño sistemático de Strauss & Corbin (2002).

De las tres etapas propuestas por el autor, se desarrolló sólo la codificación abierta que implica identificar de manera emergente categorías desde los datos y elaborar una descripción inductiva de las mismas desde sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002)[45].

El análisis se realizó de forma manual a través de la generación de bases de datos en Word.

3.6 Consideraciones éticas

La participación de todos(as) los(as) informantes fue confidencial, libre y voluntaria. Estos aspectos están especificados en el proceso de consentimiento informado, donde además se indicó los propósitos del estudio, las características de la participación solicitada (según sea entrevista o grupo focal), el tiempo aproximado que esta demanda y su derecho a recibir individualmente un resumen ejecutivo de los resultados del estudio, el que se enviará por correo electrónico al finalizar la investigación y además serán publicados en la plataforma que el programa de especialización utiliza para que estén disponibles de manera permanente.

Todos los participantes recibieron dos copias de un formulario de consentimiento informado en el que se consignó esta información. Una la entregaron firmada a la investigadora, y la segunda copia quedó como respaldo para el(la) participante del compromiso de los investigadores.

Entre los riesgos potenciales del estudio se encuentra la identificación de problemas en el desempeño de los(as) actuales docentes del ámbito clínico y la generación de malestar a los participantes a raíz de lo anterior. Por lo que, además de recibir los resultados a través de correo electrónico y la difusión en la plataforma del programa, se realizará una jornada de difusión y análisis en la que se pueda dar continuidad al proceso que esta investigación inició.

La investigadora firmó un acuerdo de confidencialidad y tratamiento responsable de la información recogida. En el caso de los(as) participantes, en el consentimiento informado

también se estableció el mantener la confidencialidad de la información aportada por los demás integrantes de los grupos focales. Para mantener el anonimato, en la transcripción de los datos cada persona es asociada a un código que lo(a) representa.

Por último, este estudio contribuye a generar una propuesta de las competencias esperadas en un(a) docente clínico(a) de la especialidad, la que deberá ser validada y sentará las bases para elaborar un sistema de evaluación. Al mismo tiempo, aporta a la identificación de los factores que influyen en el desempeño de la docencia clínica, con proyección a la construcción también de un instrumento evaluador de los centros formadores y sus redes. Finalmente, reconocer situaciones de integración de competencias en las prácticas de los(as) tutores(as) clínicos(as), guiará el reconocimiento de estas y su gestión como oportunidades de aprendizaje para los(as) residentes.

IV RESULTADOS DEL ESTUDIO

Los resultados de la investigación se han agrupado en cuatro categorías, tres de ellas relacionadas con los objetivos específicos del estudio: características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar, factores que influyen en el desempeño del rol de tutor(a) y situaciones de aprendizaje integradoras de competencias. La concepción de tutoría clínica emerge como cuarta categoría a raíz de las preguntas introductorias realizadas tanto en los grupos focales como en las entrevistas. Cada una de ellas comprende subcategorías, para facilitar su comprensión y dar mejor cuenta de las opiniones de los(as) entrevistados(as). Los resultados quedan representados en la Figura 4.1.

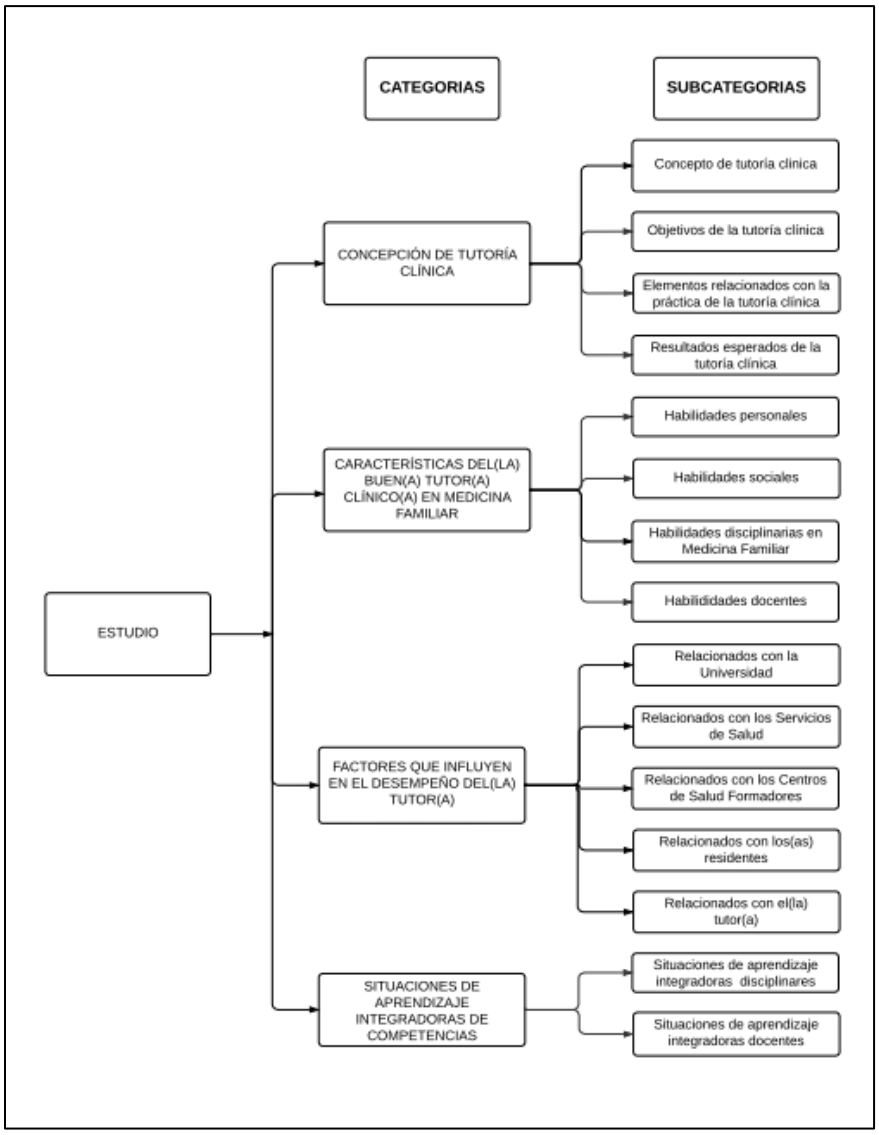


Figura 4.1: Identificación de Categorías y Subcategorías del estudio.

En la descripción de cada categoría se integran sus subcategorías, acompañadas con citas rescatadas del relato de los(as) entrevistados(as). En cada cita se señala la técnica con la que se recogió la información (entrevista o grupo focal), el código con el que ha sido identificada cada persona y el párrafo en el que se encuentra el fragmento mencionado. En

el caso de los(as) docentes y gestoras de aprendizaje entrevistados(as), además se mencionan los años que llevan desempeñando este rol en el programa y su profesión. En cuanto a las citas correspondientes a las entrevistas realizadas a egresados(as), se integra el rango de años desde que finalizaron la especialidad, clasificados entre 1 y 3 años o 4 y 6 años. En el caso de tutores(as) también se incorporan los años de desempeño en dicho rol. Finalmente, al citar a los(as) residentes se señala en año que cursa del programa formativo.

De los grupos focales realizados, dos fueron con residentes por lo que se representan como GFR1 (Grupo Focal Residentes 1) y GFR2 (Grupo Focal Residentes 2). El grupo focal desarrollado con médicos(as) de familia que desempeñan la tutoría clínica es enunciado como GFT (Grupo Focal Tutores/as), mientras que en el que participaron gestoras de aprendizaje se mencionará como GFGA (Grupo Focal Gestoras de Aprendizaje).

Algunos ejemplos:

- GFR1-P02-p9-2° año: representa que la cita corresponde al grupo focal número uno desarrollado con residentes, a la persona número dos, mencionada en el párrafo 9 de la transcripción y se encuentra cursando segundo año de la especialidad.
- GFGA-P03-p32-6 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social: grupo focal realizado con gestoras de aprendizaje, recogiendo el relato de la persona número tres, registrada en el párrafo 32 de la transcripción, lleva seis años en el rol dentro del programa y su profesión es trabajadora social.

- Entrevistado 2-p55-egresado(a) entre 1 y 3 años: se integra la cita recogida del relato del(la) entrevistado(a) número dos, registrada en el párrafo 55, correspondiendo a un(a) médico(a) de familia que ha egresado del programa de especialización dentro de los últimos tres años.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las diferentes categorías y subcategorías, siguiendo el orden del esquema antes mencionado.

4.1 CONCEPCIÓN DE LA TUTORÍA CLÍNICA

En este estudio, al iniciar las entrevistas y grupos focales en el guion se incorporan preguntas introductorias que buscan conectar a los(as) entrevistados(as) con el ámbito de investigación y explorar el imaginario que poseen sobre la tutoría clínica. Estas preguntas resultaron ser generativas para ellos(as), aportando mucha y diversa información, lo que motiva en la investigadora la construcción de una categoría emergente denominada "Concepción de la tutoría clínica". En ella, los(as) participantes refieren aspectos vinculados al concepto con el que asocian la tutoría clínica, sus objetivos, elementos relacionados con su puesta en práctica y los resultados que esperan obtener a través de ella. Esta primera categoría y sus subcategorías quedan reflejadas en la figura 4.2.

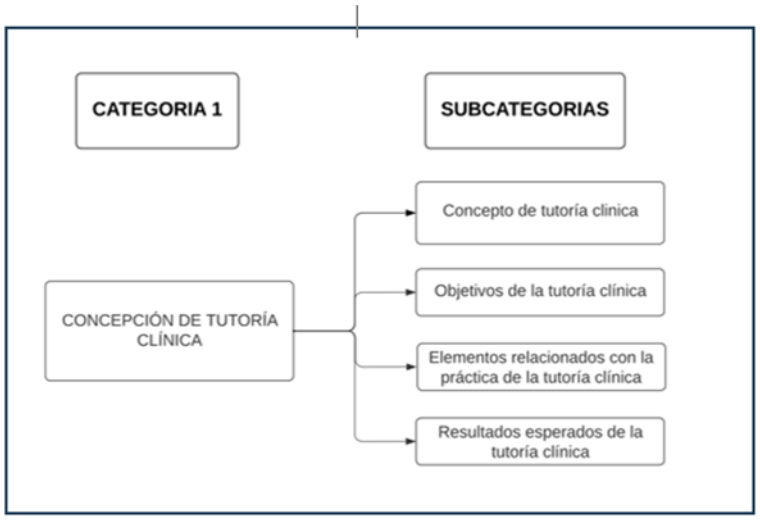


Figura 4.2: Concepción de tutoría clínica y sus subcategorías.

Concepto de tutoría

En esta subcategoría, los(as) entrevistados(as) asocian la tutoría clínica a cuatro conceptos: como un proceso, una instancia o espacio, una oportunidad y un desafío.

La tutoría clínica puede ser entendida como un proceso de acompañamiento en la formación de residentes en medicina familia, que se desarrolla en la atención primaria, como lo refiere uno(a) de los(as) entrevistados(as): *"Es un proceso de acompañamiento y formación a los residentes en atención primaria" [Entrevistado 1-p3, 11 años como docente en el programa-psicólogo],* en el contexto clínico, *"la tutoría clínica tiene que tener un énfasis central en el acompañamiento del proceso de atención en salud y de situaciones clínicas" [Entrevistado 3-p16-8 años como docente-médico]*. Los(as) entrevistados(as) consideran que en la tutoría como un proceso participan junto al(la) residente, además del(la) tutor(a) clínico(a) y gestora de aprendizaje, el resto de los integrantes del equipo de

salud y un(a) docente refiere que pueden sumarse a esta labor las personas usuarias y familias del centro formador:

> *"Después también veo que la tutoría perfectamente podría ser o debería tener oportunidades para que esté la triada de la salud familiar, o sea, que esté el cuidador o la cuidadora, la persona que necesita ser cuidada, que presenta el problema de salud, otros miembros de la familia, el tutor, el residente que está y parte del equipo" [Entrevistado 5-p9-28 años como docente-médico de familia].*

En cuanto a la tutoría clínica como un proceso, todos los tipos de informantes compartieron esta comprensión, siendo la que motivó el mayor número de aportes, principalmente en residentes y tutores(as) clínicos(as).

Un grupo más pequeño de entrevistados(as), principalmente residentes, junto con tutores(as) y gestoras de aprendizaje reconocen la tutoría clínica como una instancia o espacio de encuentro entre el(la) docente clínico(a) y el(la) residente, lo que se refleja en esta cita: *"Es un espacio de encuentro entre el tutor clínico y el aprendiz" [GFR2-P07-p40-3er año],* al que también se suma la gestora de aprendizaje: *"compartimos en este espacio de conversa que tenemos nosotros y de tutoría más dirigido" [GFGA-P02-p19-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].* Refieren que este espacio debe ser íntimo, protegido, en el que pueden conocerse, conversar sobre las situaciones que los(as) afectan y aquellas que los(as) motivan, generando un clima de confianza como lo señala este(a) residente *"El espacio de una tutoría también es un espacio en donde inicialmente nos*

miramos y nos evaluamos, también de dónde venimos, para poder tener espacio para ir a otro lugar" [GFR2-P03-p66, 2° año].

Es necesario señalar, que cuando los(as) residentes manifiestan que la tutoría es un espacio íntimo, se refieren a un encuentro individual o personalizado, en el que sólo participan el tutor(a) clínico(a) y cada uno(a) de ellos(as), *"Tiene que estar más enfocado solamente al tutor y al aprendiz, un espacio que sea más personalizado" [GFR2-P08-p48-3er año].*

De lo referido por los(as) entrevistados en esta conceptualización de la tutoría clínica, llama la atención que el término que emerge con mayor fuerza es el "encuentro" de las personas que participan en el proceso formativo, lo que hace suponer la valoración que poseen sobre generar un contacto estrecho y permanente.

Todos(as) los(as) tutores(as) mencionan la docencia clínica como una oportunidad para consolidar sus competencias como médicos(as) de familia como lo señala este(a) tutor(a): *"No es que vaya a terminar ahora, ha sido una forma de asentar, revolver todos los conocimientos técnicos" [GFT-P03-p25-9 años como tutor clínico].* Este desarrollo está asociado con la posibilidad de mantenerse actualizados(as), así como contar con tiempo para innovar en su práctica diaria a raíz de las actividades y aprendizajes de los(as) residentes, por lo tanto, consideran que esta oportunidad de aprender es recíproca, como se recoge en esta cita: *"En base a lo que conversamos antes, es decir, aprenden ellos,*

aprendemos nosotros de ellos, entonces se logra un crecimiento y aprendizaje constante, es reciproco" [GFT-P08-p72-3 años como tutor clínico].

> *"En realidad, yo siento que el residente a mí siempre me ha enseñado, sobre todo en lo comunitario. En la formación lo teníamos, pero yo nunca pude llevarlo a la práctica. Pero en el trabajo comunitario que hacen los residentes hay cosas que yo no tengo idea, de estrategias, de teorías" [GFT-P02-p144-11 años como tutor clínico].*

Además, los(as) docentes clínicos(as) consideran que desempeñar la tutoría es una oportunidad para continuar con su desarrollo transformacional, *"hemos vivido un crecimiento transformacional y desde allí, como tutora me enriquece porque uno es docente y al mismo tiempo es aprendiz, también va aprendiendo. Es un proceso de transformación" [GFT10-p52-9 años como tutor clínico],* mantenerse motivados(as), *"veo la tutoría como una fuerza, una energía que moviliza" [GFT-P09-p48-18 años como tutor clínico]* y trascender en la etapa final de su trayectoria laboral *"para mí la tutoría lo asocio a cómo dejo cierta trascendencia, de mi propio aprendizaje, a través de mis becados" [GFT-P04-p33-3 años como tutor clínico].*

Al mismo tiempo, esta oportunidad la extienden a la organización, considerando que a través de la tutoría pueden contribuir a esta, *"al mismo tiempo es un aporte para la institución" (Entrevistado 5-p8-23 años como docente-médico de familia],* a la comunidad y

al país *"bien en el fondo, es una posibilidad de contribuir al desarrollo del país, de la comuna, al desarrollo social" [GFT-P09-p48-18 años como tutor clínico].*

Las gestoras de aprendizaje y docentes se suman en menor medida a este concepto, compartiendo con los(as) docentes clínicos(as) que la tutoría es una oportunidad para actualizarse. *"Ellos también se van actualizando (los/as tutores/as), porque quieras o no, cuando ellos pasaron la materia o hicieron su especialidad, de ahí ha pasado tiempo" [GFGA-P05-p27-4 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Finalmente, el concepto de tutoría clínica como un desafío es referido sólo por los(as) docentes clínicos(as), agregando que esta comprensión los(as) motiva y les resulta gratificante. *"Entonces pienso, si no tuviera la tutoría, ¿cómo serían mis días? Levantarme, ir solo al CESFAM o consultorio o al hospital, sin tener el espacio en donde comparto estas ganas de contribuir a la mejora" [GFT-P09-p48-18 años como tutor clínico].*

En esta subcategoría se observa que los(as) entrevistados(as) le asignan un concepto a la tutoría clínica dependiendo del rol que desempeñan y el nivel de responsabilidad en la formación de los(as) residentes que a cada uno(a) le implica, por lo que la comprensión como oportunidad y/o desafío la mencionan principalmente los(as) docentes clínicos(as); los(as) residentes la reconocen más como una instancia o espacio, mientras que el concepto de proceso fue compartido por los(as) informantes. Cabe señalar que es frecuente que las personas entrevistadas asocien su comprensión de tutoría clínica a más de un concepto, en especial, los(as) docentes clínicos(as).

Objetivos de la tutoría clínica

Los(as) entrevistados(as) consideran que los objetivos de la tutoría clínica se encuentran asociados con desarrollo de competencias en el(la) residente, su acompañamiento como persona y la abogacía por las condiciones necesarias en los centros de salud para la formación de los(as) médicos(as) de familia.

En el primer caso se plantean como objetivos guiar y orientar al(la) residente en su proceso formativo, en la aplicación de lo teórico a la práctica diaria, como lo plantea uno(a) de ellos(as): *"que nos vaya guiando para decirnos si vamos bien, o no, en realidad, por este otro lado" [GFR1-P01-p43-1er año]*, traspasando los(as) tutores(as) sus saberes, especialmente en el ámbito clínico, *"se van transmitiendo cómo ciertas habilidades o conocimientos que son necesarios desarrollar durante la práctica de la beca" [Entrevistado-p4-egresado entre 4 y 6 años]* y estimulando el desarrollo del pensamiento crítico, "*entonces tensionarlo(al/la residente) para que avance un poco más en el desarrollo de su pensamiento un poco más crítico de la realidad" [GFGA-P02-p19-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].* Todos los tipos de informantes mencionan este objetivo, aunque aportaron más datos los(as) residentes y docentes clínicos(as).

En cuanto a los objetivos asociados al acompañamiento de la persona que está en formación, residentes, docentes y gestoras de aprendizaje señalan la entrega de apoyo y contención emocional en momentos de crisis que pueden emerger durante el período formativo, originados tanto por situaciones familiares como por el proceso de aprendizaje

en sí. Este(a) egresado(a) refiere lo que necesitó durante su formación en cuanto a contención y que estuvo escasamente presente: *"Yo creo que faltó más conversación (con el tutor). Yo tuve hartas dificultades, hartas crisis y también éramos nobeles, porque comenzamos la formación semillera" [Entrevistado 4-p77- entre 4 a 6 años de egreso].*

Por otro lado, la docencia clínica en medicina familiar se propone facilitar un proceso de aprendizaje transformacional en el(la) residente a través del desarrollo de la reflexividad, que lo(la) lleva a conectarse con sigo mismo(a), su historia de vida, motivaciones y crecer como persona, más allá de lo técnico.

> *"Llegan a la beca y la beca como que produce un vacío interior, se dan cuenta, quizás en muchos casos, del vacío que generó ese funcionar en piloto automático y entra a cuestionar su propio proceso de beca, su vida personal, su vida familiar, sus vínculos con sus papás, con sus hermanos, con todo el mundo" [GFGA-P02-p107-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Por último, gestoras académicas y residentes mencionan como objetivo que el(la) tutor(a) abogue para que el Centro de Salud Familiar (CESFAM) brinde las condiciones y oportunidades de aprendizaje necesarias para la formación de la especialidad. *"También generar, propiciar, abogar, pesquisar las condiciones para que ellos (los(as) residentes) puedan desarrollar prácticas clínicas y prácticas comunitarias" [GFGA-P04-p12-7 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Según lo descrito, los(as) entrevistados(as) reconocen objetivos de la docencia clínica vinculados con tres grandes ámbitos como lo son el desarrollo de aprendizaje y competencias, el acompañamiento de procesos reflexivos y transformacionales en el residente; y la defensa porque lo centros de salud cuenten con las condiciones para facilitar la formación de estos(as) futuros(as) especialistas.

Elementos relacionados con la práctica de la tutoría clínica

En esta subcategoría surgen elementos relacionados con los agentes que participan en la tutoría clínica, condiciones que deben darse para su desarrollo, así como actividades y estrategias de enseñanza que se pueden implementar en su práctica.

En cuanto a la identificación de los agentes que participan en la tutoría clínica, es necesario señalar que los(as) residentes y egresados(as) no mencionan aspectos relacionados con esto. Tanto gestoras de aprendizaje, tutores(as) y docentes comparten la visión de que todos(as) desarrollan docencia clínica, en conjunto con los(as) propios(as) residentes de los diferentes años de la especialidad y el resto del equipo de trabajo del centro formador: *"porque ese mismo par no tiene todas las competencias que estamos tratando de enseñar porque son competencias de equipo en parte y están en otras disciplinas del grupo o del equipo" [Entrevistado 5-p8-28 años como docente-médico de familia]*.

El(la) mismo(a) docente denomina a este conjunto de agentes como un "sistema" al que igualmente se suman las personas usuarias del CESFAM y sus familias, como se menciona en la subcategoría de concepto de tutoría como proceso.

> *"Normalmente lo miro como una persona más que como un sistema, pero también puede ser que sea un sistema. Entonces lo veo como un acto súper catalizador, que puede empezar en una acción concreta, pero no termina ahí porque está inserta en un ecosistema grande" [Entrevistado 5-p8-28 años como docente-médico de familia].*

Además, los(as) entrevistados(as), a excepción de los(as) docentes clínicos(as), plantean condiciones en las que se desarrolla la tutoría, debiendo ejecutarse en el territorio donde se forma el residente, *"es importante que el tutor esté dentro de la institución o dentro del semillero, del CESFAM, del hospital, donde esté" [GFR1-P06-p125-3er año].* Como lo señala un(a) residente, la docencia clínica puede realizarse a través de encuentros planificados y otros que surgen espontáneamente:

> *"No sé si una tutoría siempre es un espacio como formal, establecido, sino que también son interacciones que no siempre tienen que ver con un espacio de tiempo ya predeterminado, sino que es una interacción que puede darse de forma formal o informal en la relación entre dos personas" [GFR2-P01-p44-3er año].*

La modalidad de la tutoría aparece mencionada por docentes y residentes como otra condición que se debe consideran, pudiendo ser presencial o virtual, refiriendo además que

los espacios de encuentro deben ser frecuentes en el tiempo y ejecutados de acuerdo con lo planificado. La siguiente cita recoge el relato de un(a) residente que refiere que esta última condición no era considerada en su centro formador: *"Las horas que tenía (el/a tutor/a) tampoco las colocaba dentro (de su planificación) para poder hacer tutoría como tal, sino que era en ocasiones, una tutoría de 1 hora cada 15 o 1 hora cada mes, entonces era igual poco tiempo" [GFR1- P06-p125-3er año].*

Dentro de esta subcategoría aparece el modelaje como una estrategia de enseñanza identificada por residentes y gestoras de aprendizaje, que podría ser desarrollado por el(a) docente clínico(a) y por integrantes del equipo de salud de otras disciplinas y que pretende ejemplificar a los(as) residentes como sus prácticas se pueden enriquecer con la experiencia y expertiz de los(as) demás. *"También asocio el concepto con modelaje, no solamente de un par o tutor directo como del área, que sería en este caso como el médico, sino de un modelaje también de los demás integrantes del equipo" [GFR1-P08-p33-3er año].*

Luego del modelaje, las gestoras de aprendizaje señalan que los(as) tutores(as) clínicos(as) deben acompañar y observar cómo los(as) residentes aplican los nuevos conceptos que analizan en la formación, en la práctica clínica, poniendo especial atención en la integración de los elementos relacionados con el enfoque familiar y de determinantes sociales de la salud. Así lo señala la siguiente gestora de aprendizaje: *"Obviamente que incorporando todos los aspectos que van aprendiendo y comparándolos o uniéndolos con lo*

que aprenden en la Universidad y aprendiendo-haciendo junto con el tutor" [GFGA-P03-p10-3 años como gestora de aprendizaje-nutricionista].

Específicamente las gestoras de aprendizaje plantean un tercer momento en el que el equipo formador y los(as) residentes analizan lo vivido y observado en la atención del(la) usuario(a). *"Analizando sus reacciones, cuáles fueron sus focos, qué es lo que vio" [GFGA-P02-p8-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Los(as) residentes y gestoras de aprendizaje reconocen la retroalimentación como otra estrategia de enseñanza, pudiendo realizarse cuando los(las) residentes llevan a cabo una actividad o con posterioridad, lo que les permite anticiparse a situaciones que dificultan el desarrollo de sus competencias, así como reconocer sus fortalezas y aspectos por mejorar, como lo señala este(a) egresado(a): *"Había como una cosa de respeto, de saber decir las cosas, fueron buenas o fueron malas, o sea, como que de cualquiera de las dos formas era algo que uno sentía y lograba entender" [Entrevistado 2-p83-entre 4 y 6 años de egreso].*

Además, a través de la retroalimentación el(la) tutor(a) guía sus acciones con los(as) residentes de acuerdo con el programa formativo. *"También es una instancia donde se pueden ver ciertas directrices, orientaciones para poder afrontar los desafíos de la formación" [GFR2-P02-p42-3er año].*

Entre las estrategias de enseñanza mencionadas por docentes clínicos, residentes y gestoras de aprendizaje otorgan relevancia a la mediación que el tutor realiza al(la)

residente durante la retroalimentación, sobre el sentido y la trascendencia del proceso formativo y su futuro hacer como médico(a) de familia. *"Mas que un modelaje, comprendido como modelaje que repite lo bueno que se le puede mostrar, creo que la tutoría clínica es una oportunidad de mediar el significado y la trascendencia"* ***[****GFT-P09-p84-18 años como docente clínico).*

Si bien en esta subcategoría se recoge información que permite reconocer elementos relacionados con la práctica de la docencia clínica como los agentes que participan en ella, condiciones en las que se realiza y estrategias de enseñanza que se emplean, en este último aspecto emergen sólo algunas de ellas, entendiendo que toda la categoría surgió de una pregunta introductoria, por lo que es desarrollada con mayor profundidad en la segunda categoría "Características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a).

Resultados esperados de la tutoría clínica

En esta última subcategoría, los(as) entrevistados(as) mencionan como resultados esperados de la docencia clínica que tanto el residente como el equipo formador desarrollen sus competencias a través de un aprendizaje transformacional, además de validar la distinción de la medicina familiar y generar emociones positivas en quienes desempeñan la tutoría.

Profundizando en lo anterior, en cuanto al desarrollo de competencias, los participantes lo asocian con la generación de capacidades en el residente, para su futuro desempeño en el contexto real, proceso en el que el(la) médico(a) de familia que

desempeña la tutoría clínica y el resto del equipo de salud que participan de la formación, también aprenden, como lo señala este(a) tutor(a):

> *"Es importante destacar que no solamente del tutor hacia el aprendiz, sino que también del aprendiz hacia el tutor en que ambas mentes están como dispuestas a adquirir mayores conocimientos, mayores competencias en lo que están aprendiendo, por lo tanto, pueden aprender de ambos. Si bien el tutor sabe más que el aprendiz, puede haber cosas que el aprendiz sepa más que el tutor" [GFR2-P10-p56-9 años como tutor clínico].*

Entre los(as) entrevistados(as), uno(a) de los(as) docentes clínicos(as) manifestó una postura diferente frente a la reciprocidad del aprendizaje entre el residente, el(ella) y el equipo de salud, planteando que el(la) tutor(a) cumple más bien un rol de experto frente al(la) médico(a) en formación. Esta discrepancia permite reconocer al menos dos visiones de la tutoría que conviven actualmente, una más horizontal que otra y que puede generar diferencias en las oportunidades de aprendizaje para los(as) residentes. La siguiente cita reflejada esta comprensión: *"De pronto siento que esta tutoría es como un proceso de consejería, en donde uno está en un rol de experto y por el otro lado está el residente que necesita de la ayuda" [GFT-P02-p76-11 años como tutor clínico].*

También se espera desarrollar un aprendizaje transformacional en los(as) residentes, tutores(as) clínicos(as) y otros integrantes del equipo de salud que se suman a la formación de los médicos de familia. Esta transformación se refiere a la disposición a

aprender que establece la persona que desempeña el rol educador en la especialidad, a diferencia de otras experiencias como por ejemplo el pregrado. *"Y uno ve que la transformación se da así, la transformación del docente, que ya no es como el docente que uno conocía antiguamente, sino que es multidireccional" [GFT-P10-p52-9 años como tutor clínico].*

Como otro resultado esperado aparece el aumentar la comprensión que las personas usuarias y el equipo de salud tiene sobre la medicina familiar y de esta forma, validar la distinción de los(as) docentes clínicos(as) de la especialidad y sus residentes.

> *"Que esa tutoría pueda marcar esa diferencia que ha costado mucho diferenciar, porque en general, cuando se presentan un becado o incluso pacientes, a consultar hora para médicos, no siempre entienden la diferencia entre Médicos General y un médico de familia" [GFGA-P03-p10-3 años como gestora de aprendizaje, nutricionista].*

Por último, los(as) tutores(as) y gestoras de aprendizaje reconocen como un resultado la percepción de satisfacción por el desarrollo de habilidades en todas las personas que participan en el proceso formativo, la sensación de autorrealización profesional y personal alcanzada, así como agradecimiento por desempeñar la docencia clínica. Esta valoración se transforma en la principal motivación para mantenerse en el rol formador.

"Hay que tener un bagaje listo y dispuesto, interno. Entonces esa parte ha sido lo mejor, bueno, lo mejor y lo peor, es lo mismo, porque al final está el crecimiento colectivo y eso ocasiona mucha satisfacción y realización" [GFT-P03-p25-9 años como tutor clínico].

En esta categoría los(as) entrevistados(as) han aportado con información valiosa sobre la comprensión de la docencia clínica que poseen, su conceptualización, objetivos, elementos que participan en su desarrollo y los resultados que se esperan, abriendo interesantes posibilidades para futuras investigaciones. Es necesario señalar que, aunque los objetivos estén centrados en el proceso formativo del(la) residente, en los resultados deseados se reflejan intereses que trascienden a él, incluyen el aprendizaje de las demás personas el sistema formador, la validación y posicionamiento de la especialidad y la motivación que se espera para que todo el proceso funcione armónicamente.

4.2 CARACTERÍSTICAS DEL(LA) BUEN(A) TUTOR(A) CLÍNICO(A) EN MEDICINA FAMILIAR

En esta categoría, tras los datos aportados por los(as) entrevistados(as), se identifican cuatro subcategorías, que representan las características esperadas en un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a) del Programa de Especialización en Medicina Familiar de los CESFAM formadores. Las subcategorías están relacionadas con habilidades personales, sociales, disciplinares como médico(a) de familia y habilidades para la docencia clínica, quedando representadas en la Figura 4.3.

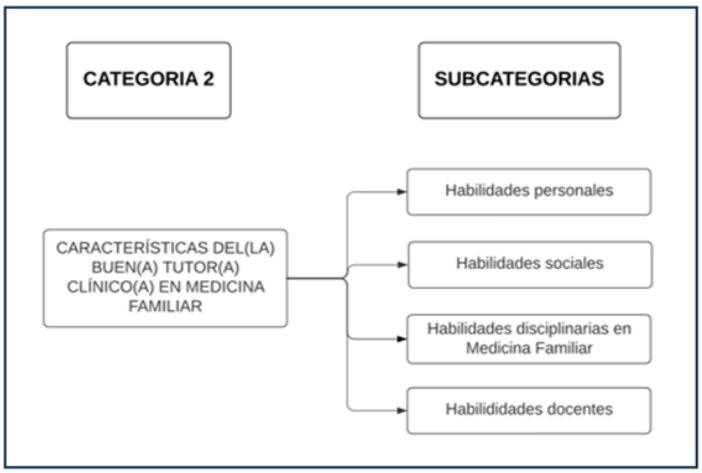


Figura 4.3 Características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a) y sus subcategorías.

Habilidades personales para una buena tutoría clínica

En esta subcategoría casi todas las personas que forman parte del estudio han participado activamente, refiriendo características personales deseables en los(as) médicos(as) de familia que desempeñan la tutoría clínica.

La disposición de apertura del(la) tutor(a), es una característica que los(as) entrevistados(as) mencionan, mayoritariamente docentes y gestoras de aprendizaje, asociándola a tres ámbitos. En primer lugar, a la capacidad de compartir con los(as) demás los valores y paradigmas que guían su actuar, como el fundamento de una postura política, religiosa, su comprensión sobre las capacidades de las personas usuarias de los centros de salud y la vida en sociedad, lo que queda reflejado en la siguiente cita:

"Saber hasta dónde el tutor pone en el centro a las personas, hasta dónde se piensa que las personas pueden cambiar, no pueden cambiar, hasta dónde se piensa que las personas deberían participar en la toma de decisiones, hasta dónde se piensa que las cosas se adquieren con bienes y no con solidaridad. Todo eso es importante tenerlo en el ámbito de conversación" [Entrevistado 5-p8-28 años como docente del programa-médico de familia].

En segundo lugar, esperan que demuestre apertura al solicitar y acoger con humildad la retroalimentación sobre su desempeño como docente clínico y/o médico(a) de familia, desde los(as) residentes, equipo formador e integrantes del equipo de salud, con la disposición de mejorar su quehacer, *"es importante como esta mentalidad de apertura, de que nadie lo sabe todo" [GFR2-P10-p56-3er año],* pidiendo ayuda cuando las propuestas de los(as) residentes superan sus competencias. El siguiente fragmento da cuenta de la ausencia de esta característica en su tutor(a): *"Creo que ahí falta como un poco de apertura en ese sentido o la capacidad de canalizar con otra persona del equipo que pueda ayudar de mejor manera en ese sentido" [Entrevistado 1-p59-11 años como docente, psicólogo].*

Por último, relacionan esta apertura con la capacidad del(la) tutor(a) de validar las emociones de los(as) residentes, *"saber acoger esas emociones como legítimas, como el miedo, la incertidumbre, la incerteza o el miedo al error o la frustración" [Entrevistado 5-p20-28 años como docente-médico de familia],* aceptar la diversidad de sus características (algunos más autónomos en la toma de decisiones, propositivos, diferentes paradigmas,

estilos de aprendizaje, historias personales y laborales, entre otras), las propuestas innovadoras que estos(as) realizan y estar disponibles a sus solicitudes de acompañamiento. El siguiente relato compartido por un(a) residente da cuenta de una experiencia en la que el(la) tutor(a) no acogió las propuestas innovadoras planteadas:

> *"Porque lo que me tocó ver en su momento fue que algunas personas (residentes) que son muy gestionadas crean muchas cosas, pero no todas están dentro de la norma, entonces algunos tutores eso les ha hecho ruido y cortan las alas. Eso es muy desmotivante para los residentes" [GFR2-P03-p66-2° año].*

Dentro de las habilidades personales, principalmente residentes, docentes y gestoras de aprendizaje entrevistados(as), refieren la capacidad crítica como una característica esperada en el(la) tutor(a) clínico(a), demostrando autocrítica al reconocer sus brechas de conocimientos, habilidades relacionales, disciplinares y/o docentes, los resultados que obtiene en su hacer, generando estrategias para fortalecer estos aspectos: *"mi tutora era muy buena, pero de repente, cuando yo le hacía una pregunta, era capaz de decirme, "chuta, no entiendo, no me acuerdo de esto, sabes que lo voy a buscar"" [GFR1-P11-p103-3er año]*.

Se espera que reflexione permanentemente sobre cuáles son sus emociones, valores y paradigmas, cómo estos se relacionan con su historia e influyen en la observación de los(as) residentes, en la relación que establece con ellos(as) y las demás personas con las

que se vincula, las decisiones que toma, en la forma en la que facilita el proceso de aprendizaje y el sentido que le atribuye al rol formador, como lo señala este(a) docente:

> *"Debo tener muy claro a qué es lo que yo digo "bien" o cuando digo "mal", cuando digo "no ven", o sea, estar permanentemente atento al valor que yo le doy a las cosas que estoy escuchando, al proceso de valoración, qué valoro en el otro y qué dejo fuera o le doy menos valor" [Entrevistado 5-p8-28 años como docente-médico de familia].*

Que la capacidad crítica y reflexiva aparezca escasamente mencionada por los(as) docentes clínicos(as) puede dar señales de que esta es una habilidad necesaria de fortalecer para el desempeño de su rol como facilitadores(as) de aprendizaje.

Otra habilidad altamente mencionada por todos los tipos de entrevistados(as) en esta subcategoría, que complementa la capacidad de apertura señalada, es la flexibilidad y adaptación a las características de los residentes, sus personalidades, distinciones generacionales, estilos de aprendizaje, nivel y tipos de experiencias laborales. Se espera que no sólo el(la) docente clínico(a) reconozca las particularidades de cada residente, sino que también adecúe el proceso de acompañamiento considerando estas distinciones, como lo demuestra la experiencia de este(a) tutor(a): *"La capacidad de adaptarse, porque cada becado es un mundo y a veces con uno tiene que ser de cierta forma y otro necesita otro tipo de tutoría, otro tipo de acompañamiento" [GFT-P08-p108-3 años como tutor].*

También adaptarse a los cambios de los(as) residentes en el transcurso de la formación (personales o a raíz del proceso formativo), sus necesidades, situaciones emergentes, tiempos de trabajo disponibles y otros eventos que puedan requerir el acompañamiento del(la) tutor(a) en horarios no establecidos para la tutoría.

> *"La disponibilidad que puedan tener (el/la tutor/a) para estar no solamente disponible en horario de tutoría, sino también fuera de ellas, porque muchas veces van a suceder acontecimientos que se escapan de estos horarios más establecidos y que requieren sentarse a conversar y poder abordarlo en otras instancias" [GFR2-P02-p246-3er año].*

Las gestoras de aprendizaje consideran relevante que el(la) tutor(a) se adapte a las características de las personas que integran el equipo formador, los cambios que pueden ocurrir en la conformación de este y la modificación de roles que implica.

> *"Piensa tú que yo partí con la tutora clínica XX que tiene un perfil y ahora estoy con dos tutores, dos tutores que fueron mis propios becados, entonces yo también tengo que, en mi cabeza, cambiar el rol de que fueron mis alumnos y ahora son mis pares" [GFGA-P02-p135-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

También las gestoras de aprendizaje mencionan la adaptación a escenarios complejos y períodos de incertidumbre que se presentan en el CESFAM formador y sus comunas, en ocasiones influido por aspectos técnicos orientados desde el ministerio de salud o políticos del territorio, como cambios en las direcciones de los centros.

Logra sobreponerse a problemas que pueden emerger en estas etapas, con convicción en el rol que desempeña, rescatando aprendizajes que le permitan reinventarse. Así lo señala la siguiente gestora de aprendizaje:

> *"En el caso nuestro, con un convencimiento real, con todas las vicisitudes que suceden durante el tiempo, es cíclico, yo digo que a veces uno está en la cresta de la ola, a veces está abajo (en la formación de residentes)" [GFGA-P04-p95-7 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Finalmente, docentes y egresados(as) esperan que esta capacidad de adecuarse se refleje también en la relación que establece con las personas usuarias del centro de salud, sus características y las del contexto en las que se desenvuelven.

> *"Va a ser distinta la práctica en Los Cerros que la práctica en Concepción, en Pedro de Valdivia, o sea, va a haber contexto, va a haber pertinencia territorial en el sentido de atención al tipo de pacientes que tenemos allí" [Entrevistado 5-p85-23 años como docente-médico de familia].*

La capacidad de crear e innovar la mencionan de manera escasa los(as) entrevistados(as), esperando que el(la) docente clínico(a) las demuestre a través de las actividades con los(as) residentes, en su desempeño como médico(a) de familia o en el trabajo con los(as) demás integrantes del equipo de salud, proponiendo nuevas acciones o mejorando los procesos existentes, incorporando el sello de su especialidad. Un(a) residente menciona estas habilidades en el siguiente fragmento:

"Quería también agregar sobre el momento en donde un médico de familia se encuentra en el rol de implementar una nueva actividad, es en donde tiene la mayor oportunidad de poder dejar el sello de la medicina familiar en las prestaciones que van a dar otros miembros del equipo" [GFR2-P03-p198-2° año].

La proactividad y autogestión son otras habilidades mencionadas principalmente por los(as) docentes entrevistados(as), esperando que los(as) tutores(as) clínicos(as) puedan proponer y gestionar soluciones concretas a situaciones que se presentan en el desempeño de sus roles, de forma individual y autónoma en los centros de salud o como colectivo de tutores(as) de un territorio.

"Si bien la Universidad está ahí acompañando y apoyando, pero hay muchas cosas que resuelven ellos en territorio respecto de la forma cómo suplir en un principio esta falta de experiencia. Creo que fueron como bien partner entre ellos (los/as tutores(as)" [Entrevistado 1-p105-11 años como docente, psicólogo].

Los(as) entrevistados(as) señalan que es deseable que el(la) docente clínico(a), luego de su formación en medicina familiar, se actualice sistemáticamente en diferentes áreas relacionadas con la distinción de la especialidad, por ejemplo, en el área clínica, sobre diagnósticos y tratamientos relacionados con los problemas de salud que afectan a las personas usuarias, considerando que constantemente aparece nueva evidencia científica al respecto; y en marcos teóricos vinculados al trabajo con familia, el desarrollo comunitario y organizacional.

"Yo creo que, como bien lo dice el nombre, clínicamente debe tener un conocimiento bien actualizado. Cuando discutíamos casos, yo en mi imaginario tenía la idea de que un tutor clínico es alguien como que se sabe todo, que está súper arriba de la pelota, en el sentido de cuáles son las últimas tendencias en tratamiento, los últimos diagnósticos, como bien actualizado en ese sentido, clínicamente hablando" [Entrevistado 2-p12- egresado entre 4 y 6 años].

Para lograr lo anterior, utiliza diferentes estrategias como aprender autónomamente realizando revisiones bibliográficas, participando en capacitaciones, asistiendo a jornadas o congresos y/o sumándose a los espacios de formación creados por la universidad, recurriendo a diversos integrantes del equipo y de la red de salud que puedan aportar a su conocimiento. *"Podemos evaluar distintas cosas en el tutor, primero, si hay preparación constante, si hay una formación constante del tutor clínico, el participar de distintos cursos, congresos, distintas actividades académicas" [Entrevistado 3-p44-8 años como docente-médico].*

Si bien en la primera categoría, la docencia clínica es conceptualizada como una oportunidad para afianzar las competencias de los(as) tutores(as), en la actual subcategoría se reconoce en qué ámbitos específicos es deseable que se mantengan actualizados(as) y las estrategias que emplean para fortalecer estas habilidades.

Los(as) docentes señalan que es deseable que el(la) tutor(a) sistematice y difunda sus experiencias, integrando elementos analíticos y reflexivos que aporten al conocimiento,

desarrollo de competencias de los(as) residentes y del equipo de salud, lo que también permite posicionar la especialidad de medicina familiar. *"Realiza una sistematización problematizadora, reflexiva, propositiva, no tanto descriptiva... hacer desarrollo de la disciplina es sistematizar lo que hago" [Entrevistado 5-p21- 28 años como docente-médico de familia].*

Finalmente, en esta subcategoría los(as) entrevistados(as) refieren que los(as) tutores(as) clínicos(as) deben presentar conductas relacionadas con el profesionalismo y la ética, como ser coherentes entre lo que declaran y lo que llevan a la práctica, independiente de los roles que desempeñen, reconociendo con honestidad sus límites técnicos al atender a los(as) usuarios(as) y acompañar al(la) residente, como lo señala este(a) médico(a) en formación:

> *"O cuando ya no quiere hacer más, porque también están en su derecho de no querer hacer más, pero reconocer el momento y hacerse a un lado para dejar que otros también hagan las cosas que en ese momento no está alcanzando a hacer" [GFR2-P06-p214-3er año].*

En este mismo ámbito, también hacen referencia a que esperan que los(as) tutores(as) respeten las normas y reglas de funcionamiento de la organización. "*Que sea capaz de cumplir ciertas reglas, no saltarse los conductos regulares que existen para ciertas cosas" [GFR2-P01-p150-3er año].*

Todas estas conductas y características asociadas al profesionalismo generan confianza en las personas con las que trabaja el(a) tutor(a) clínico(a), siendo percibidos(as) como profesionales creíbles. Lo señalado por este(a) docente da cuenta de lo anterior: *"Hasta dónde la institución tiene una valoración de mí como una persona creíble, confiable y eso va a pasar no por lo que yo digo, sino que por lo que he construido todo ese tiempo pasando por esa institución" [Entrevistado 5-p39- 28 años como docente-médico de familia].*

Llama la atención que la motivación por mantener actualizados sus saberes clínicos o la capacidad crítica, los(as) entrevistados(as) no las observan como conductas relacionadas con el profesionalismo, sino que conciben esto último más bien desde la honestidad, la coherencia entre lo que declaran y efectivamente realizan; y el cumplimiento de las normas institucionales. El profesionalismo también fue una de las características menos mencionadas en las entrevistas y grupos focales, siendo tutores(a) y gestoras de aprendizaje quienes más aportaron con la información antes descrita, por lo que aparece como un ámbito que también sería conveniente abordar con la comunidad de medicina familiar.

En conclusión, en esta subcategoría, las principales habilidades personales mencionadas por los(as) entrevistados(as) son la disposición de apertura del(la) tutor(a), la flexibilidad y capacidad de adaptación; y, por último, el interés por mantenerse actualizados(as). Luego, la capacidad crítica y reflexiva, creatividad e innovación, proactividad y autogestión, habilidades de sistematización y conductas asociadas al

profesionalismo son mencionadas en menor medida, siendo los(as) docentes del programa y las gestoras de aprendizaje quienes mencionaron principalmente estas características. Esto visibiliza posibles áreas de análisis y fortalecimiento de habilidades en los(as) docentes clínicos(as).

Habilidades sociales para una buena docencia clínica

A través de las entrevistas y los grupos focales, los(as) entrevistados(as) dan a conocer una serie de características deseables en un(a) médico(a) de familia que desempeña la docencia clínica vinculadas con la forma en que se relaciona con las personas de su entorno, dando origen a esta subcategoría, diferenciándose de la subcategoría anterior en que esta incorporaba características centradas sólo en el(la) docente clínico(a), no en función de otros(as) personas.

Entre las habilidades sociales mencionadas por todos los tipos de informantes, aunque no intensamente, aparece la cercanía del(la) tutor(a) clínico(a) con los(as) médicos(as) en formación, esperando que demuestre un trato amable, amigable, acogedor con todas las personas con las que se relaciona, además de contar con sentido del humor, como menciona este(a) residente: *"Que, a pesar de reconocer el cargo, la jerarquía, qué sé yo, todas las habilidades mencionadas, igual tenga un componente de familiaridad en la cercanía" [GFR2-P06-p232-3er año].*

Otra característica que los(as) entrevistados(as) mencionan como muy relevante en el desempeño de la docencia clínica es la empatía, desplegando esta habilidad en su relación con los(as) residentes, pares médicos(as) de familia y usuarios(as), identificándose en ocasiones con estos(as) últimos(as) a raíz de los eventos personales y familiares que también deben gestionar. *"Hay veces que nos vamos a sentar en un grupo con unos pacientes y somos parte del mismo grupo. No somos distintos" [Entrevistado 5-p11-23 años como docente-médico de familia].* Además, el(la) tutor(a) se interesa por comprender la historia de las personas, su contexto, las expectativas que tienen de él(ella), demostrando compasión por las situaciones que pueden afectarlas y les generan sufrimiento, movilizándolo(a) hacia la búsqueda de alternativas que alivien ese dolor. Así lo refleja lo planteado por este(a) residente:

> *"La compasión como esta capacidad de conmoverse frente a lo que le pasa al otro, no solo a las cosas de los residentes, sino también de sus usuarios. No hay nada más triste que ver a un médico anestesiado frente a los pacientes que pasan y pasan frente a él" [GFR2-P07-p218-3er año].*

El respeto es reconocido frecuentemente por las personas entrevistadas en el estudio como otra habilidad deseable en el(la) tutor(a) clínico, relacionándolo especialmente con la aceptación de diversas características de los(as) residentes que han sido ya mencionadas en la subcategoría "habilidades personales" como parte de la

capacidad de apertura y adaptación. Cabe señalar que esta actitud hacia los(as) residente es complementada con otros datos en la subcategoría “Habilidades docentes”.

Llama la atención que el respeto a las personas usuarias lo mencionan sólo los(as) egresados(as) de la especialidad, considerando que estas son valoradas como el centro del modelo de atención integral y de la medicina familiar. *“Yo creo que lo fundamental es el respeto, por nosotros como becados, por los usuarios y yo creo que siempre tiene que darse todo desde el respeto” [Entrevistado 2-p35-egresado entre 4 y 5 años].*

Se mencionan la capacidad de comunicarse efectivamente con los(as) residentes como una habilidad esperada y valorada en los(as) tutores clínicos(as), siendo capaz de utilizar la escucha activa y diferentes técnicas narrativas en su rol docente, como se rescata en la siguiente cita: *“Saber comunicar efectivamente, que el residente pueda entender lo que se le quiere comunicar” [GFT9-p100-18 años como docente clínico].*

Estas habilidades comunicacionales, además de demostrarlas con los(as) residentes, son deseables en el contacto que el(la) docente clínico(a) establece con los directivos de la organización, el equipo de salud del centro formador, usuarios(as) de la comunidad y actores del intersector, adaptándose a ellos y facilitando que todos(as) den a conocer las expectativas que tienen en relación con el programa formativo y la percepción del desempeño de los(as) residentes. *“Debe contar con habilidades comunicacionales en todas las situaciones, principalmente con los directivos, con nuestros compañeros, con el gobierno local, con la Comunidad” [Entrevistado 4-p27-entre 4 y 6 años de egresado].*

Los(as) entrevistados(a) reconocen que estas habilidades del(la) tutor(a) se reflejan en la capacidad de dialogar asertivamente, problematizar y resolver en consenso con otras personas, incidentes críticos, conflictos o problemas. *"Yo creo que hay que ser expertos en problematizar las cosas que nos suceden, en cada interrelación social, de cómo afrontar, de cómo solucionar" [Entrevistado 4-p27-entre 4 a 6 años de egreso].*

Otro ámbito en el que los(as) residentes mencionan que el(la) tutor(a) debe practicar una comunicación fluida y efectiva es en el traspaso de la información que reciben desde la universidad, lo que complementa las directrices que los(as) médicos(as) en formación obtienen directamente desde los(as) docentes del programa. Por último, esta habilidad debe ser demostrada no solo en lo que el(la) docente clínico(a) comunica de manera verbal, sino también en lo escrito.

> *"Creo que igual nos ha pasado, que de repente, en la generación, hay algunos que manejan información que no todos tienen, entonces igual como que esa función de ser puente entre lo que les dicen desde la Universidad y lo que nosotros sabemos, que sea una comunicación un poco más efectiva o fluida" [GFR1-P07-p151-1er año].*

Las habilidades relacionales las mencionan todos los tipos de entrevistados(as), siendo los(as) docentes y tutores(as) clínicos(as) quienes más las manifiestan como deseables en quienes desempeñan este último rol, reflejadas en la afinidad que desarrolla con los(as) integrantes del equipo de su territorio, usuarios(as), comunidad, residentes y pares docentes clínicos(as), demostrando interés por fortalecer esta característica

permanentemente. Este(a) docente lo expresa de la siguiente forma: "*Tiene que ser un tutor que potencie sus habilidades relacionales en la relación con las personas, con los residentes, con las personas de equipo, con su territorio, con la comunidad" [Entrevistado 3-p48-8 años como docente-médico].*

Los(as) entrevistados(as), en especial docentes y gestoras de aprendizaje, relevan la capacidad de integrarse a equipos de trabajo como otra habilidad esperada en el(la) docente clínico(a), sumando a diversas personas del centro de salud al rol formador o a equipos de los otros centros formadores de la red, cuando necesita ayuda para apoyar el proceso de los(as) residentes o para co-construir oportunidades para el desarrollo de sus competencias, considerando que esta es una distinción del proceso de aprendizaje de la especialidad de medicina familiar. *"Creo que también la diferencia es que esta tutoría se da en un contexto de un equipo que forma, que no siempre pasa en las otras especialidades" [Entrevistado 1-p116, 11 como docente, psicólogo].*

Continuando con el trabajo en equipo, como médico(a) de familia valora el aporte de las otras disciplinas, sus experiencias personales y laborales, considerando que al colaborar con otros(as) se logra una mirada integral de los(as) usuarios(as), buscando potenciar las habilidades de los(as) demás. Esta comprensión la comparte un(a) residente de tercer año:

"En el fondo uno necesita de otras miradas para poder completar esta mirada como de los usuarios, como persona en sí, nosotros solamente como médicos de familia,

tenemos un trocito y por más que indaguemos no tenemos las capacidades, ni las competencias, porque no tenemos las otras profesiones que sí" [GFR2-P01-p104-3er año].

El observar al(la) tutor(a) clínico(a) interactuar con otros integrantes del equipo de salud o equipos docentes, constituye una oportunidad de modelaje de esta habilidad para los(as) residentes. En la siguiente cita, un(a) residente compara lo que ocurre con un médico de familia que trabaja en el sistema privado y la oportunidad de modelar el trabajo en equipo:

"Un médico de familia, por ejemplo, que está trabajando a nivel privado le va a faltar su equipo y ese tutor necesita poder enseñarle a ese médico de familia en formación que, para poder lograr un trabajo real como médico de familia, va a tener que ser con un equipo" [GFR2-P01-p104-3er año].

La capacidad de negociación es otra característica que los(as) entrevistados(as) esperan que el(la) tutor(a) demuestre, tomando acuerdos de funcionamiento con el(la) residente y con los directivos del centro formador, como lo señala este(a) residente: *"Un poco de gestión, porque parte fundamental tiene que ser poder resguardar los espacios y eso muchas veces lo va a llevar a dialogar con la parte más directiva de la organización" [GFR2-P02-130-3er año].*

De la mano de la capacidad anterior, la abogacía se menciona como una habilidad esperada en el desempeño del(la) docente clínico(a), entendida como una estrategia para

defender los derechos de los(as) usuarios(a), sus familias, equipos de salud y residentes. En el caso de los(as) residentes, esta defensoría se vincula con resguardar un buen trato hacia ellos(as), tiempos, espacios físicos y oportunidades de aprendizaje que les permitan el logro de las competencias de la especialidad, poniendo límites a la organización en el caso de ser necesario. *"También generar, propiciar, abogar, pesquisar las condiciones para que ellos puedan desarrollar prácticas clínicas y prácticas comunitarias" [GFGA-P04-p12-7 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Señalan las gestoras de aprendizaje que el(la) docente clínico(a) debe generar diversas estrategias para socializar con el equipo de salud y sus directivos, en qué consiste el programa formativo y abogar para que se aplique de acuerdo con lo que determina la universidad. Los(as) residentes entrevistados(as) esperan que el(la) tutor(a) abogue por ellos(as) ante la Universidad si se presentan situaciones externas que afectan su desempeño académico (relacionadas con el centro formador o personales). *"Yo diría que, ante esos momentos de dificultad o de crisis, aparte de todo lo que se ha dicho, que también sea una persona que tenga las herramientas para abogar por ti ante la Universidad cuando sea necesario" GFR1-P03-p196-3er año].*

Esta abogacía, de acuerdo con las gestoras de aprendizaje, también sería esperable en el(la) docente médico(a) de familia, respecto a defender las oportunidades que el centro brinda para el desempeño de sus propias competencias como especialista. Así lo menciona

una de ellas: *"Aboga por seguir siendo médico en familia porque eso no sucede en todos los casos" [GFGA-P02-p75-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Tanto residentes como egresados(as) refieren que la abogacía practicada por el(a) tutor(a) es un modelo para luego replicar ellos(as), siendo una de las características más valoradas por los(as) entrevistados(as) en este estudio.

Todos(as) los(as) tipos de entrevistados(as) mencionan, aunque escasamente, el liderazgo como otra habilidad social esperada en la docencia clínica en medicina familiar, en la aplicación del abordaje integral en la atención de las personas usuarias y en la ascendencia positiva en los equipos con los que trabaja (de salud o docente), potenciando esta capacidad en quienes comparten los principios de la especialidad. Esta característica es observada e imitada por los(as) residentes. *"Las atenciones están tan deshumanizadamente parceladas, que realmente no hay otra forma. Aquí somos como nosotros los que tenemos que llevar esa batuta de la salud integral" [GFT3-p60-9 años como docente clínico].*

Todas estas habilidades sociales, según señalan principalmente docentes, tutores(as) y gestoras de aprendizaje, permiten al(la) docente clínico(a) construir un vínculo con las personas usuarias del CESFAM, el(la) residente (en ocasiones con su familia), integrantes del equipo formador y las demás personas con las que se relaciona, pudiendo reconocer el tono emocional de los espacios en los que se desenvuelve, influyendo para que sean seguros y de confianza, que le permitan conocer lo que les ocurre a los(as)

otros(as), facilitando su aprendizaje y el propio. El proceso de construir un vínculo y generar ambientes de confianza quedan reflejados en el relato de este(a) egresado(a): "*Siento que me costó y al final igual ocurrió, pero que me costó sentarme con total sinceridad y decirles (a los tutores) saben que, siento que estoy perdido, no sé para dónde voy" [Entrevistado 2-p55-entre 4 a 6 años de egreso].*

Se espera que este vínculo perdure en el tiempo, motivando a que el(la) egresado(a), cuando debe resolver ciertas situaciones, recuerde la guía que recibió durante su formación o se integre a actividades que le permitan mantenerse relacionado(a) con quienes fueron sus docentes, siendo este último el factor que los(as) entrevistados(as) reconocen como una de las principales distinciones del programa formativo en comparación con otras especialidades médicas y el pregrado. Finalmente, los(as) tutores señalan que contar con esta habilidad facilita la cohesión con las personas con las que trabaja. *"En la parte de cómo se forma el vínculo entre un médico de Familia y su tutor, que está muy asociado con la parte de mentoría y que hace que sea inolvidable el aprendizaje para la vida" [Entrevistado 1-p116-11 años como docente-psicólogo].*

En esta subcategoría se reconocen habilidades sociales deseables en un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar, como lo son algunas características personales que facilitan el contacto con otros(as), como las capacidades de empatía, respeto, comunicación efectiva, habilidades relacionales, trabajo en equipo, de negociación, abogacía, liderazgo, desarrollar vínculos y generar climas de confianza. Si bien en la identificación de estas

habilidades participaron todos los tipos de entrevistados(as), se observan diferencias en la frecuencia de los aportes, constituyéndose en áreas convenientes de reforzar en cuanto al desarrollo de competencias, dentro de la comunidad de aprendizaje.

Por último, los(as) residentes relevan que el trabajo en equipo, el desarrollo de abogacía y el ejercicio del liderazgo, son habilidades que al observarlas en las prácticas de sus docentes clínicos(a) los(as) modela a ellos(as).

Habilidades disciplinares en Medicina Familiar

En esta subcategoría, los(as) entrevistados(as) refieren que, aunque diferentes integrantes del equipo de salud e incluso sus usuarios(as) participan en la formación del(la) residente de la especialidad, quien asume el rol de docente clínico(a) debe ser médico(a) de familia, desempeñando en los centros formadores todas las competencias declaradas en el plan de estudio, tanto específicas como transversales.

Profundizando en la descripción anterior, el imaginario de que el(la) médico(a) de familia docente clínico(a) desempeñe y con esto modele todas las competencias del programa formativo de la especialidad a los(as) residentes y al equipo del centro formador, es algo referido por todos(as) los(as) entrevistados(as), especialmente docentes del programa y gestoras de aprendizaje, demostrando su distinción en los diferentes entornos en los que se desenvuelve. Este(a) residente lo plantea de la siguiente forma:

"Entonces siento que incluye como todos los ámbitos que son, como los ramos que nosotros tenemos, que al final uno se da cuenta que son como todos los ámbitos que un médico de familia debiese desarrollar y, por lo tanto, es lo que debiese modelarle a su residente" [GFR2-P01-p182-3er año].

En cuanto a los diferentes ámbitos en los que se espera que el(la) docente clínico(a) demuestre sus competencias, los(as) entrevistados(as) señalan que es necesario que primero conozca en profundidad su territorio, incluyendo las características de las personas usuarias y las familias del centro de salud, en todas las etapas del desarrollo, su epidemiología, problemas, el contexto en el que viven, el grado de organización de la comunidad, sus recursos y activos. Este(a) residente nos relata su experiencia y las dificultades que experimenta por el hecho de que su tutor(a) no se desempeñe como médico(a) de familia en el mismo centro formador:

"Con él era muy difícil que conociera lo que yo estaba haciendo porque desconocía mucho lo que es el territorio, la comunidad, con quien trabajar, los aliados, los actores, los activos y tenía que hacer como un repaso para que él pudiese entender cuál era mi trabajo y lo que yo estaba haciendo y con quién estaba trabajando" [GFR1-P06-p125-3er año].

Se espera que este conocimiento además se extienda hacia el funcionamiento del centro de salud, los programas de atención, resultados que obtienen en las diferentes evaluaciones, proyecciones, desafíos, la gestión administrativa del CESFAM, la articulación

con los demás dispositivos de la red sanitaria y la visión política de quienes toman las decisiones.

> *"El tutor debe conocer cómo está el MAIS (Pauta de Certificación del modelo) en su establecimiento, tiene que saber lo que está pasando a nivel de la organización, de la política pública, del desarrollo, de lo que está pasando y ojalá muy, muy interiorizado de lo que viene" [GFGA-P02-p59-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

El aspecto político resulta relevante considerando que la mayoría de los CESFAM formadores de la especialidad de medicina familiar dependen de los municipios y, por ende, están sujetos a las variaciones que se generan cuando hay cambios en el perfil político de quienes asumen roles directivos a nivel comunal y en sus direcciones de salud. Lo describe de esta manera un(a) docente del programa:

> *"Todos los tomadores de decisión son políticos y son políticos porque tienen una visión de lo que hay que hacer, para dónde hay que ir. Por lo tanto, reconocer cuál es la visión política, la postura política de esos tomadores de decisiones y hasta dónde esas posturas políticas están cercanas a los grandes principios de la medicina familiar, también es importante" [Entrevistado 6-p8-28 años como docente-médico de familia].*

Se espera que el conocimiento que el(la) médico(a) de familia obtiene sobre el funcionamiento del territorio en los ámbitos antes expuestos, lo conduzca a una integración con las personas usuarias, familias, comunidad, equipo de salud y todo el sistema sanitario.

Luego, entre las competencias de medicina familiar del(la) tutor(a) clínico(a), la primera mencionada frecuentemente por todos(a) los(as) entrevistados(as), excepto los(as) residentes que la refieren en menor medida, se relaciona con la aplicación de un abordaje integral y resolutivo en la atención a las personas y familias del territorio en diferentes etapas del ciclo vital, logrando un razonamiento clínico que integre sus necesidades, características, las del entorno, indagando en los factores que influyen en su salud, en un proceso de acompañamiento que evita la fragmentación de la persona. *"Esa forma de integrar y de regular todos esos procesos en uno, porque están tan parceladas las especialidades" [GFT-P03-p60-9 años como docente clínico].* De acuerdo con lo anterior, se considera la integralidad como la comprensión de la persona en todas sus dimensiones, biopsicosocial, familiar, espiritual y cultural, inserta en diversos entornos y variables que son dinámicos en el tiempo.

Los(as) tutores(as) deben demostrar motivación por mantener o recuperar el bienestar de la población, a través de la activa participación de las propias personas y el desarrollo de sus capacidades. Este acompañamiento puede ocurrir tanto en el centro de salud como en otros entornos en los que los(as) usuarios(as) viven y trabajan. Esta motivación se refleja en lo expuesto por este(a) tutor(a): *"Yo creo que el rol que por lo menos*

a mí me ha motivado es poder ayudar, considerando que, dentro de cualquier persona, en la búsqueda del poder integrarse en esta co-construcción (con el/la usuario/a) o también búsqueda de bienestar" [GFT-P09-p74-18 años como docente clínico].

Los(as) entrevistados(as) plantean que se espera que los(as) tutores(as) atiendan a personas y familias que presentan situaciones complejas que afectan su salud, siendo expertos en el trabajo con familia, manejo de enfermedades crónicas no transmisibles y otros problemas de salud prevalentes en la APS. En el caso de los(as) egresados(as) señalan que también es deseable que cuenten con competencias clínicas o áreas de desempeño más específicas como la realización de ecoscopías, cuidados paliativos u otras líneas en las que han trabajado durante su formación y que agiliza el tránsito de las personas a través de los dispositivos de la red sectorial. *"Entender que probablemente nosotros vamos a tratar o vamos a atender pacientes que son más complejos que probablemente otros colegas del CESFAM, por ejemplo, no necesariamente van a preferir atender" [Entrevistado 2-p23-egresado entre 4 a 6 años].*

Para desarrollar esta integralidad, el(la) docente clínico(a) es experto en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y aplica bases teóricas de diversas áreas relacionadas con la salud que sustentan la distinción de la especialidad, implementando las orientaciones técnicas y políticas públicas considerando que el sello de la medicina familiar va más allá de cumplir con las prestaciones que se le solicitan y más bien está en reconocer cómo estas impactan en el bienestar de las personas. Además, se

adapta a las constantes modificaciones que estas orientaciones experimentan, tanto en la atención primaria como en el resto del sistema sanitario. Algunos marcos teóricos son mencionados por este(a) docente del programa:

> *"Manejar el ámbito más integral. Tendrían que conocer también ciertos modelos teóricos que permitan un abordaje más integral, como el modelo sistémico, el modelo bioecológico, el enfoque de los determinantes sociales, el modelo salutogénico, ese tipo de cosas, pensamiento complejo, entre otros" [Entrevistado 1-p48-11 años como docente-psicólogo].*

Por último, en el abordaje integral como habilidad disciplinar, los(as) egresados(as) refieren que el(la) docente clínico(a) debe generar un trabajo multidisciplinario con los(as) demás integrantes del equipo. *"El abordaje de las crisis o, por ejemplo, el mismo desarrollo de ciclo de vida, como todo ese tipo de cosas siento yo que necesitan multidisciplinariedad" [Entrevistado 2-p19-egresado entre 4 a 6 años].* Llama la atención que sólo asocien la multidisciplina al abordaje integral, considerando que esta capacidad es fundamental para lograr resultados positivos en todas las áreas de la medicina familiar.

Una segunda habilidad disciplinar que se espera desempeñe el(la) docente clínico(a, señalada de manera escasa por todos(as) las(as) entrevistados(as), es el trabajo comunitario, integrándose a la comunidad a través de las actividades que realiza junto con el equipo del centro de salud, reuniéndose y trabajando colaborativamente con dirigentes de las organizaciones funcionales y territoriales, con el propósito de realizar diagnósticos

de sus necesidades, identificar sus activos, planificar soluciones e ir sumando a otros actores tomadores de decisiones y que disponen de mayores recursos. Es reconocido por la comunidad como un referente dentro del CESFAM. *"En cuanto a lo comunitario igual, participan (los/as médicos/as de familia) en el CODE (Consejo de Desarrollo), participan en la COMSE (Comisión mixta salud-educación), en donde igual son referentes de la Comunidad que las pueden lograr identificar" [GFR1-P02-p218-2° año].*

Tener competencias en gerencia organizacional también es otra habilidad esperada en el(la) docente clínico(a), mencionada moderadamente por los(as) entrevistados(as), lo que le permite comprender la estructura del centro de salud, su cultura y los cambios que experimenta, asumiendo roles directivos de generarse la oportunidad, lo que le permite contribuir al desarrollo e innovación en la organización, influyendo en el equipo para generar acciones colectivas y evaluando permanentemente los resultados de salud que observa en su población. En este ámbito, la capacidad de reconocer y adaptarse a los diferentes estilos de liderazgo y/o direccionamiento aparece como otra característica deseada en el(la) tutor(a). Además, implementa herramientas de mejora en gestión clínica como procesos de atención, elaboración de proyectos, análisis de incidentes críticos, optimizando el uso de los recursos del CESFAM y la red de salud. Podemos reconocer esta característica en el siguiente fragmento:

"Si a ese líder le gusta todo por escrito, lo mando todo por escrito; si le gusta conversar, converso; o sea, conozco muy bien a quién está llevando la conducción,

más allá de sus conductas disruptivas o distópica, más que esas conductas" [Entrevistado 5-p20-28 años como docente-médico de familia].

Docentes del programa, egresados(as) y algunos(as) residentes esperan que el(la) tutor(a) clínico(a) conozca las redes de su territorio, sanitaria e intersectorial, la articulación con el centro, su estructura, funcionamiento y los actores claves, dinamizándolas según las necesidades de los(as) usuarios(as) y familias, construyendo nuevas alianzas en el caso de que las redes existentes sean insuficientes para lograr su misión. Si no cuenta con toda la información sobre las redes que requieren las personas usuarias, reconoce a otros integrantes del equipo que pueden realizar el nexo entre el CESFAM y actores pertinentes de la red sectorial o intersectorial. Un(a) docente comparte su imaginario sobre la competencia de trabajo en red esperada en un(a) docente clínico(a) de la especialidad: *"Tiene la capacidad de conocer, entender y, dinamizar las redes, entre eso, el intersector o la red asistencial que podemos tener en nuestro territorio" [Entrevistado 3-p24-8 años como docente-médico].*

Los(as) residentes consideran que tener conocimiento sobre el funcionamiento de la red de salud de su territorio, constituye un sello distintivo de la especialidad. *"Con la red, también tiene que ver como con esto a nivel territorial, a nivel de salud pública, al final siento que es como el broche de oro" [GFR2-P01-p182-3er año].*

Los(as) entrevistados(as) reconocen el espíritu investigativo como otra característica, aunque la mencionan escasamente, esperando que el(la) tutor(a) aplique

métodos y técnicas, principalmente cualitativos, que le permita indagar y recoger información sobre aspectos cotidianos y paradigmáticos de los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. Esta habilidad es mencionada por docentes y tutores(as) clínicos(as). En este mismo sentido, se espera que sistematice su práctica y la difunda como una estrategia para potenciar su disciplina. Este(a) docente plantea que esta habilidad debe ser fortalecida: *"Creo que también tendrían que desarrollar nuevas competencias en el área de la investigación acción participativa, o sea, deberían manejar metodología de investigación acción participativa en todo. Es una manera de estar en la relación con el otro" [Entrevistado 5-p19-28 años como docente-médico de familia].*

La suma de estas habilidades disciplinares, personales y sociales permiten que el(la) docente clínico(a) médico(a) de familia se diferencie del resto de los(as) médicos(as), siendo validado y valorado como un referente para los equipos de APS, sus directivos, residentes, usuarios(as) y familias del territorio, en el ámbito clínico, comunitario, trabajo intersectorial y desarrollo organizacional, como lo menciona este(a) egresado(a): *"Referente como tutor, como médico de familia. Te consultan, te reconocen como alguien que sabe más" [Entrevistado 4-p133-egresado entre 4 y 6 años].*

Al ser una especialidad aún en desarrollo en Chile, se espera que el(la) tutor(a) forme parte de comunidades de APS y organismos disciplinares, que tengan como propósito el intercambio de experiencias, resultados obtenidos en sus prácticas y trabajen en la proyección de la medicina de familia en la región y el país, especialidad que, junto con el

equipo de salud, son considerados por los(as) entrevistados(as) en esta investigación, como fundamentales para el fortalecimiento de la salud pública. *"Yo no soy médico, pero creo firmemente que esa es la única opción (a través de la medicina familiar) que tenemos nosotros de poder desarrollar la salud pública junto con su equipo" [GFGA-P04-p95-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Como conclusión, en esta subcategoría emergieron los ámbitos disciplinares de la especialidad y que, por lo tanto, se espera que demuestren los(as) docentes clínicos(as), observándose que las competencias relacionadas con el hacer clínico, trabajo con personas y familias del CESFAM cobran mayor fuerza desde lo referido por los(as) entrevistados(as), seguido por la relevancia de que el(la) tutor(a) conozca a cabalidad el territorio, desde una perspectiva poblacional; y en tercer lugar, aparece mencionadas las habilidades en gerencia organizacional.

Se señalan en menor medida el trabajo comunitario, en red y la generación de conocimiento disciplinar, llamando esto la atención de la investigadora al considerar que son competencias declaradas en el programa formativo y, por tanto, se espera que los(as) docentes clínicos(as) estén aplicando en los centros formadores. Lo anterior permite reconocer otros ámbitos que pueden ser fortalecidos en la práctica de los(as) tutores(as) y que enriquecen el proceso de aprendizaje de los residentes de la especialidad.

Habilidades docentes en Medicina Familiar

En esta subcategoría, quienes han participado de la investigación aportan características de un(a) buen(a) docente clínico(a) que se pueden clasificar en: actitudes hacia el rol tutor, actitudes hacia los(as) residentes y habilidades docentes propiamente tal.

En cuanto a las actitudes hacia el rol docente, los(as) entrevistados(as) señalan que es deseable que quien asuma esta tarea la elija porque cuenta con la vocación para formar a personas, pudiendo ser estas sus residentes, usuarios(as), compañeros(as) de equipos, pares médicos(as); independiente de si es designado formalmente para sumir el rol educador, se siente empoderado, le encuentra sentido y piensa que trasciende a través de esta labor, como queda reflejado en la siguiente cita: *"Me gusta ser un facilitador del aprendizaje de otro y lo he buscado toda mi vida y lo voy a seguir buscando independiente de que a veces se llame tutoría, se puede llamar de muchas formas" [Entrevistado 5-p18-28 años como docente-médico de familia].*

Entre las actitudes hacia el residente, es necesario señalar que los(as) entrevistados(as) han aportado con diversas características que se encuentran integradas en las subcategorías "Habilidades personales" y "Habilidades sociales" de un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a), por lo que en la subcategoría que se está describiendo se complementa lo anterior con otras habilidades que emergen y que se encuentran directamente relacionadas con el rol docente.

Se espera que el(la) tutor(a) clínico(a) valore al residente en primer lugar como persona, más allá del(la) médico(a) que se encuentra en formación, como lo refiere esta gestora de aprendizaje: *"No podemos no considerarlos como personas primero antes que médicos, que son personas que tienen una familia, un contexto, una historia" [GFGA-P02-p107-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].* Desde la perspectiva de los(as) residentes, a esta misma actitud por parte del(la) docente clínico(a) le asignan el nombre de integralidad: *"Yo lo llamaría como que la distinción es la integralidad, de no solo verte como una persona que está aprendiendo, sino que tú eres una persona, ante todo, así que lo llamaría como integralidad" [GFR1-P03-260-3er año].*

Para lograr lo anterior, el(la) tutor(a) establece una relación respetuosa y horizontal con el(la) residente, lo que le permite realmente conocerlo(a), sus características, cualidades, habilidades, activos, motivaciones e intereses, también donde se encuentran sus mayores desafíos, aceptando los límites que establece, las decisiones que toma; acompañando y estimulando permanentemente su participación en el proceso formativo, empatizando con las dificultades o crisis que lo(a) afectan, personales, familiares, laborales y/o académicas.

> *"Me ha pasado con algunos becados de segundo o tercer año que uno los ve y se da cuenta que algo les pasa. Como esa lectura entre líneas, de ese lenguaje no verbal, uno lo va afinando de a poco y sirve" [GFT-P02-p304-11 años como docente clínico].*

Los(as) entrevistados(as) plantean que es deseable que el(la) tutor(a) clínico(a) se anticipe o bien, junto con el(la) residente, gestione las situaciones de crisis que puedan surgir, brindándole contención emocional, esperando que todos(as) logren los aprendizajes esperados y finalicen la especialidad, desarrollando su máximo potencial, incluso por sobre el(la) propio(a) docente clínico(a). La siguiente cita refleja la expectativa de una gestora de aprendizaje: *"Sin presionarlo (al/la residente) a ningún estándar más arriba de él, sino que siempre saber hasta dónde llega su posibilidad, su habilidad, su contexto, sus emociones" [GFGA-P02-p19-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Todo esto da cuenta que el(la) tutor(a) desarrolla una docencia clínica centrada en el(la) residente y, por tanto, el proceso es individualizado, como lo son los resultados obtenidos en cuanto al logro de las competencias de egreso.

> *"Creo también este tipo de tutoría de Medicina familiar al estar pendiente no solo de la tarea, sino que también al ser más centrada en el residente, los tutores también están muy prestos a ver cuándo los residentes no están bien y requieren otro tipo de acompañamiento" [Entrevistado 1-p117-11 años como docente-psicólogo].*

Finalmente, hay que señalar que en la identificación de los aspectos relacionados con la actitud del(la) docente clínico(a) hacia los(as) residentes, participaron activamente todos(as) los(as) entrevistados(as), llamando la atención que utilicen los principios centrales del MAIS, que se aplican a los(as) usuarios(as) del centro de salud, para referirse a lo deseado para la especialidad, como lo es esperar que sean considerados(as) como seres

integrales y que el proceso de enseñanza y aprendizaje sea centrado en ellos(as) y sus particularidades.

Como tercer ámbito dentro de esta subcategoría, los(as) entrevistados(as) mencionan características relacionadas con la docencia, como la importancia de que el(la) tutor(a) clínico(a) sea experto(a) en enseñanza y en la formación de especialistas en medicina familiar, habilidad que obtiene a través de capacitación, en la práctica de su disciplina y de la tutoría, al facilitar la integración de los elementos teóricos que los(as) residentes revisan con la aplicación en el CESFAM. Traspasa con generosidad los conocimientos, aprendizajes, experiencias y razonamiento que ha adquirido en el ejercicio de la especialidad y el rol formador. Este(a) docente clínico(a) lo plantea de la siguiente manera: *"El tema es cómo traspaso mis conocimientos, cómo se van transmitiendo a ellos. Para mí la tutoría yo lo asocio a como yo dejo cierta trascendencia de mi propio aprendizaje, a través de mis becados" [GFT-P04-p33-3 años como docente clínico].*

Además de compartir sus saberes, abre al(la) residente diferentes espacios en los que se desempeña, sumando a otras personas que aportan a su formación. *"Luego ser tremendamente generoso en que esos espacios donde él está también sean espacios que él y el becado puedan compartir, ya sea porque lo invitan a esas reuniones o porque él lo comparte dentro de algunos momentos" [GFGA-P02-p59-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Entre estas habilidades docentes, algunos(as) entrevistados(as) residentes y docentes del programa, refieren que el(la) tutor(a) debe tener claridad respecto al programa formativo, competencias de egreso, resultados de aprendizaje esperados para cada año, metodologías de enseñanza y evaluación, poniendo especial atención en el proceso de aprendizaje, además de los resultados finales. Orienta la planificación del trabajo del residente considerando lo anterior, definiendo objetivos claros, que respondan a sus necesidades, aprovechando las oportunidades de aprendizaje que ofrece el territorio y definiendo momentos de monitoreo y evaluación. Un(a) egresado(a) ejemplifica como puede ser el proceso de planificación entre el residente y su docente clínico(a):

> *"Me imagino algo así, "bueno XXX (nombre del residente), tú ya entraste ahora a medicina familiar, vas a seguir este camino, tus competencias van a hacer esto y esto y se espera que tú enfrentes esta situación de tal manera, con este aprendizaje, con esta metodología y que finalmente tengamos un resultado a corto, mediano y a largo plazo"" [Entrevistado 4-p11-egresado entre 4 a 6 años].*

Del mismo modo, conoce los marcos regulatorios de las instituciones vinculadas con el proceso formativo (universidad, servicio de salud, centro de salud formador) y las conductas que aprueba. Se mantiene coordinado(a) con ellas y facilita su comunicación con los(as) residentes, pudiendo retroalimentarlas de acuerdo con lo que observa en el territorio.

"También es (el/la tutor/a) un informante clave del proceso formativo de las asignaturas porque nos puede devolver lo que se está viendo en eso, no solo la devolución de que la carga es mucha o que son muchas tareas, sino que si el sentido de la acción o sea si lo que estamos pidiendo es pertinente" [Entrevistado 5-p10-28 años como docente-médico de familia].

Además, la planificación incluye actividades y tiempos suficientes de tutoría directa con los(as) residentes, ejecutándose según lo acordado, priorizándolas ante otras demandas de la organización que recibe el(la) tutor(a). Los(as) residentes esperan que cada encuentro también sea estructurado, respondiendo a las competencias del programa y señalan que el estilo de acompañamiento debe ser coherente con el modelo de enseñanza que declara la universidad. Este(a) residente relata situaciones en las que no se cumple con lo planificado:

"Nosotros tenemos como un día de tutorías, pero igual a veces pasa que a último momento hay que cambiarla por distintas cosas y eso yo creo que igual influye en el resultado de la tutoría, de lo preparada que uno vaya, entonces tenerlas como planificado con tiempo, es un factor que influye" [GFR1-P07-p234-1er año].

Luego de la planificación del proceso de enseñanza, según los(as) entrevistados(as), el(la) docente clínico(a) orienta de manera dinámica el aprendizaje del(la) residente, partiendo por la etapa de inserción en el centro formador, la exploración sobre su estructura y funcionamiento.

"Médicos que tienen siete años trabajando dentro de un box, que llegan al CESFAM y se enteran de que existe tal cosa, y yo les digo, ¿pero y en tu CESFAM no había? y empiezan a explorar y sí, siempre hubo, pero nunca supieron, nunca les importó, siempre estuvieron en el box, nunca le dieron posibilidad de verlo" [GFGA-P02-p59-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].

El(la) docente clínico(a) guía al(la) residente en la puesta en práctica de los marcos teóricos y metodologías asociados al programa de formación, de manera pertinente y con sentido, contribuyendo al desarrollo de las competencias de egreso específicas de un(a) especialista en medicina familiar como lo son el abordaje integral a las personas y familias, trabajo comunitario y participación social, gestión y el trabajo en red. Esta gestora de aprendizaje describe la aplicación de contenidos en el territorio: *"Incorporando todos los aspectos que van aprendiendo y comparándolos o uniéndolos con lo que aprenden en la Universidad y aprendiendo, haciendo junto con el tutor" [GFGA-P03-p10-3 años como gestora de aprendizaje-nutricionista].*

El(la) docente clínico(a) facilita el desarrollo de habilidades transversales en el(la) residente, mencionadas en otras subcategorías del estudio como deseadas en él(ella), como son la capacidad de adaptación, autogestión, espíritu investigativo, trabajo en equipo, liderazgo, análisis, pensamiento crítico y reflexión, aportando de esta forma a un proceso de aprendizaje transformacional. El siguiente ejemplo da cuenta del acompañamiento del(a) tutor(a) en el desarrollo de algunas de estas habilidades: *"Con esta capacidad de*

volvernos a repreguntar sobre el proceso, cómo vamos analizando. Entonces en esta secuencia de hacer, de pensar, analizar, para volver en el fondo a retomar, lo veo como significativo" [GFR1-P12-p157-3er año].

Dentro de las competencias disciplinares que los(as) entrevistados(as) señalan como relevantes para ser guiadas por el(la) docente clínico(a), demostrar un abordaje integral hacia las personas usuarias es la más valorada y, en segundo lugar, el trabajo comunitario. Son los(as) propios(as) tutores(as) quienes marcan estas distinciones.

Otra práctica docente que los(as) entrevistados(as) refieren es el monitoreo sistemático del desarrollo de competencias de los(as) residentes en el territorio. En este monitoreo, además de los aspectos académicos, avances y brechas en el aprendizaje, analiza lo que ocurre con la persona del(la) residente (emociones, tenciones, conflictos), permitiéndole reconocer oportunamente aspectos que están influyendo en su desempeño y que requieren ser gestionados de una manera particular. *"Entonces nosotros decimos "con calma, vamos haciéndolo con calma", porque si no todos caemos en este hoyo negro y algunos lo van haciendo con más calma, sobre todo en la construcción de los portafolios Biográficos" [GFGA-P02-p107-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Como última etapa de la planificación, permanentemente observa y aplica pautas para evaluar las técnicas, métodos, resultados que obtienen los(as) residentes y finalmente, el nivel de logro de las competencias del programa formativo. Esta evaluación ocurre tanto en territorio como en hitos al cierre de cada año de formación, en los que desempeñan esta

función junto con otros(as) tutores(as), gestoras de aprendizaje y docentes, situaciones que constituyen una oportunidad para fortalecer esta habilidad. Este(a) residente releva lo constante que debe ser la práctica de evaluación por parte del(la) docente clínico(a): *"El proceso de evaluación debe ser en forma sistemática sobre todo para ir midiendo los objetivos que nos vamos planteando a corto, mediano y a largo plazo" [GFR1-P12-p157-3er año].*

En las etapas del proceso formativo, aplica diferentes estrategias de enseñanza, siendo la habilidad para retroalimentar una de las más valoradas por los(as) entrevistados(as), señalando que esta debe ser efectiva, permitiendo que los(las) residentes reconozcan sus fortalezas, así como los aspectos que deben mejorar, sin sentirse cuestionados(as) por esto y evitando la comparación entre ellos(as). Esta práctica puede realizarse luego de acompañarlos(as) en diferentes actividades, tanto dentro como fuera del box o cuando los(as) residentes lo soliciten. *"Que tengan habilidades para reconocer las fortalezas de los cabros(residentes) porque generalmente he visto que la retroalimentación apunta a la crítica" [Entrevistado 1-p22-11 años como docente-psicólogo].*

La estrategia para retroalimentar mencionada por docentes, tutores(as) y gestoras de aprendizaje, es la mediación, que guía la búsqueda de sentido, significado y trascendencia del hacer a través del diálogo con los(as) residentes, como lo expresa este(a) docente clínico(a): *"Mas que un modelaje, comprendido como modelaje que repite lo bueno*

que se le puede mostrar, creo que la tutoría clínica es una oportunidad de mediar el significado y la trascendencia" [GFT-P09-p84-18 años como docente clínico].

Esta retroalimentación se integra a otras estrategias de enseñanza y evaluación como el análisis de casos clínicos, revisiones bibliográficas, gestión del contrato de aprendizaje del(la) residente y principalmente el modelaje de las competencias en medicina familiar que el(la) tutor(a) realiza a estos(as) y a los(as) demás integrantes del equipo de salud, entendiendo que esta última práctica es sólo una orientación, ya que cada persona debe encontrar su propia forma de hacer. *"Yo voy a modelar algo que es mi comprensión y mis posibilidades actuales de hacer algo, pero la búsqueda, qué queremos ser, está siempre más allá de eso" [Entrevistado 6-p26-28 años como docente-médico de familia].*

Integrando todo lo anterior, el(la) docente clínico(a) gestiona oportunidades de aprendizaje en los ámbitos de desempeño de la medicina familiar y las que emergen en el trabajo colaborativo con las demás disciplinas del equipo de salud; las pone a disposición del(la) residente, para que las emplee según sus intereses y necesidades. Esta capacidad no es mencionada por residentes ni egresados(as). La gestión de oportunidades de aprendizaje queda reflejada en el siguiente fragmento:

> *"Estar atento a eso de poder conectar con todas las prácticas que el CESFAM realiza y en las que pueda experimentar el médico familiar... estar atenta a las oportunidades para que ellos puedan aprender de esas prácticas e intervenirlas y*

conectarlas" [GFGA-P04-p12-7 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].

Según lo observado en el desempeño del(la) residente, los(as) informantes de este estudio señalan que, si se detectan situaciones académicas o personales que estén comprometiendo su aprendizaje, el(la) docente clínico(a) activa todos los recursos que sean necesarios, partiendo por los del programa de especialización, solicitando ayuda a los integrantes del equipo del centro formador y de no lograr resultados positivos, avanzar hacia los dispositivos de la universidad como los(as) gestores(as) académicos(as) y la Unidad de Apoyo al Residente, equipo que busca orientar y acompañar al(la) residente en la gestión de dificultades. *"Por ejemplo, con el psicólogo docente (de la Unidad de Apoyo al Residente) también tuvimos algunas entrevistas, que eso también ahí calmaba las cosas, te resguardaba emocionalmente y permitía conversar con él" [Entrevistado 4-p85-egresado entre 4 a 6 años].*

También sugerir al(la) residente que busque apoyo externo aparece como otra práctica mencionada por los(as) entrevistados(as) y reorientarlo hacia la formación en otras áreas cuando finalmente se reconocen aspectos que no son posibles de modificar por el programa de la especialidad, como lo menciona un(a) residente: *"Que el tutor igual sepa identificar al residente que le faltan herramientas y poder quizás reorientar a otra especialidad" [GFR1-P04-p232-3er año].*

Para desarrollar todo este proceso de acompañamiento en la formación de los(as) residentes, el(la) docente clínico(a) establece una relación de colaboración con los integrantes de los equipos formadores de otros centros de salud, intercambiando experiencias y tomando acuerdos de funcionamiento, valorando los diversos aportes que cada uno(a) realiza desde su disciplina, el rol que desempeña en el proceso de enseñanza y en las organizaciones que participan, convirtiéndose así en un espacio para desarrollar la capacidad tutora a través de una comunidad de aprendizaje. Además, se suma a otros encuentros de la disciplina que se organizan a nivel nacional e internacional.

> *"La otra distinción más es que la tutoría de Medicina familiar se entiende como un eslabón más de todo el engranaje, que es la Comunidad de medicina familiar. Es una visión mucho más sistémica de cómo se ejerce la tutoría, porque no es un tutor solo con un residente solo, hay mucha gente que sostiene ese subsistema y que hace que la cosa se haya mantenido" [Entrevistado 1- p118-11 años como docente-psicólogo].*

Finalmente, los(as) egresados(as) señalan como otra habilidad esperada en el(la) docente clínico(a), la capacidad de generar estrategias de marketing para difundir el proceso formativo y el sello del programa de especialización en medicina familiar dictado por la Universidad de Concepción. Este(a) egresado(a) da cuenta de que esta es un área que se necesita fortalecer: *"Una de las cosas que no se ha elaborado es hacer marketing como organización que aprende, porque yo creo que el germen de esa semilla (se refiere a la*

formación en Centros Semilleros) nace desde esa organización que aprende" [Entrevistado 4-p101-egresado entre 4 a 6 años].

Esta segunda categoría es la más generativa para todos(as) los(as) entrevistados(as), considerando que identifica las características directamente relacionadas con el desempeño de la docencia clínica, como las habilidades personales, sociales, disciplinares y docentes necesarias en un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familia.

Aparecen desafíos asociados al reconocimiento y desarrollo de algunas áreas disciplinares de la medicina familiar que no son mencionadas de manera significativa por quienes participan en el estudio como prácticas que los(as) docentes clínicos(a) modelan a los(as) residentes y que forman parte del programa de especialización dictado por la universidad. Esta situación y su problematización en la comunidad de aprendizaje sin duda puede transformarse en una oportunidad para dar continuidad a esta investigación y fortalecer el proceso.

4.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DE LA DOCENCIA CLÍNICA EN MEDICINA FAMILIAR

Este estudio plantea como uno de sus objetivos reconocer los factores que repercuten en la calidad del desempeño de los(as) docentes clínicos(as) que se encargan de guiar la formación de los(as) residentes. Según los datos aportados por los(as) entrevistados(as), es posible identificar cinco subcategorías: factores que dependen de la

universidad, de los servicios de salud, los centros de APS formadores, los(as) residentes y del(la) propio(a) docente clínico(a). Esta organización de la información queda reflejada en la figura 4.4.

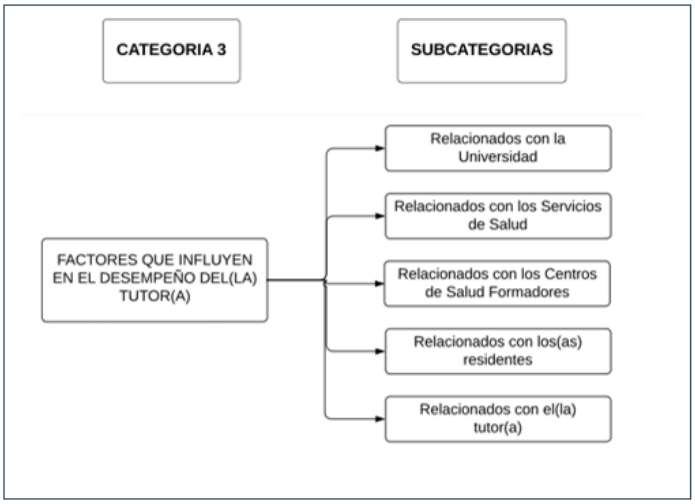


Figura 4.4: Factores que influyen en el desempeño del(la) tutor(a) clínico(a) y sus subcategorías.

Factores relacionados con la universidad

En esta subcategoría los(as) entrevistados(as) mencionan factores de la universidad que influyen en el desempeño de la docencia clínica vinculados con los recursos de que dispone el programa de especialización, las estrategias de trabajo que desarrolla con los(as) tutores(as) y el reconocimiento a quienes desempeñan este rol.

Profundizando en lo anterior, en cuanto a los recursos del programa, las gestoras de aprendizaje señalan que un factor que apoya la práctica de la docencia clínica es que el

programa de especialización cuente con docentes que son referentes para el territorio, en medicina familiar, la atención primaria y el modelo de atención integral y comunitario, como lo señala esta gestora de aprendizaje: *"Yo siempre digo, se van a reír un poco, pero yo creo que la doctora XXX como que mete un bicho, hace como una cosa en el cerebro que hace que uno siga nomás siga, siga, siga" [GFGA-P04-p95-7 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Tanto residente, como egresados(as) y docentes reconocen el acompañamiento de estos(as) últimos(as) como un elemento que refuerza el desempeño de la tutoría, considerando que son un equipo conformado por profesionales de diferentes disciplinas, con experiencia trabajando en la salud pública y formados(as) en diversas áreas, características que les permiten apoyar la resolución de problemas en los centros formadores.

> *"Creo que también es facilitador el que nosotros tengamos profesionales de distintas disciplinas participando en el proceso, o sea que no somos puros médicos enseñando a médicos, sino que somos personas con distintas formaciones, trayectoria... eso también es potente, o sea que estén dentro de una Comunidad que tiene otros profesionales, pero que han hecho de la educación su parte de expertiz" [Entrevistado 5-p42-28 años como docente-médico de familia].*

Contar con recursos económicos que permitan al programa de especialización ofrecer oportunidades de formación a los(as) docentes clínicos, diferentes a los espacios

que genera de manera habitual, como financiar su participación en congresos o cursos, es otro factor mencionado por los(as) docentes de la universidad, lo que queda representado en la siguiente cita: *"Entonces tiene que ver eso como obstaculizador, la cantidad de recursos que podemos tener para el desarrollo de la tutoría y cómo se gestiona eso, de manera que, si tenemos poco dinero, se tenga y se gestione para crecer" [Entrevistado 5-p53-28 años como docente-médico de familia].*

En cuanto a las estrategias de trabajo con los(as) tutores(as), los(as) entrevistados(as), excepto los(as) residentes, reconocen los espacios de formación de formadores(a) generados por el Programa de Especialización como factor que influye en la práctica de los(as) docentes clínicos(as) y gestoras de aprendizaje. En estos encuentros se refuerzan las habilidades docentes y actualizan marcos de referencia vinculados a las competencias específicas en medicina familia. Este(a) docente da conocer una situación en la que el(la) tutor(a) clínico(a) no accedió a la formación en habilidades para la educación médica: *"Hemos tenido tutores muy buenos y tutores no tan buenos, pero no tan buenos, no porque no tengan las competencias de médicos de familia, sino que en la tutoría no han sido buenas las competencias y eventualmente hubieran requerido otro tipo de formación" [Entrevistado 1-p124-11 años como docente-psicólogo].*

También los encuentros de formación de formadores y otras reuniones locales, permiten conformar una comunidad de aprendizaje en medicina familiar, factor relevante para el desempeño de la docencia clínica según lo señalado por los(as) entrevistados(as), ya

que interactúan tutores(as) de diferentes centros formadores, comparten experiencias exitosas en el acompañamiento de los(as) residentes, y situaciones complejas de resolver, logrando gradualmente autonomía de la universidad en la toma de decisiones, lo que finalmente genera vínculos afectivos y de colaboración entre pares tutores(as) médicos(as) de familia.

> *Creo que en XX comuna ha sido clave que esté un espacio autogestionado de encuentro de tutores, sobre todo en el principio. Ahora igual se siguen juntando, pero sobre todo era el espacio donde hacían catarsis, donde se contaban las ganas y las perdidas, donde si estaban súper desorientados entre ellos se ayudaban y a mí me parece que eso fue fundamental para que los tutores fueran como más autónomos. [Entrevistado 1-p104-11 años como docente-psicólogo].*

Otro factor mencionado por los(as) residentes dice relación con la comunicación que establece el programa formativo con los(as) tutores(as), esperando que la información que difunde esté unificada para todos(as), pudiendo mantenerlos(as) al tanto fluidamente y con anticipación, sobre las modificaciones que se realizan en la planificación de actividades; esto le permite al(la) docente clínico(a) prepararse en los contenidos que considere necesarios. Un ejemplo en donde esta comunicación no fue exitosa la relata un(a) residente: *"Estaban bastante desenchufadas (las tutoras) con el tema de cómo abordar las tutorías conmigo, entonces de a poquito empezaron a agarrar ritmo, pero quizás una comunicación mucho*

más fluida y a tiempo con las tutoras hubiese sido bastante positivo" [GFR1-P02-p228-2° año].

Finalmente, los(as) docentes entrevistados(as) señalan como otro factor que influye es el reconocimiento que los(as) docentes clínicos(as) reciben de la universidad, mediante algún rito y/o certificación del rol, lo que además de ser un refuerzo a su motivación, es una oportunidad para hacer visible su función frente al resto del equipo de salud y la organización.

> *"Porque hay gente que no tiene otras gratificaciones extra por un trabajo que no todo el mundo quiere hacer y si bien es muy gratificante formar gente, también el poder reconocer desde la Universidad contribuye a la valoración en el equipo de trabajo" [Entrevistado 1-p84-11 años como docente-psicólogo].*

Los factores aportados fueron diferentes dependiendo del tipo de informante de este estudio, marcado por los roles que cada uno(a) desarrolla dentro del programa de especialización, observándose que los(as) tutores(as) reconocen aspectos relacionados con el fortalecimiento de sus habilidades y sintiéndose parte de una comunidad de aprendizaje, no mencionando elementos asociados a las características del equipo docente de la universidad (si señalados por todos/as los/as demás informantes), ni la coordinación de esta con ellos(as), aspecto que sí identificaron los(as) residentes. La necesidad de reconocimiento es un aspecto sólo mencionado por los(as) docentes, probablemente

atentos(as) a diferentes estrategias que permitan mantener la motivación en los(as) docentes clínicos(as).

Factores relacionados con los Servicios de Salud

En esta subcategoría, los factores solo los mencionan los(as) docentes entrevistados(as), que reconocen elementos de los servicios de salud que influyen en el desempeño de los(as) tutores clínicos(as) relacionados con el respaldo que este organismo puede entregarles para realizar la tutoría, las oportunidades que genera para que los(as) médicos(as) de familia instalen la especialidad en diferentes dispositivos de la red sanitaria, las orientaciones técnicas que gestiona en los centros de salud familiar, su compatibilidad con la especialidad y el rol tutor; y los desafíos de aprendizaje que han experimentado los equipo.

En cuanto del respaldo desde el servicio de salud, este dice relación con que gestione con las municipalidades la autorización para que los(as) docentes clínicos(as) tengan el tiempo resguardado para desarrollar la tutoría y participar en los encuentros de formación de formadores(as), lo que además aporta al posicionamiento de la especialidad. Para lograr esto, es necesario que la universidad mantenga una permanente comunicación con sus directivos, como lo señala este(a) docente: *"El respaldo del servicio para juntar a los tutores también es un apoyo importante para que puedan ejercerlo como con tranquilidad y para*

que después se vayan posicionando como médico de familia" [Entrevistado 1-p106-11 años como docente-psicólogo].

La experiencia que tenga la red de salud con especialistas en medicina familiar también influye en la docencia clínica, siendo deseable que se encuentre en distintos niveles y roles dentro de la red, resolviendo diversas situaciones de salud que afectan a las personas usuarias. Esto genera mayores oportunidades para realizar la tutoría y el aprendizaje de los(as) residentes. *"Que la red ya tenga una experiencia de médicos de familia trabajando en distintas posiciones de la red y en distintos tipos de problemas, puede ser un factor que va a influir positiva o negativamente, si es que no está" [Entrevistado 5-p39-28 años como docente-médico de familia].*

Otro factor que influye son los cambios que experimenta el sistema de salud, sus políticas públicas, orientaciones técnicas y registros clínicos, lo que generan nuevas tareas a los(as) médicos(as) de familia docentes clínicos(as). Lo anterior provoca una creciente exigencia de capacitación en los equipos de salud para asumir estos procesos, cuyo nivel de planificación influye también en el desempeño del(la) tutor(a). Este(a) docente comparte la impresión de que la forma en la que se coordina la formación del equipo de salud, incluido el(la) docente clínico(a) en medicina familiar, no facilita el adecuado desempeño de su rol:

"Me atrevería a decir, una sobre intervención sobre los recursos humanos en términos de capacitación, o sea una sobre intervención formativa, no articulada, por lo cual podríamos estar enseñando las mismas cosas que ya enseñamos y en realidad

las podríamos haber usado distintos, o sea, yo creo que cómo el sistema usa sus recursos de capacitación de su personal de salud, es un obstaculizador" [Entrevistado 5-p54-28 años como docente-médico de familia].

Factores relacionados con los centros de salud familiar formadores

Los(as) informantes del estudio identifican factores de esta subcategoría relacionados con el apoyo de directivos locales, la estructura y cultura organizacional del centro formador, el respaldo al proceso de formación de especialistas en medicina familiar, las condiciones que brinda para una docencia clínica de calidad; y la percepción del aporte que hace la especialidad y la formación de residentes al CESFAM.

Un factor que influye en el desempeño de la docencia clínica, según lo referido por docentes del programa y tutores(as) clínicos(as), está relacionado con el apoyo de los directivos comunales y del centro de salud para que los(as)s médico(as) de familia apliquen todas las competencias que adquirieron en su proceso de formación y tengan los tiempos suficientes. *"Obviamente ha costado como cultura dentro de la APS, romper ese paradigma de que el médico de familia se inserta directamente en la comunidad o hacer investigación y cambiar algunos paradigmas directivos" [Entrevistado 4-p44-egresado entre 4 a 6 años].*

En cuanto a la estructura del centro, solo los(as) docentes entrevistados(as) señalan que un factor que influye en la tutoría clínica es que esta sea una organización que aprende, es decir, facilita el aprendizaje en todos(as) sus integrantes, se interesa por evaluar los resultados e innovar, permitiendo autonomía en la toma de decisiones, junto con el

desarrollo de una mirada crítica y reflexiva. Los directivos y miembros del equipo capacitados(as) en este modelo continúan esta misión en el tiempo. La dificultad para lograr que este factor este presente se describe a continuación:

> *"Pero empezó a pasarnos que los diplomados (en gerencia social), los segundos diplomados, las personas con que nos encontramos, no eran las personas que estaban en la tarea (del desarrollo del centro como organización que aprende)" [Entrevistado 5-p47-28 años como docente-médico de familia].*

Los(as) docentes, gestoras de aprendizaje y tutores(as) clínicos(as) entrevistados(as) esperan que este(a) último(a) desarrolle un rol directivo, de gestión o liderazgo dentro de la organización, que le permita estar implicado en lo que ocurre e influir en la toma de decisiones que generen un cambio de paradigma e innovación en el equipo.

> *"El rol solo clínico de un médico de familia tampoco lo ayudaría a poder ser un buen tutor clínico, porque tiene que estar en espacios de toma de decisiones para poder representar las alternativas de decisión y cómo la decisión va a afectar las posibilidades de cambiar el paradigma o hacer las cosas distintas" [Entrevistado 6-p47-28 años como docente-médico de familia].*

Los(as) docentes entrevistados(as) señalan que la comprensión que los(as) integrantes del CESFAM tienen respecto a lo que debería hacer un(a) buen(a) médico(a) de familia y su apego a lo normativo, también influye en su rol formador, dando cuenta de la cultura organizacional, como lo expresa este(a) docente: *"Es que usted sea obediente, por*

ejemplo, cumple todos los protocolos, usted es evaluado como un buen médico de familia. Sin embargo, hoy día nosotros vemos que hay protocolos que en realidad no deberían cumplirse" [Entrevistado 6-p46-28 años como docente-médico de familia].

Otro factor del centro formador mencionado fue la necesidad de que el equipo de salud y sus directivos conozcan, respalden y se sientan parte del desarrollo del programa formativo, transformando sus prácticas disciplinares e interdisciplinares en oportunidades de aprendizaje para los(as) residentes, motivados por colaborar con los(as) tutores(as) clínicos(as) en la misión educadora y también ellos(as) seguir aprendiendo. *"Cómo que también lo incluye (la organización al residente y el equipo formador), no es como un ente aparte, como que "Ah, el semillero está por allá". Están insertos y se saben insertos dentro del CESFAM" [GFR2-P07-p238-3er año].*

El respaldo mencionado se traduce en que el centro formador posee las condiciones que facilitan el desempeño de la docencia clínica, señalando los(as) entrevistados(as) que lo primero es contar con médicos(as) de familia para este rol, evitando que sean externos al CESFAM, ya que al ser parte de la organización poseen un sentido de pertenencia y posicionamiento que les permite practicar las competencias de la especialidad, modelarlas y acompañar a los(as) residentes en su práctica de manera permanente. El siguiente relato refleja las dificultades que observa el(la) residente cuando su tutor(a) no es parte del centro formador: *"El hecho de que mis tutores directos no son médicos del CESFAM propiamente*

tal, entonces yo no he podido ver en la práctica, cómo se inserta un médico de familia en el trabajo en equipo" [GFR1-P08-p210-3er año].

Otra de las condiciones es contar con un equipo formador estable en el tiempo (docente clínico/a y gestor/a de aprendizaje) que lidere la formación de los(as) residentes en los centros de salud, siendo un factor que distingue a este programa de otras especialidades médicas, como lo señala este(a) docente:

> *"Como se hacen en las otras especialidades médicas, donde generalmente se vive por rotaciones, es decir, tú pasas una rotación, hay un médico destinado en la rotación, pero no es ese mismo médico especialista que tiene continuidad de tu trabajo a lo largo de los tres años" [Entrevistado 3-p76-8 años como docente-médico].*

El espacio físico aparece como otro factor que afecta la docencia clínica, debiendo cumplir con ciertas características que permitan desarrollarla de manera segura, privada, estable en el tiempo y que esté equipado con los elementos básicos para las actividades planificadas. *"Un espacio privado, seguro, donde puedan reunirse y donde puedan hacerse las tutorías y que sea un espacio estable, que no tengan que andarse cambiando o con temor a perderlo cuando pasan algunas cosas" [Entrevistado 1-p84-11 años como docente-psicólogo].*

Contar con tiempos resguardados para realizar la tutoría y acordes al número de residentes, es un factor relevado por los(as) entrevistados(as), permitiendo dar continuidad

al acompañamiento y de manera personalizada, según las características de cada persona que se forma. Este factor también aplica al tiempo que el(la) docente requiere para sumarse a los encuentros de formación de formadores u otras actividades planificadas localmente. Para resguardar los tiempos de docencia, los(as) entrevistados(as) señalan que el(la) tutor(a) debe contar con un nivel de responsabilidades que le permita desempeñar el rol formador, así como que la organización genere estrategias para gestionar las horas médicas en períodos de alta carga asistencial u otras necesidades emergentes desde el CESFAM o los(as) usuarios(as).

> *"Que se les dé el tiempo no solo para la acción directa, sino que el tiempo de la acción preparatoria o de la acción reflexiva, o sea la gestión del aprendizaje. Una cosa es, aquí está la actividad de aprendizaje que vamos a hacer y otra es todo lo que tuve que hacer para llegar aquí y todo lo que voy a tener que hacer para que se produzca el aprendizaje, el cierre del círculo" [Entrevistado 5-p43-28 años como docente-médico de familia].*

Todo lo anterior se asocia a otro factor mencionado por tutores(as), gestoras de aprendizaje y docentes del programa, relacionado con la validación y valoración que tienen los integrantes del centro de salud sobre la distinción del(la) médico(a) de familia y su rol formador, considerándolos(as) un aporte para el desarrollo de la organización. La valoración de estos dos roles lo describe este(a) tutor(a): *"Si no validan tu rol como médico de familia les va a dar la misma el rol tutor. Por eso es importante que se note la diferencia, que el*

médico de familia hace cosas, atiende de una forma diferente" [GFT-P02-p252-11 años como docente clínico].

Factores relacionados con el(la) residente

En esta subcategoría emergen escasos aportes de los(as) entrevistados(as), siendo los(as) egresados(as) y gestoras de aprendizaje quienes reconocen aspectos que influyen en la docencia clínica asociados a las características de los(as) residentes, como la proactividad y la actitud de apertura hacia el aprendizaje y desarrollo de competencias. Este(a) egresado(a) relata la actitud que observó en algunos(as) compañeros(as) que no facilitan la tutoría:

> *"Había una actitud, como que no había una predisposición a aprender, sino que como que en el fondo ya estábamos listos y era como una cosa de pasar tiempo ahí no más. Entonces yo creo que eso igual, obviamente, tiene que haberlos limitado mucho" [Entrevistado 2-p79-egresado entre 4 y 6 años].*

También repercute en la tutoría clínica la situación de salud del(la) residente, afectando la continuidad del proceso de aprendizaje, llegando a ser, en algunos casos, motivo para que se retire de la formación. *"No todos los residentes que inician la beca la terminan, excluyendo a quienes la abandonan por salud" [GFR1-P04-p232-3er año].*

Los(as) entrevistados(as) mencionan como otro factor relacionado con la identificación de áreas que le resultan más desafiantes al(la) residente y que requieren mayores competencias del(la) docente clínico(a). Señalan de manera específica lo que

ocurre con los(as) residentes que finalizaron el pregrado durante los años de mayor complejidad de la pandemia y las oportunidades de aprendizaje con las que contaron durante ese período. Este(a) egresado(a) señala las diferencias en cuanto a habilidades con sus compañeros(as): *"Cosas nuevas que se presentaron, cosas nuevas de aprendizaje, que como alumno igual se me hacía dificultoso, más que a los otros chicos" [Entrevistado 4-p81-egresado entre 4 y 6 años].*

Las situaciones personales y/o familiares que se presentan durante el proceso de formación relacionadas con la etapa del ciclo vital que cursan los(as) residente, son referidas como otro factor que influye en el desempeño de la docencia clínica, considerando que se trata mayoritariamente de adultos(as) jóvenes. *"Las cosas que a uno le han pasado, sobre todo en el ciclo vital en que nos encontramos la mayoría" [GFR1-P08-p230-3er año].*

Señalan la experiencia laboral del(la) residente como otro factor, transformándose en un desafío para el docente cuando esta es escasa y también si lleva un tiempo prolongado ejerciendo la medicina, por la adopción de ciertas prácticas como habituales. Esta gestora de aprendizaje describe la situación: *"Con los de primero que llevan poca experiencia laboral, nos cuesta un poco. Con los de primero que llevan más experiencia laboral nos cuesta más, porque ya están tan insertos en su práctica clínica" [GFGA-P02-p19-8 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Por último, la capacidad para pedir ayuda cuando alguna situación afecta su proceso de aprendizaje es mencionado como otro factor que influye en la tutoría y que es

ejemplificado por esta gestora de aprendizaje en una situación en la que el(la) residente no acudió al equipo formador:

> *"Pero también está la otra. ¿Qué pasa cuando ha pasado algo al residente y este se encapsula y no admite nada o hace algo que te deja plop y tú no sabes cómo reaccionar? A nosotros nos ha pasado. Entonces quedamos sin poder decir nada y sin comprender muchas cosas y que a la larga nos produjo algo importante al equipo, pero lo más fuerte se lo produjo a su tutor directo" [GFGA-P05-p111-4 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Factores relacionados con el(la) tutor(a) clínico(a)

En esta subcategoría se mencionan como factores que influyen en el desempeño de la docencia clínica elementos que se encuentran incluidos en la segunda categoría que describe las "Características del(a) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar" como algunas habilidades personales, sociales, disciplinares de la medicina familiar y del rol docente.

Según lo anterior, en esta subcategoría, excepto los(as) docentes clínicos(as), los(as) demás informantes mencionan habilidades personales del(a) tutor(a) como la proactividad, flexibilidad y el interés por formarse permanentemente en habilidades como la mediación, saberes clínicos, manteniéndose al tanto de los temas relevantes tratados en el área de la

salud, lo que le permite acompañar al residente con calidad. Una gestora de aprendizaje da cuenta de las habilidades trabajadas en el encuentro de formación de formadores:

> *"Que yo encuentro que fue súper bacán (la capacitación sobre mediación), que ese hay que tenerlo de base para todos los tutores, gestores lo que sea, porque entonces te da la idea desde más o menos qué es lo que quieres lograr con los residentes, desde dónde partes y hasta dónde puedes llegar con él" [GFGA-P02-p19-8 años como gestora de aprendizaje-trabajador social].*

En sintonía con lo planteado en la categoría dos, aparecen como factores relevantes en la tutoría aspectos relacionados con habilidades sociales de los(as) docentes clínicos(as) como contar con una comunicación eficaz, que les permita reconocer, negociar y resolver oportunamente con el residente cualquier situación que pudiera afectar su relación, resguardando el vínculo que han construido a través de la generación de espacios seguros y de confianza.

> *"En mi experiencia ha habido muchas situaciones o quiebres en la relación del tutor con el residente y que tiene que ver muchas veces por malentendidos o no comprensión de algunas cosas. Por lo tanto, yo creo que es súper importante que se vayan conversando las cosas y no se deje pasar el tiempo" [Entrevistado 3-p64-8 años como docente-médico].*

Aparecer en esta subcategoría factores relacionados con las características del(la) médico(a) de familia, como formar parte de una comunidad de medicina familiar que está

trabajando con convicción para construir y posicionar el rol de la especialidad, la salud familiar y fortalecer la salud pública en el país, como lo refleja esta gestora de aprendizaje: *"Pueden pasar miles de cosas y ahí yo creo que es la causa, adherencia a la causa, nada más que el convencimiento real, porque no está tan desarrollada la valorización de la especialidad de Chile" [GFGA-P04-p95-7 años como gestora de aprendizaje-trabajadora social].*

Los últimos factores que coinciden con los mencionados en la categoría dos dicen relación con las habilidades docentes, señalando la relevancia de la vocación, motivación y compromiso del(la) docente clínico(a) por desempeñar este rol, lo que también se transmite al(la) residente y genera finalmente mayor desarrollo de sus competencias. "*También una cosa que me motiva de ser tutora, es entregarles a los futuros colegas que no somos poderosos por el conocimiento que tenemos sino porque somos poderosos por poder interactuar con otros" [GFT-P09-p74-18 años como docente clínico].*

El nivel de planificación de las tutorías se menciona como factor que influye en los resultados de estas, haciendo referencia al cumplimiento de las fechas y tiempo que se destinan, así como la organización de las actividades de tutoría propiamente tal. Este(a) residente describe lo que ocurre cuando la planificación no es resguardada:

"Nosotros tenemos como un día de tutorías, pero igual a veces pasa que a último momento hay que cambiarla por distintas cosas y eso yo creo que igual influye en el

resultado de la tutoría, de lo preparada que uno vaya, entonces tenerlas como planificado con tiempo, es un factor que influye" [GFR1-P07-p234-1er año].

Luego, en esta tercera subcategoría emergen nuevos factores relacionados con el(la) propia docente clínico(a) que influyen en su desempeño como contar con salud física y emocional que le permita dar continuidad al acompañamiento de los(as) residentes que están bajo su cargo, siendo de ayuda que desarrolle actividades que favorecen su autocuidado. *"También hemos tenido experiencias de pérdida de la continuidad del tutor por distintos problemas de salud física o mental y que obviamente influyen en el resultado" [Entrevistado 3-p84-8 años como docente-médico].*

Tanto los(as) residentes como los(as) docentes entrevistados(as) mencionan la experiencia laboral y de vida que el(la) tutor(a) clínico(a) posee como otro factor que influye en el desempeño de su rol, ya que se espera que sea mayor que la de los(as) residentes y que, además, refleje el nivel de coherencia mantenido en diferentes etapas y roles que ha vivenciado. La siguiente cita representa la valoración que un(a) residente tiene sobre la experiencia de su docente clínico(a): *"Es alguien con mucha más experiencia, obviamente. En general, con más experiencia de vida, con más experiencia laboral, con más experiencia de muchas cosas, que por lo menos el caso mío, de las cuales yo muchas veces no doy cuenta" [GFR2-P01-p58-3er año].*

En cuanto a la práctica médica, consideran que influye en el desempeño del(la) docente clínico(a) el paradigma médico y, por ende, la práctica de trabajar solos(as) y no en

equipo, como lo señala este(a) residente: *"Muchas veces nosotros como médicos generalmente estamos acostumbrados a trabajar más solos" [GFR1-P08-p230-3er año].*

Otro grupo de factores que son mencionados en esta subcategoría se suman a los relacionados con el rol docente, apareciendo el nivel de conocimiento que tienen los(as) tutores(as) clínicos(as) sobre las implicancias de esta labor como un elemento que influye en su desempeño, aportando a esta comprensión la oportunidad de haber sido residentes del mismo programa formativo. *"Algunos de nosotros también somos de la generación que un poco nos formamos sabiendo que el día que nosotros saliéramos de la beca íbamos a asumir este rol" [GFT-P08-p46-3 años como docente clínico].*

El tiempo de ejercicio de la docencia clínica se menciona como un factor que repercute, observando que el contar con más años de experiencia en el rol le permite conocer y gestionar diferentes residentes y situaciones. Este(a) docente hace referencia a la experiencia deseada en un(a) docente clínico(a) de la especialidad: *"Es una persona que tenga una larga trayectoria, que ha estado con distintos tipos de alumnos, en distintas situaciones y que, por lo tanto, puede ponerse en muchos lugares para poder ser un mentor para ti aquí y ahora" [Entrevistado 5-p24-28 años como docente-médico de familia].*

Contar con evaluación y retroalimentación desde quienes participan en el proceso formativo, es un factor que los(as) docentes, como residentes y tutores(as) identifican como un aspecto que repercute en el desempeño de éste ya que le permite identificar los aspectos más logrados y aquellos que debe mejorar. Este docente clínico reconoce el valor

de recibir retroalimentación: *"Contando con una retroalimentación constante al tutor, porque si no se queda. Es necesario saber lo bueno y lo malo, lo bueno para sentirse seguro y lo malo para mejorarlo" [GFT-P03-p220-9 años como docente clínico].*

En esta subcategoría se percibe que la calidad contractual de los(as) docentes clínicos(as) puede influir, considerando que el desempeño del rol es principalmente voluntario, sin una remuneración asociada, siendo el tiempo destinado a la tutoría una contribución de cada territorio.

> "*Me pregunto, si no llegará a ser un obstaculizador que esto sea, entre comillas, un ad Honorem, o sea este concepto de voluntariado o ad honorem o solidario, o sea, que nosotros lo que tenemos es una comunidad solidaria, en el caso de la tutoría, porque tenemos personas que no están contratadas" [Entrevistado 5-p111-28 años como docente-médico de familia].*

Por último, los(as) entrevistados(as) mencionan la diferencia generacional entre docentes clínicos(as) y residentes como un factor que repercute en la tutoría, requiriendo más capacidad de adaptación de los(as) tutores(as) cuando la diferencia de edad entre ellos(as) es mayor. Acompañar a residentes de diferentes grupos etarios también constituye una experiencia que favorece el desempeño del rol del(la) docente clínico(a). *"Entonces probablemente no compartamos los mismos conceptos de compromiso, de valores, de profesionalismo. No siento que sea bueno o malo si no que es distinto" [GFT-P02-p23-11 años como docente clínico].*

En esta categoría se reconocen factores que repercuten en el desempeño del(l) docente clínico(a) asociados a diferentes actores que participan en el proceso formativo de los(as) residentes. Los aspectos provenientes de instituciones como la universidad y los servicios de salud están relacionados con que estas brinden las condiciones necesarias para que los(as) tutores(as) puedan desarrollar su rol educador, fuertemente asociados a las oportunidades de aplicación de las competencias de la misma especialidad. Llama la atención que se identifica la necesidad de reconocimiento del rol como algo esperado de ambas instituciones, ya sea dando garantías o bien a través de actos simbólicos que respalden a los(as) docentes clínicos(as) en sus territorios.

Los factores relacionados con el centro de salud formador son los que cobran mayor relevancia entre los(as) entrevistados(as), identificándose algunas situaciones que requieren mejoras en este entorno que constituye el nicho fundamental donde ocurre el proceso formativo de los(as) residentes.

En cuanto a los(as) residentes, se identifican factores que influyen en la docencia clínica asociadas a sus características, habilidades, actitudes, experiencias de vida y laborales, aportados principalmente por residentes y egresados(as) entrevistados(as) en el estudio.

Finalmente, en esta categoría se observa que vuelven a ser mencionadas características del docente clínico(a) que forman parte de la segunda categoría, integrándose nuevos elementos relacionados con su experiencia médica y docente,

aspectos formales para el desempeño del rol y características personales, en particular, su condición de salud.

Todos los aspectos aportados por los entrevistados(as) permiten construir una mirada sistémica de los factores que influyen en el desempeño de la docencia clínica en la especialidad de medicina familiar, para construir un proceso de evaluación de estos elementos.

4.4 SITUACIONES DE APRENDIZAJE INTEGRADORAS DE COMPETENCIAS DEL(LA) DOCENTE CLÍNICO(A) EN MEDICINA FAMILIAR

Para construir esta categoría, los(as) entrevistados(as) aportan datos que permiten conformar dos subcategorías relacionadas con prácticas que integran competencias del(la) tutor(a) clínico(a): prácticas disciplinares de medicina familiar y prácticas docentes. La categoría y sus subcategorías se encuentran representas en la figura 4.5.

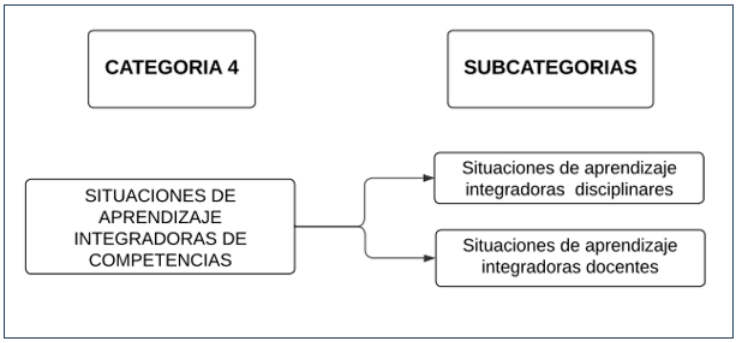


Figura 4.5: Situaciones de aprendizaje integradoras de competencias del(la) docente clínico(a) y sus subcategorías.

Situaciones de aprendizaje integradoras disciplinares

En cuanto a las situaciones de aprendizaje integradoras de competencias asociadas a la especialidad, los(as) entrevistados(as) señalan que en todas las actividades que realiza el(la) docente clínico(a) médico(a) de familia se espera que incorpore sus diversas competencias, como lo manifiesta este(a) residente: *"Las habilidades deben verse en todos los ámbitos de su desempeño, no solo cuando hace ciertas actividades, desde lo administrativo, el trato con el equipo, la atención clínica" [GFR2-P08-p196-3er año].*

Ejemplifican esta integración mencionando la práctica clínica de la especialidad, a través de los controles, atenciones de salud, visitas domiciliarias, las que se espera sean integrales y resolutivas, realizando consejerías individuales y familiares, intervenciones familiares como el estudio de familia o de pareja, elaboración de planes de cuidado integrales y consensuados con las personas usuarias de los CESFAM, junto con el seguimiento y evaluación de sus resultados. *"Yo creo que cualquier intervención, desde el nivel dos hacia arriba (niveles de intervención familiar según Doherty y Baird), es posible que sea capaz de que aplique todas estas capacidades que tiene el médico familiar" [GFR2-P01-p202-3er años].*

Todas estas actividades y etapas del trabajo con personas y familias están integradas en la estrategia de Gestión de Casos que el(la) médico(a) de familia puede llevar a cabo como una práctica integradora, además articulando sus prestaciones con las del resto del equipo, lo que demuestra que conoce el hacer de los demás, sus fortalezas, límites

disciplinares y también ellos(a) tienen claridad de cuándo es pertinente que él/ella intervenga. Este docente describe lo anterior de la siguiente manera:

> *"La gestión de casos, ahí se podría integrar todo, porque la gestión de casos va a partir desde que viste el caso con el becado, hasta que hiciste el plan, lo consensuaste, que hiciste el seguimiento, los monitoreos...y si a eso le adiciono la mirada a la red, cómo está operando, o sea, le agrego desde la perspectiva gerencial, que habría que hacer distinto, o sea una gestión de casos que permita, como tipo ABP, entrar las otras cosas" [Entrevistado 5-p70-28 años como docente-médico de familia].*

Los(as) entrevistados(as) reconocen ciertas áreas específicas de trabajo que brindan aún más oportunidades de observar la integración de competencias en medicina familiar como la Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en la Persona (ECICEP, diseñada para acompañar a personas con condiciones crónicas de salud), cuidados paliativos oncológico y no oncológicos; y salud mental. Estas áreas, por encontrarse en una etapa de instalación en los CESFAM, además dan la opción de que el(la) médico(a) de familia agregue la distinción de la especialidad. Este(a) residente hace referencia a estas áreas: *"ECICEP yo creo que también es como "la prestación" del médico de familia orientada hacia los niveles de intervención donde puede desplegar muchas herramientas" [GFR2-P07-p204-3er año].*

Siguiendo con otra situación de aprendizaje integradora de competencias de la especialidad, los(as) residentes refieren que es deseable que el(la) docente clínico(a) asuma roles directivos o de gestión en diferentes niveles de la estructura organizacional, liderando

al equipo de salud, administrando sus recursos y los de la red de salud, como la gestión de interconsultas o listas de espera. *"Ya sea como director o un director médico, un médico gestor, integra todo, porque al final va a la cabeza de todos los procesos que se realizan en la organización" [GFT-P04-p226-3 años como docente clínico].*

Del mismo modo, estar inserto en diversos organismos de trabajo con la comunidad y el intersector aparece como práctica integradora de las competencias del(la) docente médico(a) de familia, logrando identificar en conjunto sus activos, necesidades, planificar e implementar mejoras de manera continua. Este(a) residente describe la situación de aprendizaje de la siguiente manera: *"En cuanto a lo comunitario igual, participan en el CODE (Consejo de Desarrollo, organismo de participación comunitaria e intersectorial), participan en la COMSE (Comisión mixta Salud-Educación), en donde igual son referentes de la comunidad que las pueden lograr identificar (a sus tutoras)" [GFR1-P02-p218-2° año].*

Tanto en la red intersectorial como en la sanitaria aplica la estrategia de abogacía por las personas y familias que no logran resolver sus situaciones de salud, de la misma manera como lo emplean los (as) residentes. Así lo relata un(a) docente: *"Hay que hacer abogacía en ciertos casos que no tienen representaciones en lo que estamos haciendo" [Entrevistado 5-p58-28 años como docente-médico de familia].*

La situación de aprendizaje de formar o capacitar al equipo de salud, según señalan residentes y docentes, también aparece como una oportunidad para reconocer la integración de diferentes habilidades, en la medida que el(la) tutor(a) requiere mantenerse

actualizado en los marcos teóricos que el equipo necesita revisar y ejemplificar su aplicación en el contexto real.

"Hacen actualizaciones o como un refresh, así como de conocimiento de la medicina familiar, que de repente uno con la práctica diaria, como que asume que los funcionarios tienen el concepto claro de que lo que es MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud)" [GFR1-P02-p222-2° año].

Por último, los(as) entrevistados(as) identifican como otra situación integradora la generación de conocimiento disciplinar o en docencia, sistematizando buenas prácticas y difundiéndolas en encuentros de la comunidad de aprendizaje, mediante publicaciones o presentaciones en congresos, en colaboración con pares docentes clínicos(as) y/o residentes.

"Creo que los espacios que se han generado como para que se puedan compartir las buenas prácticas entre los tutores, también son oportunidades que permiten una visión mucho más amplia sobre el acompañamiento, así como individual e integrar también otras competencias" [Entrevistado 1-p91-11 años como docente-psicólogo].

Situaciones de aprendizaje integradoras docentes

En esta subcategoría los(as) entrevistados(as) señalan situaciones de aprendizaje integradoras de habilidades relacionadas con la forma de llevar a cabo la tutoría clínica, estrategias de enseñanza específicas y del proceso de evaluación de los(as) residentes.

En cuanto a la forma de realizar la tutoría clínica, docentes, gestoras de aprendizaje y egresados(as) mencionan como una práctica integradora que el(la) docente clínico(a) gestione encuentros en los que participen diferentes integrantes del equipo formador y residentes en distintos años de la formación. Un(a) docente lo describe de esta manera:

"Cuando en las tutorías se involucran a los residentes de todas las generaciones. Eso permite no solo al tutor integrar competencias, sino que a todo el equipo y es súper enriquecedor para todos los que participan ahí. Entre todos se van actualizando, van aprendiendo. Creo que ese espacio es importante" [Entrevistado 1-p88-11 años como docente-psicólogo].

Los(as) tutores refieren que las reuniones en las que participan solo los integrantes del equipo formador (docentes clínicos/as, gestoras de aprendizaje y gestor/a académica) también son una situación de aprendizaje para integrar diferentes competencias, en la medida que planifican, evalúan y retroalimentan sus prácticas.

"También valoro las otras reuniones. Tenemos otras dos veces al mes o incluso, entre horas durante la semana, un par de horas en que estamos solo los tutores clínicos y la gestora de aprendizaje y este nuestro momento de retroalimentarnos" [GFT-P05-p240-3 años como docente clínico].

Pasando a las estrategias de enseñanza, los(as) entrevistados(as) rescatan el modelaje de las diferentes competencias del(la) docente médico(a) de familia como una práctica que permite la integración de diferentes habilidades, lo que puede desarrollarse en el centro de salud, en una visita domiciliaria o en la formación del equipo. Luego del

modelaje, otra situación integradora es realizar una atención clínica en conjunto tutor(a) y residente. Este(a) residente ejemplifica una actividad en la que el(la) tutora(a) puede modelar la integración de competencias: *"A través de la visita domiciliaria poder realizar un modelaje para integrar las competencias que tienen" [GFR2-P03-198-2° año].*

La presentación y análisis de casos clínicos guiados por el(la) tutor(a), la mencionan diferentes informantes, excepto los(as) egresados(as), como situación de aprendizaje integradora, en la medida que aplica diversos marcos teóricos afines con su especialidad y realiza revisiones bibliográficas, participando integrantes de variadas disciplinas del equipo de salud, siendo también considerada una oportunidad de modelaje para ellos(as) y el(la) residente. El análisis de incidentes críticos facilitado por el(la) docente clínico(a) también es reconocida como integradora ya que además de utilizar bases conceptuales, integra la reflexividad en el proceso.

> *"El tema del análisis de casos clínicos es una buena forma de integración, por lo que me ha tocado ver las tutorías, donde también todo el equipo semillero o externo, va participando o va aportando. También permite que el tutor clínico haga como una especie de modelaje, de cómo se van integrando sus saberes al abordaje" [Entrevistado 1-p89-11 años como docente-psicólogo].*

En la etapa de evaluación, que el(la) docente clínico(a) diseñe, aplique y luego retroalimente al residentes usando diferentes instrumentos que buscan valorar el desarrollo de las competencias en este(a), son señaladas como situaciones integradoras de habilidades en medicina familiar y docentes, ya que requiere la generación de consensos en

cuanto a criterios y estándares de exigencia con otros(as) tutores(as) e integrantes de los equipos formadores, de su comuna y/o de otros territorios, como lo describe este(a) docente:

> *"Porque hay que tomar decisiones respecto de distinciones. O sea, cuando yo voy a evaluar tengo que tomar la decisión de qué voy a observar, cuál es la gama de posibilidades de respuesta frente a lo que estoy observando, elegir cuál de esas distinciones son las que aparecen valiosas y la que yo, entre comillas, quiero reconocer o valorar o validar. Entonces, efectivamente, el ejercicio de tener que decidir qué mido en el otro, cómo lo mido, cómo lo veo, cómo lo valoro, requiere de una gran actividad integradora" [Entrevistado 6-p52-28 años como docente-médico de familia].*

Esta última categoría permite identificar situaciones de aprendizaje disciplinares en medicina familiar y de docencia que dan cuenta de la integración de diversas competencias en los(as) tutores(as) clínicos(as) de la especialidad, generando oportunidades para evaluar su desempeño, además de aportar a la generación de una oferta de prácticas que modelen a los(as) mismos residentes y a los equipos de los centros formadores.

V DISCUSIÓN

Este estudio arroja como resultados la conformación de cuatro categorías que integran los aportes realizados por residentes, gestoras de aprendizaje, egresados(as), tutores(as) clínicos(as) y docentes del programa de especialización en medicina familiar, información obtenida a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Estas categorías son: concepción de la docencia clínica, características de un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a), factores que influyen en el desempeño del(la) tutor(a) y, por último, prácticas integradoras de competencias del(la) docente clínico(a) de medicina familiar.

La primera categoría relacionada con la concepción que esta comunidad de aprendizaje posee sobre la docencia clínica incluye las siguientes subcategorías: concepto de tutoría clínica, objetivos que persigue, elementos relacionados con su práctica y los resultados esperados.

En cuanto a la segunda categoría, los(as) entrevistados(as) plantean características asociadas con habilidades personales del(la) docente clínico(a), habilidades sociales, habilidades disciplinares en medicina familiar y, por último, habilidades docentes.

La tercera categoría clasifica los factores que influyen en la práctica de la docencia clínica en cinco subcategorías: factores asociados a la universidad formadora, a los servicios de salud que forman parte del proceso, los centros formadores, a los(as) residentes y finalmente, a los(as) propios(as) tutores(as).

Como última categoría, los(as) entrevistados(as) plantean prácticas que integran diversas competencias de los(as) docentes clínicos(as) médicos(as) de familia, surgiendo subcategorías de prácticas disciplinares y prácticas docentes.

4.1 Concepción de la tutoría clínica

Comparando los resultados obtenidos con los marcos de referencia utilizados para este estudio, se observa que, en relación con la categoría número uno "Concepción de la tutoría clínica", en su primera subcategoría, los(as) entrevistados(as) mencionan la conceptualización de la docencia clínica entendida como un proceso, una oportunidad, un desafío y una instancia o espacio, siendo esta última comprensión la única que es representada por lo referido por Stritter y Baker[31], quienes la definen como "la interacción de enseñanza/aprendizaje entre el instructor (médico de cabecera) y el estudiante (residente)".

En cuanto a la segunda subcategoría que representa los objetivos que persigue la docencia clínica en la especialidad, la adquisición de habilidades, conocimientos y actitudes de acuerdo con el programa formativo coincide con lo planteado por González Anglada M[15]. Si bien el acompañamiento del(la) residente aparece mencionado en la propuesta del Ministerio de Salud de Chile[32], no profundiza en esto, por lo que no contiene los elementos que plantean los(as) entrevistados(as) en el estudio, quienes la asocian a la entrega de

apoyo y contención emocional al residente como persona, más allá del(la) médico(a) en formación. El objetivo de la docencia clínica de abogar por las condiciones y oportunidades necesarias en los centros formadores para facilitar el logro de las competencias de egreso de los(as) residentes, no es mencionado en los textos consultados.

Respecto a los elementos asociados a la práctica de la tutoría, específicamente los agentes que participan en ella en la especialidad de medicina familiar, identificados por los(as) entrevistados, sólo una definición refiere que esta debe ser aplicada por "un profesional especialista en servicio activo"[15], lo que si bien coincide con la idea de que el(la) médico(a) de familia es el(la) responsable directo(a) de la formación del(la) residente, no incorpora la percepción de que es un sistema integrado por diferentes actores el que aporta al logro de las competencias de egreso.

Siguiendo en esta subcategoría, de las condiciones en las que se lleva a cabo la docencia clínica, el nivel de planificación de las actividades es mencionada en un concepto[15], quedando excluidos elementos como el entorno en donde debe ejecutarse, su modalidad y frecuencia. La ausencia de estos aspectos en los textos revisados puede responder a la adaptación que el proceso formativo experimentó en el contexto de la pandemia, período en el que se implementaron actividades remotas que se han mantenido en el tiempo.

El ámbito de la atención clínica se menciona principalmente[31,32] dentro de las actividades en las que se realiza la tutoría, a diferencia de lo señalado por los(as)

informantes del estudio, que agregan las acciones comunitarias.

Como último elemento relacionado con la práctica, las estrategias de enseñanza mencionadas por los(as) entrevistados(as) fueron la observación de la práctica del(la) residente, el modelaje de las competencias en medicina familiar y docentes y, por último, la retroalimentación efectiva. De las anteriores, sólo la demostración es incluida en la definición propuesta por el MINSAL[32].

Finalmente, en la última subcategoría de la concepción de la tutoría clínica, de los resultados aportados por los(as) entrevistados(as) como el aprendizaje transformacional, validación y posicionamiento de la especialidad, satisfacción por el desempeño del rol formador y el aumento de competencias en el(la) tutor(a) y el residente, sólo este último aspecto es incluido en una de las definiciones revisadas[15].

Según lo anteriormente descrito, en la primera categoría el estudio agrega variables a la concepción de la docencia clínica en medicina familiar, tanto en su conceptualización, los objetivos que persigue, los elementos que se ven involucrados en su práctica y sus resultados. Esta diferencia puede responder a la esencia de la especialidad, sus principios y el perfil del programa formativo que adhiere a proceso de aprendizaje centrado en la persona que aprende y los recursos diferentes que necesitan para lograr sus competencias.

4.2 Características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar

Al revisar los resultados obtenidos en la segunda categoría "Características de un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar", en cuanto a sus habilidades personales, que corresponden a la primera subcategoría, la apertura a la crítica sobre su desempeño, capacidad de observación, análisis, introspección y reflexión coinciden con señalado por Boendermaker P. sobre las características de un formador competente en medicina familiar[41]. Respecto a la capacidad de aceptar la crítica, Sutkin la refiere para las otras especialidades médicas, agregando que esta debe reflejar humildad[31]. Tanto él, como otros autores reconocen que es deseable que la reflexividad esté presente en los(as) tutores(as) de las especialidades en general[15,31,34].

La flexibilidad y capacidad de adaptación planteadas por los(as) entrevistados(as), es menciona entre las habilidades esperadas en docentes clínicos de medicina familiar[41,43], como también en otras especialidades médicas[15,31,34]. En cuanto al profesionalismo que es señalado en este estudio, Boendermaker P. lo asocia a la integridad que se espera en un(a) docente clínico(a) medicina familiar[41] y también es mencionado en estudios que describen las características del(la) tutora(a) en otras especialidades médicas[15,21,31].

La creatividad e innovación es planteada como una característica esperada en el(la) tutor(a) clínica de medicina familiar, sin embargo, de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, sólo aparece mencionada como una habilidad en las especialidades médicas en general[31].

En este estudio surgen algunas habilidades del(la) docente clínico(a) en medicina familiar que no son mencionadas en los textos consultados, como la apertura para comunicar los valores que guían su actuar, acoger la diversidad de características de los(as) residentes, la proactividad, capacidad de autogestión, el interés por mantenerse actualizado(a) sistemáticamente y la habilidad para sistematizar y de esta manera, aportar al conocimiento.

En cuanto a la segunda subcategoría de las características del(la) buen(a) tutor(a) clínica(a) de medicina familiar, los(as) entrevistados(as) identifican habilidades sociales acordes a lo planteado por otros(as) investigadores(as), como la capacidad de establecer relaciones cordiales y respetuosas con todas las personas (residentes, usuarios/as, equipo de salud)[41], desplegando habilidades de comunicación efectiva como la escucha activa y la asertividad[43], colaborando y trabajando en equipo[42,43], generando un clima de confianza y libertad en el proceso de aprendizaje de los(as) médicos(as) de familia en formación[41,43].

Estudios realizados en programas formativos de otras especialidades agregan que las habilidades de comunicación deben ser practicadas por el(la) tutor(a) en la transmisión de información desde la universidad[31], aspecto que también fue reconocido en esta investigación.

La empatía y la compasión, que fueron característica relevadas por los(as) entrevistados(as), en la literatura consultada no se asocia sólo a la formación en medicina familiar, sino a todas las especialidades médicas[15,31].

Sutkin, en su descripción de las características de los(as) docentes clínicos(as) de todas las especialidades profundiza al respeto, agregando que debe apreciar los diferentes orígenes culturales de las personas, considerar las perspectivas y puntos de vista de los demás[31], lo que se asemeja a lo planteado en este estudio.

También en publicaciones de las especialidades médicas en general, se menciona la capacidad de liderazgo como una característica deseada en los(as) docentes clínicos(as)[31,34] como también lo plantean los(as) entrevistados(as) de esta investigación.

Sutkin por último señala una característica que fue recogida en el estudio y que consiste en que el humor es una característica que facilita la relación del(la) docente clínico(a) con otras personas y el proceso formativo del(la) residente[31].

En las publicaciones revisadas no se mencionan otras habilidades sociales de esta segunda subcategoría, como la capacidad de negociación, abogar por los derechos de las personas y, en especial, por las condiciones de los centros formadores que influyen en el logro de las competencias de los(as) residentes y, por último, la capacidad para generar vínculos con los(as) médicos(a) en formación, usuarios(as) y equipos de trabajo.

En cuanto a las características aportadas por los(as) entrevistados(as) en este estudio y que conforman la tercera subcategoría asociada con las habilidades disciplinares del(la) docente clínico(a) de medicina familiar, los textos revisados relacionados con la especialidad recogen de manera general algunas de ellas, como el conocimiento que posee sobre el funcionamiento del centro de salud[43], ser un buen clínico, demostrando entusiasmo por su trabajo y transmitiéndolo a los(as) demás[42] y por último, aparece mencionada la capacidad de gestión[43]. Profundizan en estos aspectos estudios a nivel de todas las especialidades, especificando en el hacer clínico que el(la) tutor(a) demuestre conocimiento en el área de desempeño[34,39] y un adecuado razonamiento clínico, logrando una estrecha relación médico(a)-paciente[31]. También complementan el área de la gestión con las habilidades en administración[31].

Desde lo investigado en las especialidades médicas en general, las publicaciones revisadas mencionan la necesidad de que los(as) docentes clínicos(as) orienten su práctica

clínica hacia la calidad en su atención, lo que se puede relacionar con lo que en el estudio es mencionado por los(as) entrevistados(as) como resolutividad. Por último, aportan planteando que la investigación[39] es otra habilidad deseada en los(as) tutores(a) de las especialidades médicas, coincidiendo con los resultados del estudio en esta subcategoría.

Como se observa, resultados obtenidos en esta subcategoría como la evaluación de la contribución de su especialidad al bienestar de las personas usuarias del centro de salud, la aplicación de un abordaje integral a través de diferentes prácticas de la disciplina y procesos de atención específicos para el desempeño de sus competencias, el trabajo con la comunidad y la red sectorial e intersectorial, el reconocimiento y validación de su distinción desde su población usuaria y organización, así como conformar una comunidad de aprendizaje disciplinar que aporte al posicionamiento de la medicina familia, la APS y la salud pública, no son aspectos que aparecen mencionados en los textos consultados para este estudio. Este vacío puede deberse a que la especialidad de medicina familiar aún se encuentra construyendo su perfil de desempeño disciplinario, siendo la única especialidad en la que sus residentes se forman principalmente en la atención primera como nivel de atención, espacio que brinda oportunidades de aprendizaje diferentes a los otros entornos formativos como los hospitales.

En la última subcategoría de la categoría “Características del(la) buen(a) tutor(a) clínico(a) en medicina familiar”, relacionada con habilidades docentes, los(as) informantes del estudio proponen como características asociadas a la actitud hacia el rol formador, la

necesidad de que cuenten con vocación para esta labor, como lo señala también García-Núñez et al[40]. Luego, en cuanto a la actitud hacia los(as) residentes, los resultados del estudio coinciden con lo planteado a nivel de todas las especialidades médicas, ya que la evidencia revisada en medicina familiar no especifica en este ámbito. Los(as) entrevistados(as) plantean que la tutoría debe centrarse en el residente y sus características como también lo señala Srinivasan M. et al y otros autores consultados[34,41], colaborando activamente en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes del(la) residente[35], involucrándolos activamente en el proceso de aprendizaje[31], estando disponibles para ellos(as)[31] a través de un contacto continuo[35] y personalizado[15,40].

Como tercer ámbito de esta subcategoría, los(as) entrevistados(as) mencionan habilidades docentes propiamente tal, esperando que sea experto en la enseñanza y en la especialidad, como lo refuerzan varios autores[41,42,43], transmitiendo los valores que guían su actuar con los(as) usuarios(as) y compañeros(as) de equipo[40]. Orientar al(la) residente para que su trabajo sea acorde al programa formativo fue planteado en el estudio, lo que es algo esperado de acuerdo con la evidencia, no sólo en medicina familiar, sino también en otras especialidades médicas[35,43].

Luego, en el proceso de acompañamiento de los(as) residentes en medicina familiar, los(as) entrevistados(as) señalan la habilidad de planificar las diferentes etapas del proceso formativo, actividades, sus tiempos, estrategias de enseñanza y de evaluación. Esta habilidad aparece relevada en los estudios de las especialidades médicas en general[15,35].

A continuación de la planificación, según el estudio, el(la) docente clínico(a) orienta la práctica de las diferentes competencias que se espera que el(la) residente logre al egreso de su formación, disciplinares y transversales. De estas últimas, la capacidad reflexiva es mencionada por algunos autores en el contexto de la medicina familiar[41] y el interés por investigar es referida a nivel de todas las especialidades[39]. En esta etapa, el(la) tutor realiza un monitoreo permanente tanto del aprendizaje que alcanza el(la) residente como la detección de necesidades y situaciones emergentes que pueden afectar los resultados finales, siendo esta una habilidad reconocida por autores como Boendermaker P[41].

En la última etapa del proceso formativo, de acuerdo con los resultados de este estudio, el(la) docente clínico evalúa los resultados de aprendizaje y el nivel de logro de las competencias de egreso del(la) residente. Esta habilidad es principalmente mencionada por investigadores de las competencias de docencia clínica en todas las especialidades médicas en general[15,31,34].

Por último, dentro de las habilidades docentes identificadas en el estudio, aparecen una serie de estrategias de enseñanza y de evaluación que el(la) tutor(a) aplica y que se condicen con lo recogido en la evidencia, como la observación de la práctica del(la) residente[42], la entrega de retroalimentación efectiva[41] y análisis de incidentes críticos[42], mencionadas en prácticas de medicina familiar. Tanto en esta disciplina como a nivel de las especialidades en general, concuerdan con los resultados de este estudio en el uso de la demostración o modelaje por parte del(la) docente clínico(a)[31,34].

En cuanto a esta última subcategoría relacionada con las habilidades docentes, se observa que las habilidades que surgen en este estudio son más específicas que las encontradas en la revisión bibliográfica y se apegan a las características del(la) tutor(a) del programa formativo en medicina familiar, más allá de la mirada general de las especialidades médicas.

4.3 Factores que influyen en la docencia clínica en medicina familiar

La tercera categoría que surge en este estudio está relacionada con los factores que influyen en el desempeño del(la) docente clínico(a) en la formación de médicos(as) de familia, conformando la primera subcategoría los elementos relacionados con la universidad, como organismo responsable de la formación de los(as) residentes, señalando

los(as) entrevistados(as) la necesidad de que genere oportunidades para que los(as) tutores fortalezcan sus competencias docentes y sean apoyados(as) en el desempeño del rol formador, factor que también es referido por Kikukawa et al como algo deseable en todas las especialidades médicas[36] y la Association of American Medical Colleges (AAMC) en la docencia en ciencias de la salud[22].

Aparece como factor asociado a la universidad, la generación de espacios para la conformación de una comunidad de aprendizaje, en la que los(as) tutores(a) puedan intercambiar experiencias y trabajar de manera colaborativa con pares médicos(as) de familia. Si bien este aspecto no es mencionado en los textos relacionados con la especialidad, si es referido en el contexto de la formación de pregrado en ciencias de la salud[28].

Por último, en esta subcategoría aparece como resultado la importancia de que los(as) docentes clínicos sean reconocidos, lo que concuerda con lo esperado para los(as) tutores(as) clínicos(as) de pregrado[22].

En cuanto a la segunda subcategoría relacionada con factores desde los servicios de salud, los(as) entrevistados(as) mencionan la oportunidad de que los(as) médicos(as) de familia se desempeñen en diferentes dispositivos de la red de salud, constituyendo

oportunidades diversas de aprendizaje para los(as) residentes. Este factor es mencionado en propuestas para la docencia en las ciencias de la salud[24,25].

La tercera subcategoría arroja factores dependientes de los centros de salud formadores, relevando los(as) entrevistados(a) que sea una organización que aprende, es decir, que genera estrategias para que sus integrantes aprendan y la organización se vaya adaptando de acuerdo con los resultados que obtenga. Este factor también es mencionado como influyente en la tutoría clínica del pregrado en medicina[33].

También dentro de los factores que influyen provenientes del centro formador, los(as) entrevistados(as) señalaron que el(la) docente clínico(a) debe contar con un equipo que se sume al rol educador de los especialistas en formación y, además, que se resguarden los tiempos de tutoría, especialmente en períodos de alta carga asistencial. Estos elementos son mencionados en un estudio sobre buenas prácticas docentes en especialidades médicas[50].

En una cuarta subcategoría, este estudio agrupó factores vinculados con los(as) residentes, coincidiendo con la revisión realizada la importancia de conocer a la persona en formación, su contexto, miedos y aprehensiones[50], así como el compromiso que posee por aprender mencionada como un elemento esperado en todas las especialidades[34,50].

Por último, en la quinta subcategoría se identifican factores que influyen en el desempeño de la docencia clínica relacionados con el(la) propio(a) tutor(a), mencionándose la importancia de que este(a) conozca el funcionamiento del CESFAM, como se menciona en artículos de la especialidad[43]. En esta subcategoría los(as) entrevistados(as) reconocieron factores del desempeño de la medicina familiar que afectan su rol tutor, sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada para el estudio, ninguno aparece mencionado.

Siguiendo con esta última subcategoría, elementos asociados al rol docente que influyen en su desempeño y que corresponden a habilidades personales son compartidos en este estudio con otras investigaciones realizadas en medicina familiar y en las otras especialidades médicas, como la flexibilidad, profesionalismo y contar con salud física y emocional[15,21,31].

El interés por mantenerse actualizado y aprender permanentemente que es una característica que surgió en la investigación es compartida en estudios realizados en tutores(as) de la especialidad como en docentes de las disciplinas de las ciencias de la salud[24,25,40].

Contar con experiencia laboral de la especialidad y en desempeño del rol formador es señalado por los(as) entrevistados(as) como otro elemento que influye, aspecto que no

es identificado en los documentos de la especialidad revisados para este estudio, pero sí es mencionado a nivel de las especialidades médicas en general[31,39,50].

Dentro de las habilidades sociales del(la) tutor(a) clínico(a) que en el estudio se reconocen como aspectos que influyen en su desempeño aparecen la comunicación efectiva, habilidades relacionales y la capacidad de generar un clima de confianza, lo que es compartido en estudios realizados en medicina familiar y las demás especialidades[15,31,34].

Siguiendo en la subcategoría de los factores relacionados con el(la) docente clínico, los(as) entrevistados(as) identifican la vocación, motivación y compromiso del(la) médico(a) de familia por desempeñar este rol, lo que contagia a los(as) residentes, modelando su práctica. Estos aspectos aparecen señalados en publicaciones de medicina familiar[40,41], las demás especialidades médicas[15,31] y la docencia de las disciplinas de la salud[24,25].

Tener claridad sobre las funciones que conlleva el rol de docente clínico también es mencionado en el estudio como un factor que influye en la tutoría, siendo este elemento algo que también es esperado en las otras especialidades y en la docencia de pregrado en las disciplinas de la salud[22,35,43].

Como último elemento aportado por los(as) entrevistados(as) en esta subcategoría, surge que el(la) tutor(a) esté abierto a recibir retroalimentación, disposición para mejorar su desempeño, contando con instancias para lograr este propósito. Este factor es

compartido por medicina familiar, otras especialidades y en la docencia de pregrado en ciencias de la salud[22,31,33].

En esta tercera categoría es posible observar que, en cuanto a los factores relacionados con la universidad, los servicios de salud, los centros de salud formadores y los(as) residentes, los elementos identificados por los(as) entrevistados(as) en este estudio superan los identificados en los documentos revisados, debiendo ampliar la comparación a lo propuesto para las demás especialidades médicas, tutoría clínica para la formación en medicina, hasta la docencia en ciencias de la salud en general.

En cuanto a los aspectos vinculados con el(la) docente clínico(a), surgen algunos en el estudio no mencionados en los textos consultados y viceversa, por lo que esto permite construir un mapa más amplio de elementos que pueden ser observados.

4.4 Situaciones de aprendizaje integradoras de competencias en medicina familiar

La información que surge en este estudio que da origen a esta categoría relacionada con situaciones de aprendizaje que integran diversas competencias del(la) tutor(a) clínico(a) y que llevan a la construcción de las subcategorías disciplinares en medicina familiar y en docencia clínica, no es posible compararla con la evidencia revisada en este estudio, ya que no se encontraron antecedentes que reconozcan este tipo de actividades en ninguna de las especialidades médicas o docencia clínica de pregrado en ciencias de la salud.

Este vacío puede responder a una búsqueda insuficiente para este estudio o a una real brecha de conocimiento que se puede proyectar cerrar en futuras investigaciones, al alero de los resultados del presente estudio.

V. CONCLUSIONES

Este estudio buscó caracterizar las competencias docentes esperadas en la tutoría clínica, identificar los factores que influyen en el desempeño de los(as) tutores(as) clínicos(as) y finalmente, reconocer las situaciones de aprendizaje que permiten la integración de sus competencias, en el Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, en Centros de Salud Familiar formadores.

En el caso de las competencias, surgió una categoría que logró identificar las características de un(a) buen(a) tutor(a) clínico(a) de la especialidad, aportando subcategorías que permite diferencias habilidades personales, sociales, disciplinarias en medicina familia y, por último, habilidades docentes.

De acuerdo con lo anterior es posible generar una propuesta de competencias esperadas en un(a) buen(a) docente clínico(a) de la especialidad de medicina familiar de la Universidad de Concepción:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Ámbito: Medicina Familiar

1. Aplicar las competencias de medicina familiar en los ámbitos del trabajo con personas, familias, comunidad, gerencia organizacional y trabajo en red sectorial e intersectorial, influyendo en el centro de salud al ser un referente del modelo de atención integral y la atención primaria de salud.
2. Aportar al posicionamiento de la especialidad a través de la investigación y generación de conocimiento sobre la disciplina, el modelo de atención integral, la atención primaria y la docencia clínica en este ámbito; sistematizando y difundiendo tanto su experiencia como la de la comunidad de aprendizaje en medicina familiar que integra.

Ámbito: Docencia clínica

3. Acompañar el proceso formativo respetando y adaptándose a la diversidad de características, experiencias e intereses de los(as) residentes, brindando contención emocional y articulando los recursos necesarios en situaciones de crisis, generando una relación de confianza y vínculo con ellos(as).
4. Guiar a los(as) residentes en la transferencia de los aspectos teóricos a la práctica, de manera pertinente al contexto y coherente al programa de la especialidad, integrando diferentes métodos y estrategias de enseñanza y evaluación, demostrando vocación con su rol formador.

5. Generar oportunidades de aprendizaje significativas en el centro de salud y en la red formadora, que les permitan a los(as) residentes potenciar las fortalezas y gestionar los aspectos que requieren mejoras, asegurando el desarrollo del máximo potencial en cada uno(a) de ellos(as).

COMPETENCIAS TRANSVERSALES

6. Actualizar continuamente sus competencias disciplinarias y docentes, movilizando las estrategias y recursos diversos para su perfeccionamiento, lo que le permite responder creativa y eficazmente a las necesidades de sus usuarios, organización y al programa formativo.
7. Contribuir proactivamente al fortalecimiento del centro de salud y al programa formativo, especialmente en escenarios complejos, aportando al trabajo interdisciplinario desde su distinción como especialista en medicina familiar y la experiencia como tutor(a) clínico(a).
8. Abogar por el cumplimiento de las condiciones para la formación de los residentes, el respeto por los derechos de los(as) usuarios(as) y del equipo de salud, demostrando habilidades personales y sociales en su relación con los distintos actores del centro y la red formadora.
9. Modificar continuamente su desempeño como médico(a) de familia y docente clínico(a), a través de una práctica reflexiva que acoge las sugerencias de los diversos actores del centro formador, residentes y equipo docente, lo que da cuenta de su

profesionalismo y asegura la calidad tanto del proceso formativo, el logro de los resultados esperados en los(as) médicos(as) en formación, como en su propio proceso de constante aprendizaje.

Esta propuesta da origen a un nuevo proceso de validación en la que participarán los diferentes actores que forman parde de la comunidad de aprendizaje de la especialidad y en el proceso de formación de los(as) residentes.

Los aportes de las personas entrevistadas permiten reconocer, desde una perspectiva sistémica, una variedad de factores relacionados con los diferentes actores que participan en el proceso formativo de los(as) residentes y que influyen en el desempeño del(la) docente clínico(a), conformando cinco subcategorías. Se espera que estos factores sean la base para definir los elementos esenciales que den mayores garantías al desempeño de los(as) tutores de la especialidad.

Por último, contar con una propuesta de situaciones de aprendizaje que, de acuerdo con los(as) entrevistados(as), permiten reconocer la integración de competencias del(la) docente clínico(a), abre la posibilidad de seguir analizándolas hasta definir aquellas más estratégicas para el desarrollo de competencias de los(as) residentes de medicina familiar, con proyecciones a poder realizar un catastro de ellas y generar equidad en cuanto a oportunidades de aprendizaje para los(as) médicos(as) en formación.

Como limitaciones metodológicas del estudio se identifica que, aunque se convocó a participar en los grupos focales a actores de los diferentes Servicios de Salud en los que se desempeñan los(as) médicos(as) de familia docentes clínicos(as), en el grupo dirigido a

tutores(as) no se sumaron de los territorios de Ñuble y Araucanía Norte. De este último Servicio de Salud tampoco participó su gestora académica. En el caso de Ñuble el(la) tutor(a) refirió que su ausencia se debía a la dificultad para desplazarse a la ciudad de Concepción, lugar donde se llevó a cabo el grupo focal; mientras que la gestora de Araucanía señaló que no contaba con tiempo en la fecha que se realizó el grupo focal.

Otra limitación que se reconoce dice relación con la estructura organizacional del programa de especialización, conformado por una serie actores que constituyen los equipos formadores de los(as) residentes y que formaron parte de esta investigación, que no se encuentra en otros programas de la especialización en el resto de las universidades del país, lo que los resultados pudieran no ser representativos de lo que otros programas consideran relevante como competencias para la docencia clínica en medicina familiar.

El hecho de que la investigadora haya sido coordinadora del programa por siete años, participara en su rediseño curricular, desempeñe funciones como referente de la universidad en un servicio de salud y en diferentes CESFAM formadores, además de integrar equipos académicos en asignaturas de la malla curricular, genera un nivel de sensibilidad y una orientación en la interpretación de los datos que podría hacer variar los resultados si este estudio lo realizara otro(a) docente o en una universidad diferente.

Si bien varias técnicas de recolección de datos se aplicaron en la etapa de pandemia en la que se pudieron retomar las actividades presenciales, se decidió realizar algunas en modalidad online. Se observó que quienes participaron de forma virtual lo hicieron de

manera activa, generando un clima de confianza, aunque en el caso de los grupos focales pudo haber limitado en alguna medida la interacción entre las personas que se sumaron.

Si bien todas las personas que participaron recibieron con anticipación el consentimiento informado, conociendo los objetivos del estudio, la técnica que se aplicaría y sus condiciones, el hecho de que fueran entrevistadas en una sola ocasión es probable que no contaran con el tiempo suficiente para reflexionar sobre todos los ámbitos que se les consultó.

Desde el punto de vista teórico-conceptuales del estudio la limitación se identifica en la escasa evidencia relacionada con las situaciones de aprendizaje que permiten integrar las diversas competencias del(la) docente clínico(a) médico(a) de familia, lo que afectó la comparación de los resultados obtenidos en la investigación, como queda reflejado en la discusión.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio permiten proyectar futas investigaciones como la validación de las competencias del(a) docente clínico(a) en medicina familiar y posteriormente, la construcción de un sistema de evaluación y fortalecimiento de estas; la construcción y aplicación de un proceso de evaluación de los factores que influyen en el desempeño de los(as) tutores(as) clínicos(as) de la especialidad; y por último, validar las situaciones de aprendizaje integradoras de competencias de los(as) docentes clínicos(as), con miras a luego identificarlas en la red formadora para que estén disponibles para el proceso formativo de todos(as) los(as) residentes.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Starfield B, Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson S.A. España; 2004. p. 3-5.

2. Martin Zurro A, Cano Pérez F, Gené Badia J. Atención Primaria: Principios, organización y métodos en medicina de familia. 7ª Edición. Barcelona, España: Elsevier España. S.L; 2014. p. 1-3.

3. Martin Zurro A. Atención Familiar y Salud Comunitaria: conceptos y materias para docentes y estudiantes, 2ª edición, Elsevier España; 2018. p. 4-5

4. McWhinney l R. Family Medicine in Perspective. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Western Ontario. New Engl. J. of Med. 293: 176-181. Canadá; 1975.

5. McWhinney l R. A textbook of family medicina. 2ª edition. New York: Oxford University Press; 1997. p. 3-12.

6. Bozzo G. Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile. Revista Chilena de Medicina Familiar. 1999; 1(1): p. 23-25. Disponible en: https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/

7. González J, Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Fase 1. Universidad de Deusto, Bilbao; 2003.

8. Prat-Corominas J, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. www.educmed.net. Educ Med 2011; 14 (3): p. 141-149.

9. García-García J, González-Martínez F, Estrada-Aguilar L, Uriega-González P. Educación médica basada en competencias. Rev Med Hosp Gen Mex. 2010; 73(1): p. 57-69.

10. Valverde O, Vargas F. El enfoque de competencia laboral: manual de formación. Cinterfor. Montevideo; 2001.

11. Martínez Clares P, Echeverría Samanes B. Formación Basada en Competencia. Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica. Revista de Investigación Educativa. Murcia, España. 2009; 27(1): p. 125-147.

12. Perrenoud P. Cuando la escuela pretende preparar para la vida. ¿Desarrollar competencias o enseñar otros saberes? 1ª Edición. Barcelona, España/México: Editorial Graó/Colofón; 2012. p. 55-57.

13. Mas Torelló O. El profesor universitario: sus competencias y formación. Profesorado: Revista de Currículum y Formación de Profesorado. Universidad de Granada. Granada, España. 2011; 15(3): p. 195-211.

14. Argudín Y. Educación basada en competencias: Nociones y antecedentes. Editorial Trillas. México. 2005. p. 44-45.

15. González Anglada M. Guía del tutor de residentes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España: Evol Healthcare; 2018.

16. Echeverria Samanes B. Gestión de la competencia de acción profesional. Universidad de Barcelona. Revista de Investigación Educativa. España. 2002; 20(1): p. 7-43.

17. Tejeda Fernández J. Competencias Docentes. Profesorado: Revista de Currículum y Formación de Profesorado. Universidad de Granada. Granada, España. 2009; 13(2): p. 1-15.

18. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Programa de apoyo para la evaluación de la actividad de la actividad docente del profesorado universitario. España. 2006; 1: p. 16-17.

19. Boyer E, Glassick Ch, Hochstein B, Huber M et al. Scholarship Reconsidered: priorities of the professoriate. The Carnegie Foundation for the advancement of teaching. EEUU. 1990.

20. Glassick Ch, Huber M, Maeroff G. Scholarship Assessed—Evaluation of the Professoriate. The Carnegie Foundation for the advancement of teaching. EEUU. 1997.

21. Hickman H, Alarcón M, Cepeda M, Cabrera R, et al. Significado de un buen profesor y de evaluación docente por estudiantes y maestros universitarios. La técnica de redes semánticas. Sinéctica, Revista Electrónica de Educación. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente Jalisco, México. 2016; núm. 47: p. 1-16.

22. Fincher RM, Simpson D, Mennin S, Rosenfeld G et al. Scholarship in Teaching: An Imperative for the 21st Century. Medicina académica. 2000; Volumen 75 (9): p. 887-894.

23. Callahan D, Crosby JR, Harden R, Davies D et al. Guía AMEE N.º 14: Outcome-based Education. Medical Teacher. 1999.

24. Triviño X, Sirhan M, Moore P, Reyes C. Educación médica. Formación en educación de los docentes clínicos de medicina. Rev. méd. Chile. 2009; 137 (11): p. 1516-1522.

25. Hesketh EA, Harden RM, Laidlaw JL, Bagnall G et al. A framework for developing excellence as a clinical educator. @Blackwell Science Ltd. Medical Education. 2001.

26. Harden RM, Crosby J. AMEE Guide N° 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. Medical Teacher, 2000; 22: p. 334-347.

27. Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. Querétaro, México: Quebecor World, Gráficas Monte Albán; 2004.

28. Milner R, Gusic M, Thorndyke L. Perspective: Toward a Competency Framework for Faculty. Academic Medicine. 2011; Volumen 86 (10): p. 1204-1210.

29. Harden R, Laidlaw J. Essential skills for a medical teacher. An introduction to teaching and learning in medicine. Second Edition. Dundee, Reino Unido: Elsevier Limited; 2017.

30. Irby DM, Excellence in clinical teaching: knowledge transformation and development required. Universidad de California, San Francisco. Educación Médica. 2014; volumen 48(8).

31. Sutkin G, Wagner I, Harris I, Schiffer R. What Makes a Good Clinical Teacher in Medicine? A Review of the Literature. Medicina académica. 2008; Volumen 83 (5): p. 452-466.

32. Norma Técnica administrativa que regula la relación asistencial docente. MINSAL. 2017.

33. Gonzalo J, Ahluwalia A, Hamilton M, Wolf H, Wolpaw D, Thompson B. Aligning Education With Health Care Transformation: Identifying a Shared Mental Model of “New” Faculty Competencies for Academic Faculty. Academic Medicine. 2018; 93 (2): p. 256-264.

34. Srinivasan M, Meyers F, Li S, Pratt D et al. “La enseñanza como competencia”: competencias para educadores médicos. Academic Medicine. 2011; Volumen 86 (10): p. 1211-1220.

35. Ministerio de la Presidencia. REAL DECRETO 183/2008. España. BOE N°45. 2008.

36. Kikukawa M, Nabeta H, Ono M, Emura S et al. Las características de un buen profesor clínico según la percepción de los médicos residentes en Japón: un estudio cualitativo. BMC Medical Education. 2013; 13.

37. Saura Llamas J, Sebastián Delgado M, Martínez Garre N, Leal Hernández M. Perfil y competencias del tutor de residentes de las especialidades hospitalarias de Murcia. España. Rev Med La Paz. 2014; 20(2): p. 30-42.

38. Riquelme A, Pizarro M, Solís N, Rojas V et al. Evaluación de docentes clínicos de Postgrado: desarrollo y propiedades psicométricas del instrumento MEDUC-PG14. Revista Médica de Chile. 2015; 143: p. 907-916.

39. Olascoaga A, Aphang M, Prevost Y, Loza C, Riquelme A et al. Validez y confiabilidad de los resultados del instrumento MEDUC-PG14 para medir el desempeño docente en la residencia médica en Perú. Revista Médica de Chile. 2021; 149: p. 920-927.

40. García-Núñez R, San-Juan-Bosch M, Sánchez-Martínez E, Hernández-Palet I. Consideraciones actuales sobre la tutoría en el posgrado de Medicina Familiar. Medisur [revista en Internet]. 2019; 17(5). Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4429

41. Boendermaker PM, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP et al. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? Family Practice @ Oxford University Press. 2000; Volumen 17 (6).

42. Saura Llamas J. Como puede un tutor convertirse en un docente efectivo. Atención Primaria. España. 2007;39(3): p. 151-52007.

43. Vargas PE, Kunakov N. Desarrollo de una propuesta de perfil del tutor clínico para el programa de formación de especialistas de medicina general familiar de la Universidad de Chile, según los actores relevantes Universidad de Chile. Resúmenes Congreso Latinoamericano en Educación de Residentes (LACRE 2017, http://www.lacre.cl) – Pósters. http://www.elsevier.es el 01-04-2017. Inv Ed Med. 2017; 6 (22): e1-e48.

44.- Flick U, Introducción a la investigación cualitativa. Madrid. España: Ediciones Morata S.L. 2004.

45. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera Edición en español. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

46. Alaminos Chica A, Castejón Costa JL. Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Editorial Marfil, S.A. Universidad de Alicante. España; 2006.

47. Rethans J, Norcini J, Barón-Maldonado M, Blackmore D et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. Papers from the 10th Cambridge Conference. @Blackwell Science Ltd. Medical Education. 2002; 36: p. 901–909.

48. Bobenrieth Astete M. Cómo Investigar con éxito en ciencias de la salud. Parte II. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.

49. Vieytes R. Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad. Epistemología y técnicas. Buenos Aires, Argentina: Editorial de las ciencias; 2004.

50. Lee X, Kleinsteuber K, Torrente M, Soto P et al. Las buenas prácticas docentes en las especialidades médicas: Una experiencia desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Revista Educación Ciencias de la Salud. 2022; 19(2): p. 95-99.

ANEXOS

Anexo 1
Formulario de Consentimiento Informado para participante

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

FACULTAD DE MEDICINA COMITÉ DE ÉTICA U. DE CONCEPCIÓN
6-enero-2023
Cod. 13-2022

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

Código: _____

INFORMACIÓN:

Título: Caracterización de las competencias docentes para la tutoría clínica y los factores que influyen en el desempeño de los tutores, en la formación de especialistas en medicina familiar de la Universidad de Concepción, en Centros de Salud Familiar, durante el año 2022.
Investigador(a) responsable: Andrea Alejandra Bustos Guíñez
Vinculación con la Universidad de Concepción de Investigadora Responsable: Asistente Social, Docente, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, estudiante del Magister en Educación Médica para Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
Co-investigadores(as) e institución con las que están vinculados(as):
Tutora académica: Paula Parra Ponce
Cotutor académico: Cristhian Pérez Villalobos
Centro Patrocinante: Universidad de Concepción
Centro de Investigación: Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Estimado(a):

Mediante el presente documento se invita a participar a usted en la investigación titulada "Caracterización de las competencias docentes para la tutoría clínica y los factores que influyen en el desempeño de los tutores, en la formación de especialistas en medicina familiar de la Universidad de Concepción, en Centros de Salud Familiar, durante el año 2022" que se realizará en el Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor, siéntase en la confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle a la Investigadora Responsable cuando desee.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es caracterizar las competencias docentes esperadas en la tutoría clínica y los factores que influyen en el desempeño de los tutores, en el Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad de Concepción, en Centros de Salud Familiar formadores, desde la perspectiva de los/as tutores/as, gestoras de aprendizaje, docentes, egresados/as y residentes.

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR.

Si accede a participar es porque Ud. se desempeña como tutor/a clínico/a desde hace al menos 3 años en un Centro de Salud Familiar formador, cumple el rol de gestora de aprendizaje en este tipo de establecimiento, es docente del Programa de especialización, residente o ha egresado recientemente como médico/a de familia, por lo que su experiencia aporta significativamente al objetivo de este estudio.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

Su participación en esta investigación es totalmente LIBRE Y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, su rol actual no será afectado en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, siendo la perspectiva teórica metodológica a utilizar, la Teoría Fundamentada de Corbin y Strauss.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo este estudio, habiendo ya recibido la autorización del Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y la aprobación de su Comité Ético-Científico, se ha difundido a través de anuncios de la plataforma

6-enero-2023
Cod. 13-2022

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO TITULADO "CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DOCENTES PARA LA TUTORÍA CLÍNICA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DE LOS TUTORES, EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR, DURANTE EL AÑO 2022".

ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibí una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que, al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

Fecha ___/___/_____

_____

Nombre del(la) participante Firma

Yo, la que suscribe, investigadora, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Andrea Alejandra Bustos Guíñez _____

Nombre de Investigador(a) responsable Firma

Dr. Mario Valdivia Peralta. Decano Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción _____

Director centro de investigación o su delegado/Ministro de Fé Firma

Anexo 2
Cuestionario Sociodemográfico para participante

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para contextualizar, necesitamos que nos entregue la siguiente información.

I. Datos Generales: marque con una X o complete según corresponda.

1. Sexo	**O** Hombre **O** Mujer	**2. Edad:** _____ años	**3. Nacionalidad:** _____
3. Indique título y universidad donde cursó pregrado		**4. Indique año en el que egresó de pregrado**	_____
5. Relación con el Programa de especialización en medicina familiar, Universidad de Concepción	**O** Residente **O** Egresado/a **O** Tutor/a clínico/a **O** Gestora de aprendizaje **O** Docente de asignatura	**6. Tiempo que lleva desempeñando el/los roles antes indicados**	**Rol** / **N° años** _____ _____ _____ _____ _____ _____

II. Antecedentes de quienes desempeñan tutoría clínica

1. Mecanismo para la obtención de especialidad en medicina familiar	**O** Estudios Universitarios **O** Certificación CONACEM **O** Reconocimiento Servicio de Salud	**2. Indique años de ejercicio como médico/a de familia**	_____ años

3. Indique la formación realizada para el desempeño de la tutoría clínica	**Nombre Formación/Capacitación**	**Institución que la dicta**	**Año de realización**

4. Número de residentes que ha tenido a su cargo como tutor/a clínico/a desde el año 2015 en adelante	_____ **residentes**

Recuerde que la información que nos ha entregado es anónima, sólo será utilizada por el equipo investigador y en ningún momento se hará un análisis individualizado de ésta.

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 3
Guión de entrevista semiestructurada y grupo focal

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A EGRESADOS/AS

1.- Introducción a la entrevista: bienvenida y encuadre.

2.- Revisión y aclaración de Anexo IV Consentimiento Informado.

3.- Preguntas que guían la entrevista.

- ¿Cuál ha sido su experiencia con docentes que desempeñan tutoría clínica?
- ¿Qué significa para ustedes la tutoría clínica?
- ¿Cuál es el propósito de la tutoría clínica?
- ¿Qué entiende por competencia?
- ¿Cómo sería el tutor clínico ideal?
- ¿Cuáles son las competencias esperadas para el desarrollo de una tutoría clínica ideal en medicina familiar?
- ¿Con qué conocimientos debiera contar el/la docente que desempeña tutoría clínica en medicina familiar?
- ¿Qué habilidades debiera demostrar un/a tutor/a clínico/a ideal?
- ¿Cuáles serían las actitudes que esperaría observar en una tutoría clínica ideal en medicina Familiar?
- ¿Cómo sería la disposición o actitud hacia la enseñanza en un/a tutor/a clínico/a ideal en medicina familiar?
- ¿Cómo esperaría que un/a docente que desempeña la tutoría clínica fortalezca sus conocimientos, habilidades y actitudes?
- Cuando Ud. o un/a compañero/a residente vivió una situación difícil durante la formación en medicina familiar, ¿qué habilidades o actitudes observó o hubiera deseado observar en la tutoría clínica?
- ¿Qué prácticas de la tutoría clínica dan cuenta de la integración de diferentes competencias? ¿En qué entornos se generan estas situaciones de integración?
- ¿Qué factores influyen en un buen desempeño de la tutoría clínica en medicina familiar?
- Si comparamos la tutoría clínica de pregrado y la especialidad en medicina familiar, ¿cuáles serían las diferencias?
- ¿Qué es lo diferenciador entre la tutoría clínica de Medicina Familiar en comparación con otras especialidades? Diferencias y semejanzas.

4.- Se aclaran dudas y revisan acuerdos declarados en consentimiento.

5.- Agradecimientos y cierre de la entrevista.