



Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Escuela de Postgrado  
Programas de Grados Académicos

## **MAGISTER EN EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD**

### **“PERFIL DOCENTE DEL SUPERVISOR CLÍNICO DE MUTUAL DE SEGURIDAD”**

Prof. Dr. Manuel Castillo Niño  
Director de Tesis

Carola Vega Espinoza  
Estudiante Magister

## **Agradecimientos**

Quiero comenzar agradeciendo a todos mis colegas quienes con gran disposición participaron en esta investigación, siendo generosos al momento de compartir sus vivencias, permitiendo de esta manera aprender de ellos y construir este estudio.

Agradezco a las autoridades de Campus Mutual quienes brindaron un gran apoyo y consejos valiosos. También a la jefatura del Instituto de Rehabilitación y Neurología quienes hicieron posible la realización de esta tesis en la institución.

Al profesor Manuel Castillo por su disposición y generosidad al compartir sus conocimientos y por el apoyo constante durante el camino de la construcción de esta tesis.

Finalmente, agradecer a mi familia y esposo por la constante preocupación, ayuda y palabras de aliento.

*Dedico esta tesis a mi esposo, mi familia  
y a mi hijo Tomás*

# Índice

Agradecimientos.....	2
Índice .....	4
Resumen .....	5
Introducción .....	6
Marco Teórico .....	8
Descripción del contexto de estudio.....	12
Marco Conceptual .....	14
Diseño de la Investigación .....	26
Diseño Metodológico .....	27
Aspectos Éticos .....	30
Resultados .....	31
Discusión .....	54
Conclusiones .....	61
Limitaciones .....	64
Recomendaciones.....	65
Proyecciones .....	67
Referencias Bibliográficas .....	68
Listado de tablas .....	72
Anexo .....	73

## Resumen

El presente estudio se centra en el quehacer docente de los supervisores clínicos de Mutual de Seguridad. El objetivo es conocer el perfil docente de estos profesionales en cuanto a sus percepciones con respecto a la docencia, formación en docencia, empleo de metodologías educativas y evaluativas; y las necesidades docentes que pudieran existir en este ámbito.

El estudio tiene un diseño cuantitativo de tipo descriptivo. Se adaptó, validó y aplicó un cuestionario a los profesionales. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS Statistics versión 20 y el programa de análisis cualitativo NVivo versión 11, con el fin de elaborar posteriormente el perfil docente de estos profesionales.

Los resultados demuestran que la mayor parte de los profesionales no ha realizado capacitación docente. Hay un aprecio por el aporte que significaría la formación en docencia, sin embargo los profesionales opinan que la calidad del docente no depende de esto.

Se describen necesidades en relación al desarrollo de habilidades comunicativas, aprendizaje de metodologías didácticas y sistema evaluativos. El factor tiempo y demanda asistencial es un problema para la realización de la docencia clínica.

Se observa un predominio del paradigma academicista que influye en la percepción del rol del docente y el uso de estrategias didácticas en el proceso de enseñanza-aprendizaje con el estudiante.

## Introducción

La docencia en ciencias de la salud es un área que se ha discutido si es una profesión en sí misma, debido a que es impartida por académicos que no son profesores (Castillo, 2010). Y en este sentido es que cobra una especial preocupación, ya que la docencia en salud se compone de competencias específicas relacionadas por la profesión de origen del académico, lo cual presenta el sustento del conocimiento disciplinar y técnico que se requiere enseñar (Castillo, 2010). Este conjunto de saberes debe conectarse con el ámbito pedagógico, el cual frecuentemente ha sido aprendido de forma experiencial por la propia formación y del rol de estudiante en el pasado.

La creciente expansión de la educación superior y de las distintas carreras de la salud han hecho de la docencia un rol cada vez más generalizado entre profesionales sin experiencia docente en el ámbito académico. Aunque no existe una regulación que determine una exigencia en cuanto a los requerimientos para desempeñarse en la docencia, es reconocido que este rol exige competencias y saberes que se verían beneficiados en la práctica y en la formación de los futuros profesionales si se recibiese instrucción (Steinert et al., 2006).

Actualmente, existen múltiples centros asistenciales que funcionan como campos docentes-clínicos y la demanda por insertar a estudiantes es cada vez mayor. El profesional frecuentemente ha debido adaptarse a este nuevo rol y desarrollar una enseñanza basada en experiencias anteriores, de forma intuitiva y en base a ensayo - error.

La docencia llevada a cabo en un contexto clínico presenta características que la diferencian de la docencia realizada en aula. Se debe considerar que esta formación corresponde a un estudiante que está en su última etapa de formación profesional. Por otra parte, el docente clínico o supervisor clínico cumple un rol de modelo (Yazigi, Nasr, Sleilaty, & Nemr, 2006) ya que demuestra y enseña técnicas, habilidades, comportamientos y competencias frente a un paciente en un contexto real. Por último, la docencia realizada en este contexto es constante

durante la jornada laboral y permanente por el periodo de tiempo que se extienda la práctica profesional del estudiante. Sumando todo lo anterior se puede concluir que el nivel de responsabilidad y de exigencia que adquiere este rol es de gran relevancia y posee características específicas que lo diferencia del docente de aula.

En este marco es que surge la problemática que motiva esta investigación. En la cual se busca determinar qué características poseen los supervisores clínicos de Mutual de Seguridad, expresadas en perfiles docentes; qué necesidades surgen que dificulten el desempeño de la docencia; y de qué manera este levantamiento de percepciones se relaciona con su experiencia en formación en docencia.

Se espera que los resultados de esta investigación serán un aporte para buscar soluciones a los problemas encontrados y fundamentar la necesidad de implementar futuros programas de formación docente. Asimismo, se pretende enriquecer el conocimiento actual y contribuir en la generación de nuevos estudios en relación al ámbito del quehacer docente en ciencias de la salud.

# **Marco Teórico**

## **Educación superior y su contexto histórico mundial**

El desarrollo de la educación superior ha seguido una historia de expansión con hitos relevantes que han determinado el sistema actual. Desde el siglo pasado en Europa se ha producido un aumento en la demanda educacional, con la consecuente multiplicación y diversificación de las instituciones de educación superior. Se ha seguido un plan como comunidad con acuerdos que comienzan desde la firma de la Carta Magna Universitaria en Bolonia en 1988 (Rosselot, 2005). En esta instancia se proclama la importancia de la independencia y la autonomía universitaria como base para asegurar que la educación superior y los sistemas de investigación se adapten continuamente a las necesidades de cambio, a las demandas sociales y a los avances en el conocimiento científico. Este acuerdo marca los fundamentos sobre la visión de la educación universitaria en Europa.

Luego de este hito prosigue una serie de instancias como Sorbona, en Mayo de 1998, donde se planteó que los cambios en la educación y en las condiciones laborales obligan a diversificar los programas de las carreras profesionales y a perseverar en la educación y el entrenamiento de por vida. Para el acuerdo de Bolonia en 1999 se especifica como propósito la adopción de un sistema que permitiera la movilidad de los estudiantes por los países de la comunidad europea y la cooperación para asegurar la calidad de la educación. Para esto se creó un plan de aseguramiento y control de calidad a nivel europeo (Rosselot, 2005).

Estos avances logrados en la educación europea han permitido consolidarla como un sistema educativo al cual mirar con interés. Asimismo, se ha invitado a los países sudamericanos a incluirse en este espacio, sin embargo el escenario es diferente. Las nuevas ofertas educacionales van ligadas a las demandas institucionales y los cambios requeridos por el desarrollo económico,



tecnológico y productivo de los países. Se agregan motivaciones de lucro en la creación de las instituciones y la carencia de un marco regulatorio que asegure la calidad de la educación (Lemaitre, 2000).

### **Contexto sociohistórico de la educación superior en Chile**

En las últimas décadas, Chile ha experimentado un llamativo incremento en el nivel educacional de su población. Muta de un sistema educativo elitista a uno universal. El ingreso a la universidad es percibido como ventajoso por razones económicas, laborales y sociales; y ello ha generado una importante presión para expandir la educación superior. Esta expansión ha sido con características avasalladoras y sostenidas en el tiempo, con especial predilección por el área de las carreras de la salud (Medina & Kaempffer, 2007).

La proliferación de instituciones ocurre a partir del Decreto N°2 de 1981 (Cruz-Coke, 2004) donde el gobierno militar de la época fragmentó las universidades estatales en sedes regionales y dictó una completa libertad de enseñanza superior para crear universidades privadas. Antes de esta reestructuración existían sólo 8 universidades en el país, que hoy se denominan *tradicionales*. Dos de ellas eran estatales y las demás privadas con subvención estatal, pues cooperaban con la función educacional del Estado, de acuerdo con el concepto de Estado docente y laico originado en el liberalismo y positivismo del siglo XIX. Más tarde se crearon las universidades derivadas de las estatales y las restantes universidades privadas que existen, llegando a un total de 59 universidades en nuestro sistema educacional (Consejo Nacional de Educación, 2014).

Con un millón de estudiantes, este sistema ha dotado a Chile de una educación superior masiva, cuya tasa de participación en términos comparativos internacionales es de 55%, habiendo por tanto entrado en la fase de universalización. El acceso se ha tornado más variado y, dentro de los consabidos límites, más equitativo que nunca antes en la historia del sistema y

que en la mayoría de los países latinoamericanos (Brunner, 2011 p.8). Desde el año 2005 y hasta la fecha el porcentaje de incremento de las matrículas en universidades es de un 44%, en institutos profesionales es de un 184% y en centros de formación técnica es de un 94% (Consejo Nacional de Educación, 2014).

Si se analiza el auge expresado en el ámbito universitario, el aumento producido en las matrículas del sector privado ha sido exponencial si se compara con las universidades estatales y universidades tradicionales no estatales. Durante el año 2005 el número de matrículas totales en universidades privadas fue de 190.130, mientras que para el año 2014 este número aumentó a 347.280. Las universidades estatales se han mantenido estable, teniendo para el 2005 un total de 165.776 matrículas y para el 2014 un total de 161.424 (Monckeberg, 2013).

Por otra parte, es importante destacar como parte de las consecuencias de este sistema educativo que la fisonomía y composición de la profesión académica ha cambiado, hallándose conformada ahora por un grupo cada vez más extenso y variado de especialistas bajo cuya responsabilidad se forman las futuras generaciones de profesionales, técnicos, científicos e investigadores, de gerentes públicos y privados, de directivos del sistema político y de la sociedad civil (Brunner, 2011 p.8).

### **Contexto actual de la educación superior en Ciencias de la Salud en Chile**

El área de la salud está en las agendas gubernamentales como uno de los ejes de desarrollo de las políticas públicas, y a pesar de los grandes avances científicos y técnicos que se presentan constantemente, los problemas para asegurar la cobertura y la calidad de los sistemas de salud son palpables en los países de economías en crecimiento.

En el caso de las carreras de la salud en Chile este auge se ha sostenido desde el 2005 (Tabla 1) con una tasa de crecimiento superior al 16% cada año

(Sepúlveda, 2012). A partir del año 1998 hubo un número importante de nuevos programas en Medicina. En el período 2000-2007 se iniciaron entre 81% y 89% de las nuevas carreras de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Odontología, 50% de Medicina y 58% de Enfermería (Medina & Kaempffer, 2007). Este fenómeno no sólo se evidencia con la aparición de nuevas facultades y universidades privadas, sino también con el aumento de los programas en las diferentes sedes de una misma universidad, la ampliación de las vacantes de ingreso por carrera y la apertura de estas carreras en universidades tradicionales.

Tabla 1  
*Incremento de matrículas de 2005 a 2015*

<b>Profesión</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>
<b>Enfermería</b>	11.023	40.964
<b>Kinesiología</b>	9.899	23.259
<b>Nutrición</b>	3.380	15.468
<b>Medicina</b>	8.378	13.936
<b>Fonoaudiología</b>	2.582	12.619
<b>Tecnología Médica</b>	3.792	10.645
<b>Terapia Ocupacional</b>	1.186	9.329
<b>Obstetricia y Puericultura</b>	2.631	6.384

Recuperado de Consejo Nacional de Educación, INDICES.

## **Descripción del contexto de estudio**

Este estudio se desarrolló en Mutual de Seguridad, institución privada sin fines de lucro, que otorga cobertura total a los siniestros por accidentes laborales y que desarrolla programas de prevención de riesgos en Chile. Fue creada en 1966 y hoy en día cuenta con un Hospital Clínico en Santiago y más de 80 centros de atención a lo largo del país.

La Docencia Clínica en la institución comienza a desarrollarse desde el año 2006 en el Hospital Clínico de Santiago en convenio con 6 instituciones universitarias. Durante el año 2009 la docencia realizada en la institución se abre a 7 centros de salud metropolitanos y 6 centros regionales. En el año 2010 se crea Campo Clínico, departamento encargado de la organización de los convenios con las instituciones educativas y su vínculo con los docentes de la red Mutual. Esto marca el inicio de una etapa de desarrollo y expansión de los programas formativos de estudiantes realizados en la institución. En este año los convenios con las universidades aumentaron significativamente llegando a ser 12 instituciones universitarias y 2 centros de formación técnico profesional.

En el año 2014 el departamento cambia de nombre y comienza a llamarse Campus Mutual. En la actualidad mantiene 24 convenios con distintas universidades del país y 7 centros de formación técnica. Organiza los programas de formación de estudiantes de 10 carreras universitarias de la salud, 8 programas de Posgrado, 4 Fellowship y 7 carreras técnicas.

Los docentes clínicos de la institución corresponden a los profesionales de la salud que están contratados para ejercer su labor según su profesión. El rol docente viene adosado de forma obligatoria a su contrato y no es requisito tener formación previa ni experiencia en el área docente. Asimismo, los docentes clínicos no están vinculados a ninguna institución de educación superior en términos económicos ni contractuales, siendo el convenio con la institución por medio de Campus Mutual.

Desde una perspectiva más amplia, es importante considerar dos aspectos

relevantes, el primero es referido al contexto nacional en relación al auge de las matrículas en las carreras de la salud. Y segundo, a nivel institucional, es en relación al desconocimiento de las características del docente clínico.

El primer punto mencionado tiene relación con el aumento significativo de estudiantes del área de la salud a nivel nacional, lo que se ha visto reflejado en el incremento de los convenios con la Institución a lo largo de los años. Hoy como consecuencia de esto los centros de práctica clínica y los docentes clínicos son un recurso escaso. Esta realidad no deja exenta a Mutual de Seguridad, donde se ha debido introducir en la práctica docente a los profesionales de la salud según estas demandas contextuales.

Como segundo punto es importante señalar que a nivel institucional esta introducción progresiva del rol docente clínico conlleva el desconocimiento de las características de estos profesionales. Poder conocer las creencias que están a la base de la actividad docente que se realiza en la institución es necesario ya que en ellas se soporta la formación de un número importante de profesionales de la salud. Asimismo, la investigación en este campo puede contribuir a la reflexión de los docentes clínicos hacia su propio desempeño y formación.

# Marco Conceptual

## Rol del Docente

La educación es un proceso de carácter social, cuyos fines han sido determinados en gran parte por los sistemas sociales, políticos, económicos, filosóficos, éticos y religiosos que le han dado origen. Sin embargo, sus objetivos comunes son: la socialización, la búsqueda de la adaptación social del hombre al grupo, a su cultura y a sus instituciones; y la individualización, la promoción del sujeto para su realización, según sus propias aspiraciones. (Henaó-Castaño, Núñez-Rodríguez, & Quimbayo-Díaz, 2010).

La educación reúne un fin profundamente ético que trasciende a las motivaciones personales del que educa, involucrándose en una causa educacional que comprende el apoyo del desarrollo de otros y que impacta de un modo social (Castillo, 2010).

Hacia la década del 70 Freire (1970) cuestiona la educación clásica que rigidiza el rol del educador como la fuente de conocimiento y al educando como el receptor de este conocimiento. Negando de esta forma la educación como un proceso conjunto de estos actores y la posibilidad de generar procesos de búsqueda del conocimiento. Así Freire plantea que la educación es realizada en conjunto y en relación con el mundo. El educador es quien viene a organizar y guiar los conocimientos obtenidos por el estudiante.

Actualmente, la tendencia de los procesos educativos es cambiar la concepción de la enseñanza y aprendizaje, de un paradigma centrado en el profesor a uno centrado en el estudiante, de la transmisión de conocimientos a la construcción de éste, valorando la importancia no sólo de los resultados de aprendizajes, sino de los procesos inherentes para su construcción; donde no está instaurada una relación unidireccional en cuanto a la transmisión de conocimiento, sino que existe un proceso de interrelación entre el educador y el educando sobre la base de las experiencias desarrolladas (Cabalín Silva & Navarro Hernández, 2008).

Cuando se habla de calidad en docencia no se distingue a aquellos profesores que son eruditos en la materia, que se mantienen intelectualmente activos y actualizados o que razonan de forma original. Más importante aún, las características que destacan a un gran profesor son la capacidad de utilizar estrategias que permitan la comprensión y el desarrollo de capacidades, habilidad para simplificar y clarificar conceptos complejos, son motivadores y reflexivos en cuanto a su forma de razonar y evalúan constantemente su calidad (Bain, 2007). Para Schön (1998), el profesor debe tener la habilidad de proporcionar nuevos métodos para explicar y que se ajusten a las necesidades de cada estudiante, entendiendo que las dificultades de comprensión de un estudiante son únicas y que el docente debe desarrollar la habilidad de descubrir un repertorio para dar solución a este problema. La mejor enseñanza es una creación intelectual de entornos de aprendizajes, se adapta a nuevas situaciones y a los distintos tipos de estudiantes. Por último, se debe entender que no existe una única “mejor manera” de enseñar (Bain, 2007).

### **Docente Universitario en Ciencias de la Salud**

El objetivo de la educación en ciencias de la salud es que el docente prepare al estudiante para ser un profesional y sepa actuar en la práctica; prepararlo para regular y monitorizar su propia experiencia, promoviendo el aprendizaje futuro (Moral, 2009). De esta forma, el docente cumple un papel formativo que alcanza una gran capacidad de impacto y de responsabilidad en la formación de futuros profesionales (Zabalza, 2003).

El docente universitario que se desempeña en el área de la salud difiere de aquel relacionado con otras áreas del saber ajenas a ésta, como la historia, arte o las ingenierías, debido a que en este ámbito se debe favorecer el aprendizaje y desarrollo de competencias relacionadas con el manejo de la salud de personas.

Se ha planteado que las distintas disciplinas de la salud requieren diferentes formas didácticas en su enseñanza (Henaó-Castaño et al., 2010). Esto debido a que comprenden diferentes habilidades en el desempeño de sus técnicas específicas y competencias para el desempeño de su profesión, las cuales vienen a exigir especificidad, dominio y conocimiento por parte del docente. Si bien cada disciplina posee una especificidad el profesor no se limita solamente a este ámbito del conocimiento, también se relaciona con aspectos pedagógicos relevantes para la formación. Como plantea Cabalín “el profesor no es sólo un experto conocedor de una disciplina sino un especialista en el diseño, desarrollo, análisis y evaluación de su propia práctica educativa” (Cabalín Silva & Navarro Hernández, 2008, p. 888).

En conclusión, el docente del área de la salud engloba dos ámbitos del saber: el conocimiento disciplinar y el conocimiento pedagógico. Su objetivo es guiar al estudiante en la construcción del “saber” sobre aspectos disciplinares, éticos, técnicos; y “el hacer” frente a una persona con una problemática de salud, confluyendo los propios conocimientos pedagógicos y recursos didácticos para su logro. Según Henaó-Castaño et al. (2010) el docente de la salud tiene una formación ética que debe mantener y asimismo debe ser responsable y comprometido con el quehacer pedagógico que desempeña. En este sentido, el docente mantiene una responsabilidad vinculada al ejercicio profesional desempeñado en contacto con pacientes, entrenado para dar solución a las problemáticas de salud de la población. Y por otra parte, mantiene un compromiso con la enseñanza de un estudiante en formación profesional, que tendrá a su cargo a su vez la salud de la población y el desarrollo de la profesión.



## **Supervisor Clínico**

La mayor parte de las definiciones de supervisión clínica hacen énfasis en la promoción del desarrollo profesional; el cuidado y mantención de la seguridad del paciente. Sin embargo, las características propias de la supervisión clínica están marcadas según el contexto en el que se produce.

La supervisión clínica además de permitir el desarrollo profesional y cuidar la salud del paciente también posee tres funciones (Kilminster & Jolly, 2000): educativa, de apoyo y administrativa. Educativa en relación al desempeño profesional del estudiante en práctica; de apoyo en aspectos de desarrollo personal; y administrativo en relación a normativas del desempeño laboral como tal.

Existen múltiples definiciones para describir al supervisor clínico. Martin (2014) describe que es un proceso formal de apoyo profesional y de aprendizaje que permite al estudiante en práctica desarrollar conocimiento y competencias. Por otra parte, Falender y Shafranske introducen una definición de supervisión clínica basada en un modelo por competencias. Ellos describen que “supervisión clínica es una mirada que identifica de forma explícita el conocimiento, habilidades y valores que estructuran una competencia clínica, desarrolla estrategias de aprendizaje y procedimientos evaluativos para alcanzar criterios esperados en concordancia con la práctica basada en la evidencia y los requerimientos específicos del centro clínico” (Falender & Shafranske, 2014, p. 2). Esta definición provee de una estructura para establecer metas y el logro de objetivos de supervisión.

La descripción realizada por Willis define el rol del supervisor clínico como “un monitor que debe proteger la seguridad del cliente, supervisar las actividades clínicas de un estudiante, asegurarse de que éste comprenda los estándares éticos y legales, proveer de evaluaciones del progreso de su desempeño, entregar feedback oportuno y promover el desarrollo de la profesión” (Willis, 2010, p. 4).

La supervisión clínica cumple un rol fundamental en la formación profesional y se realiza en la etapa final de la carrera. Ésta idealmente debe ir acorde al modelo curricular que la institución educativa ha desarrollado. Si es basado en un modelo por competencias, la metodología de supervisión adoptaría características concordantes tanto en su didáctica como en el proceso evaluativo (Falender & Shafranske, 2014).

Existe evidencia que demuestra que independientemente de la profesión de la salud y el campo de conocimiento disciplinar el desempeño en supervisión clínica es similar de forma transversal en cuanto a objetivos, procesos y métodos de evaluación (Martin, 2014). Lo que podría demostrar que la dimensión pedagógica que compone el rol del docente en contexto de práctica clínica sería constituida por habilidades pedagógicas similares interprofesionalmente.

Según Crosby (2000) el supervisor clínico requiere de habilidades que difieren del académico de aula. En primer lugar, el supervisor clínico debe tener la competencia de enseñar en diferentes contextos y frente a un paciente. En este sentido estas habilidades incluyen la capacidad de enseñar técnicas, encaminar hacia la toma de decisiones y resolución de problemas variados y contextualizados. Además, según Hesketh et al. (2001) y Moral (2009) el supervisor clínico toma un rol de modelo en su actuar y en su actitud, por lo que debe ser consciente de esto en todo momento. De esta forma, el rol del supervisor clínico requiere de competencias específicas y posee características propias, que lo diferencian del docente de aula.

### **Perfil Docente Clínico**

Se espera que el supervisor clínico posea habilidades interpersonales, habilidades para enseñar, ser clínicamente competente y ser experto en su área. De lo anterior se ha planteado que el supervisor clínico debe poseer las siguientes habilidades y características (Kilminster, Cottrell, Grant, & Jolly, 2007; Kilminster & Jolly, 2000):

- Proveer de apoyo durante la supervisión, esto incluye guía directa en relación al trabajo; capacidad para relacionar lo teórico con lo práctico; promover la resolución de problemas y ser un modelo en su rol.
- Evitar comportamientos de supervisión que son inefectivos, esto es rigidez; baja empatía; falta de apoyo; falla en seguir las preocupaciones del estudiante; no enseñar; enfatizar en la evaluación y aspectos negativos.
- Habilidades interpersonales que involucren el trato con pacientes; asertividad y negociación; consejería; empatía; calidez; autoconocimiento; ofrecer apoyo; escucha activa y ser positivo.
- Competencias clínicas que incluyen ser buen profesional asistencial, mantenerse actualizado en conocimientos teóricos y poseer conocimiento práctico-clínico.
- Feedback efectivo, el cual sea constructivo y oportuno.

Otro autor agrega la importancia de promover la práctica reflexiva, lo cual involucra la reflexión sobre las experiencias e ideas de los eventos experimentados (Martin, 2014).

Según Crosby (2000) el supervisor clínico además de cumplir con las características antes mencionadas también desempeña roles. Estos son en relación al docente en su sentido más amplio, sin embargo pueden ser aplicables al trabajo que desempeña el supervisor clínico. Los roles son descritos como:

- Proveedor de información, se incluye el ambiente clínico-práctico.
- Rol de modelo, en el desempeño del trabajo como profesional y docente.
- Facilitador, del aprendizaje y de consejos en el desarrollo personal y profesional.
- Examinador, como evaluador del proceso.
- Planificador, al organizar y desarrollar actividades e instancias de aprendizaje en la práctica clínica.
- Proveedor de recursos, materiales que faciliten y complementen el aprendizaje.

Además, existen razones según Kilminster et al. (2007), por las que una supervisión clínica puede resultar de forma negativa. Entre estas razones están: la falta de planificación de la práctica clínica; supervisores con pobres habilidades como docentes; tensión entre el servicio entregado y las necesidades de la supervisión práctica; capacidad del estudiante de aprender de la experiencia y evitar errores; y la autoconfianza desarrollada por el estudiante que le permite enfrentar dificultades.

### **Competencias del Docente Clínico**

El docente clínico para su desempeño desarrolla conocimiento, habilidades y destrezas destinadas a dar respuesta a las demandas de la enseñanza, este conjunto de características son las competencias. El concepto de competencia es definido por Zabalza (2003) como “un conjunto de conocimientos, saber hacer, habilidades y aptitudes que permiten a los profesionales desempeñar y desarrollar roles de trabajo en los niveles requeridos para el empleo” (Zabalza, 2003, p.71). El mismo autor hace referencia a las competencias que caracterizan la labor docente, de las cuales se presentan algunas:

- Seleccionar y preparar los contenidos disciplinares: el docente debe seleccionar, secuenciar y estructurar didácticamente los contenidos de su disciplina. Esto quiere decir primero, escoger los contenidos más importantes, acomodarlos según las necesidades formativas del estudiante, el tiempo y los recursos disponibles; y por último organizarlos para que sean accesibles al estudiante y permita el aprendizaje. “La forma en que ordenemos nuestros temas y las conexiones que establezcamos con nuestro programa e, incluso, con temas de otras disciplinas así como son situaciones o problemas de la vida real, servirán de orientación y modelo a la forma en que los estudiantes construyan su aprendizaje” (Zabalza, 2003, p.79).

- Ofrecer informaciones y explicaciones comprensibles y bien organizadas (competencia comunicativa): “Es la competencia profesional que tiene que ver con la capacidad para gestionar didácticamente la información y/o destrezas que pretende transmitir a sus estudiantes” (Zabalza, 2003, p.82). Es de gran relevancia que el docente sea capaz de mantener una apropiada organización interna del mensaje y que la información sea integrada con el tema tratado.
- Manejo de las nuevas tecnologías: la incorporación de nuevas tecnologías debiera constituir una posibilidad para transformar la docencia universitaria, haciendo posible nuevas modalidades de enseñanza-aprendizaje. El rol del docente se transforma y se centra más en ayudar y orientar al estudiante en la amplia inmensidad de información disponible, enseñándole a buscar y aportando criterios para seleccionar la información adecuada. Por otra parte, la incorporación de nuevas herramientas de aprendizaje tecnológicas, como simuladores, pueden favorecer la adquisición de nuevas competencias por parte de los estudiantes.
- Diseñar la metodología y organizar las actividades: las actividades que se realizan sirven de recurso para aprendizajes superiores. Las tareas operativizan los planteamientos teóricos y más generales de lo que se está enseñando. Zabalza plantea 3 criterios para ser aplicados al momento de llevar a cabo una tarea:
  - 1) Criterio de validez: es la actividad es congruente con los objetivos formativos.
  - 2) Criterio de significación: si la actividad resulta relevante.
  - 3) Criterio de funcionalidad: si es posible de realizar en cuanto a situación y según las condiciones.
- Comunicarse-relacionarse con los alumnos: toda comunicación conlleva una orientación a la influencia. El docente pretende actuar sobre el estudiante con el propósito de provocar cambios de conocimientos y de conductas. Así la comunicación didáctica tiene un sentido formativo, es intencionalmente desarrollada para que los sujetos se formen.

- Tutorizar: en este sentido el profesor cumple con el rol de guía en el desarrollo personal y de la formación del estudiante. Es la persona experimentada que defiende al estudiante de la novedad e incertidumbre en el inicio del proceso profesional. Es quien orienta debido a su competencia técnica. Y es la persona que ayudará al estudiante a sobrellevar las presiones y conflictos que su propia inexperiencia le podría conducir.
- Evaluar: la evaluación es un proceso sistemático de conocimiento que implica tres fases:
  - 1) Recogida de la información: acumular información por procedimientos realizados (estandarizados o libres) con el fin de disponer de datos representativos de la realidad a evaluar.
  - 2) Valoración de la información recogida: aplicación de criterios o procedimientos según el marco de referencia establecido, y comparar con la información obtenida.
  - 3) Toma de decisión: como resultado de la valoración realizada se tomará las decisiones oportunas.

En definitiva, estamos en condiciones de evaluar cuando se establece una comparación entre la información que disponemos (a través de observaciones, pruebas, seminarios, etc.) y el marco de referencia que rige nuestra acción.

La evaluación puede reflejar el estilo de enseñanza del docente y el marco de referencia en el cual se basa. Por tanto, una evaluación puede ser de tipo rigurosa cuando tiende a centrarse en el logro de los objetivos planteados en la planificación y se enfatiza en la relación jerárquica docente-alumno. Se asocia al modelo Proceso-Producto donde se mide solo el rendimiento, evidenciando una falta de participación en el proceso de construcción de significados. Y por otra parte, puede ser de tipo conciliadora y comunicativa, donde se considera la participación del estudiante como crucial para favorecer el aprendizaje. Esto se encuentra bajo los fundamentos teóricos

de Vigotsky que enfatiza la importancia de la comunicación y el rol del docente en guiar el desarrollo del estudiante (Cabrera, 2003).

- Reflexionar e investigar sobre la enseñanza: es la importancia de analizar documentadamente el proceso de enseñanza-aprendizaje desarrollado. Y someter a análisis, por medio de la investigación, los distintos factores que afectan la didáctica docente.

### **Formación en Docencia en Ciencias de la Salud**

El desarrollo de programas de formación en docencia han adquirido importancia dentro de la educación médica. Anteriormente era asumido que se requería de competencias básicas o que los profesionales clínicos podrían ejercer de manera natural una docencia efectiva, sin embargo hoy en día es aceptado que la formación en docencia es esencial. Debido al incremento en la complejidad de los servicios de salud y las nuevas metodologías de enseñanza y aprendizaje desarrolladas es que los docentes requieren de una instrucción en estrategias educativas para ser utilizadas en diferentes contextos (Steinert et al., 2006).

En la formación de los profesionales en el área de la salud se requiere un docente que reivindique la enseñanza como una profesión, que además del conocimiento de la materia tenga conocimientos pedagógicos específicos para el nivel en el que se desempeña. Sí es indispensable un conocimiento de la disciplina, pero este por sí solo no genera ideas de cómo presentar un contenido particular a alumnos específicos, por lo que se requiere un conocimiento didáctico del contenido, propio del buen hacer docente (Henao-Castaño et al., 2010).

Se ha desarrollado evidencia sobre el impacto que genera en los docentes el recibir instrucción en materias de educación. El estudio realizado por Herskovic et al. (2012) demuestra que en una muestra de 41 tutores clínicos que recibieron un curso de formación en docencia, hubo un impacto favorable en la realización

de cambios en los programas y en el desempeño en áreas que respectan a metodología y evaluación de los estudiantes. Asimismo, el estudio de Knight (2007) tenía por objetivo evaluar el impacto que tiene la realización de un programa de formación en docencia a largo plazo. Teniendo como resultado que el 82% de la muestra manifiesta haber tenido un impacto que variaba de moderado a alto en su desempeño profesional. Los participantes del estudio se describían como centrados en el estudiante, promotores de ambientes educativos y generadores de feedback efectivo.

Por otra parte, Feixas (2004) introduce el concepto de transferencia de la formación docente definiéndolo como “la aplicación efectiva y continuada en el lugar de trabajo de un conjunto de habilidades, conocimientos y concepciones aprendidas en un contexto de desarrollo docente” (Feixas, 2004, p.221). La autora hace referencia a que la transferencia de la formación docente está mediada por factores que intervienen en los resultados de la aplicación de lo aprendido por el docente. Estos factores son: (Feixas, Fernández, Lagos, Quesada, & Sabaté, 2013):

- Factores relacionados con el diseño de la formación: esto es si la formación está diseñada para transferir, el rol del formador, las estrategias de enseñanza-aprendizaje y evaluación que utiliza, los recursos empleados, etc.
- Factores individuales: hacen referencia a la autoeficacia o capacidad, motivación y empatía del profesor para transferir.
- Factores relacionados con el contexto de trabajo: incluyen el apoyo del director o coordinador docente, sea de titulación o de departamento, el apoyo de los iguales, la cultura docente del equipo de trabajo del profesor, las resistencias al cambio y las oportunidades del entorno en términos de recursos y estructura organizativa.

El estudio realizado por Blume, Ford, Baldwin, and Huang (2010) concluye que la transferencia de la formación está influenciada por una variedad de factores predictores tales como, habilidades cognitivas, objetivos de aprendizaje, el clima laboral de apoyo y la motivación por la formación en docencia. De estos



factores, los últimos dos mencionados tendrían mayor impacto en favorecer la transferencia de la formación.

### **Contexto Campos Clínicos**

El contexto en el cual se desarrolla la práctica clínica varía según la disciplina y según el área de sub-especialización de la profesión. El campo clínico constituye el ambiente educativo en el cual se genera la práctica profesional. El ambiente clínico es descrito como el clima educativo, constituido por aquellas condiciones, fuerzas y factores internos o externos a un proceso educativo capaces de influir en él (Moral, 2009, p. 33).

El aprendizaje en el ambiente clínico presenta fortalezas que los diferencian del aprendizaje desarrollado en otros contextos. Esto es que está focalizado en problemas reales en un ambiente de práctica profesional; los estudiantes pueden participar de forma activa y estarían motivados; el razonamiento clínico, el comportamiento y las actitudes son modeladas por el supervisor; y es el único ambiente en el cual el razonamiento clínico, toma de decisiones, examen físico, anamnesis, empatía y profesionalismo pueden ser enseñados y aprendidos de forma integral (Cantillon & Wood, 2011).

La formación en contexto clínico permite un aprendizaje experiencial. Este tipo de aprendizaje es fundamental para el desarrollo de las competencias que se espera que adquieran los estudiantes. Del mismo modo, el desempeño en un contexto real permite la posibilidad de evaluar habilidades y comportamientos de forma directa.

# **Diseño de la Investigación**

## **Pregunta de Investigación**

Considerando que los docentes clínicos de Mutual de Seguridad son profesionales de la salud que están contratados para ejercer su labor según su profesión y que el rol docente está adosado a su contrato, por lo que no es requisito tener formación previa ni experiencia en el área docente, se hace imprescindible conocer ¿Cómo es el perfil docente de los supervisores clínicos de las carreras de la salud presentes en la red de Mutual de Seguridad?

## **Propósito de la tesis**

El propósito de este estudio es contribuir en la mejora de la docencia clínica en Mutual de Seguridad.

## **Objetivo General**

Describir el perfil docente de los supervisores clínicos y de sus necesidades para la función de tutor clínico en Mutual de Seguridad.

## **Objetivos Específicos**

- Determinar la percepción de los supervisores clínicos en relación al rol de tutor clínico y su formación en docencia
- Determinar la percepción de los supervisores clínicos sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje desarrollado en la práctica clínica
- Determinar la percepción de los supervisores clínicos en relación a su rol evaluador y el uso de instrumentos evaluativos
- Determinar las necesidades relacionadas con la docencia generadas en el desempeño de la supervisión clínica

# **Diseño Metodológico**

## **Tipo de diseño**

El planteamiento de este estudio, que busca construir una caracterización de perfiles docentes a partir del análisis de las percepciones de los supervisores clínicos en docencia, sugiere que la metodología a utilizar sea de tipo cuantitativa siendo un estudio de tipo descriptivo. Por medio de esta metodología se busca especificar las propiedades importantes de la muestra, medir de forma independiente y describir lo que se investiga (Hernández Sampieri, 2010).

Se utilizará la metodología cualitativa por medio del uso de preguntas abiertas las cuales buscarán profundizar en la opinión de los supervisores clínicos con respecto a la docencia.

## **Muestra de investigación**

La docencia clínica está presente en la red de Mutual de Seguridad en todos sus centros de salud distribuidos a nivel nacional y en el Hospital Clínico de Santiago. Se imparte docencia en las siguientes carreras de la salud: Medicina, Enfermería, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Tecnología Médica, Psicología y Química y Farmacia.

El universo se compone de 140 supervisores clínicos de las distintas carreras de la salud que se desempeñan en la red de Mutual de Seguridad. De este grupo es necesario precisar que se excluyó aquellos profesionales que imparten docencia en programas inferiores a 2 semanas y a los profesionales de Enfermería, esto último es por petición de la institución.

## **Instrumento para recolección de datos y proceso de validación**

Como base se utilizó el cuestionario “Perfil Docente de los académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile” (Castillo, 2003). Con

autorización del autor se realizaron adaptaciones, las cuales consistieron en modificar la primera sección sobre información general según las características del encuestado. Y se reorientaron las dos secciones siguientes y sus afirmaciones según los objetivos del estudio. Finalmente, se agregó un apartado y preguntas abiertas al final de cada sección. De este modo el cuestionario está compuesto por una sección de Información General y 3 dimensiones: Dimensión Rol de Tutor Clínico (TC), Dimensión Proceso Enseñanza - Aprendizaje (PEA) y Dimensión Rol Evaluador (RE).

El nuevo cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido. La validación de contenido de un instrumento expresa cómo los ítems que lo componen representan el objetivo o contiene el dominio que se busca medir (Hyrkäs, 2003). Con el fin de asegurar que el instrumento evalúa los dominios que componen el área a estudiar se construyó una matriz de validación de contenido (Streiner, 2013). De esta forma, se alinea los ítems que conforman el cuestionario con las dimensiones del estudio para asegurar la representatividad de los objetivos propuestos.

Según Streiner (2014) el desarrollo del proceso de validación de contenido es realizado por medio del juicio de expertos. La revisión del contenido de un instrumento a través de expertos puede mejorar sustancialmente la calidad y representatividad de los ítems de la escala (Artino, 2014). Juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar, 2008. p29). Según Rubio (2003) (citado por Artino, 2014) recomienda que la conformación de este grupo sea entre 6-10 expertos. En este caso se recurrió a la opinión de 7 expertos en el área de la educación en ciencias de la salud.

Al momento de escoger los expertos se consideraron los criterios de selección propuestos por Escobar (2008): (a) Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras), (b)

reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y motivación para participar, e (d) imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad. Entre los expertos que participaron fueron dos académicos del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile, tres terapeutas ocupacionales y académicos de las universidades San Sebastián y Universidad Central, una kinesióloga académica de Campus Mutual y la enfermera jefa de Campus Mutual. Todos se dedican actualmente al ámbito de la educación en ciencias de la salud.

Posteriormente a lo anterior se llevó a cabo una validación del proceso de respuesta, el cual evalúa cómo los potenciales respondientes interpretan los ítems y si esto coincide con lo que el instrumento pretende evaluar (Artino, 2014). Según Artino (2014) se recomienda la aplicación del instrumento a una muestra entre 20 y 30 participantes. De esta forma, se aplicó a 30 estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La selección de esta población fue en base a que se presume que si estudiantes comprenden el instrumento y éste es interpretado de forma correcta, entonces profesionales podrían tener un desempeño similar.

El proceso de aplicación del instrumento fue efectuado por medio de la plataforma SurveyMonkey. La cual recepciona las respuestas y organiza los resultados permitiendo el análisis.

### **Análisis de datos obtenidos**

Los datos obtenidos fueron utilizados en la construcción del perfil del docente clínico de Mutual de Seguridad. Se analizó cuantitativamente las percepciones en relación a las afirmaciones de las dimensiones del cuestionario por medio del programa de análisis estadístico SPSS versión 20.

Para el análisis de las respuestas abiertas se definió un sistema de categorías de forma deductiva y previo al análisis, éstas resultaron ser: Necesidades en Rol Tutor Clínico (NTC), Necesidades en Proceso Enseñanza

Aprendizaje (NPEA), Necesidades en Rol Evaluador (NE). También se realizó un conteo de la palabra expresada con mayor frecuencia entre las respuestas. Para la codificación de la información en el sistema de categorías y conteo de palabras se utilizó el programa de análisis cualitativo NVivo versión 11.

## **Aspectos Éticos**

Por medio de un consentimiento informado (Anexo 1) se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio. Se precisó que la participación era voluntaria pudiendo declinar en el momento que el participante deseara. La información obtenida es anónima y utilizada según los objetivos indicados en el estudio.

El presente estudio no tiene conflictos de interés y es aprobado por el Comité de Ética de Mutual de Seguridad (Anexo 2).

## Resultados

El cuestionario fue enviado a 140 personas, de las cuales hubo 75 respuestas en total. De este total, 62 corresponden a encuestas contestadas de forma completa.

### 1. Información General

A continuación se muestra las características de la población en estudio en cuanto a sexo, edad, profesión y tipo de jornada laboral.

Tabla 2  
*Resultados distribución por sexo*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	50,7%
Masculino	36	48%
Sin respuesta	1	1,3%
Total	75	100%

Tabla 3  
*Resultados distribución por edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
24 - 29 años	14	18,7%
30 - 39 años	34	45,3%
40 - 49 años	15	20%
50 - 59 años	8	10,7%
60 - 64 años	2	2,7%
65 años o más	1	1,3%
Sin respuesta	1	1,3%
Total	75	100%

Tabla 4  
*Resultados distribución por profesión*

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Sin Respuesta	3	4%
Fonoaudiólogo (a)	2	2,6%
Kinesiólogo (a)	29	38,6%
Médico	11	14,6%
Otro	10	13,3%
Tecnólogo Médico	8	10,6%
Terapeuta Ocupacional	10	13,3%
Trabajador Social	2	2,6%
Total	75	100%

Tabla 5  
*Resultados distribución según tipo de jornada laboral*

Jornada Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Sin Respuesta	3	4%
44 horas o más	40	53%
Entre 23 y 43 horas	23	31%
Menor o igual a 22 horas	9	12%
Total	75	100%



## Comentarios

Los resultados obtenidos corresponden al 54% del total de la muestra. A modo general es posible destacar que existe una distribución equitativa entre los participantes de sexo femenino y masculino. En cuanto a la distribución etaria, ésta se concentra en las edades comprendidas entre los 30 y 39 años (45,3%), siendo el 64% del total del grupo menor a los 40 años.

Considerando la totalidad de la muestra la profesión con mayor concentración de respuestas son los kinesiólogos (38,6%), seguido por los médicos (14,6%) y los terapeutas ocupacionales (13,3%). Entre los encuestados que marcaron la alternativa Otros, las profesiones especificadas fueron: 3 técnicos paramédicos, 5 químico farmacéuticos y 2 psicólogos.

En cuanto al tipo de jornada laboral que desempeñan los encuestados los resultados arrojan que el 53% tiene jornada superior a 44 hrs. En conclusión, el 84% trabaja en la institución en una jornada que supera las 23 horas diarias.

## 2. Formación Docente

En este apartado se presentarán los resultados en relación a la formación docente realizada por los profesionales en el total de la muestra, según profesión, sexo y edad.

Tabla 6  
*Resultados distribución de formación docente*

<b>Nivel de Formación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Curso</b>	12	16%
<b>Diplomado</b>	7	9%
<b>Magister</b>	3	4%
<b>Doctorado</b>	0	0%
<b>Ninguno</b>	53	71%
<b>Total</b>	75	100%

Tabla 7  
Resultados distribución de formación en docencia según sexo

Sexo		Nivel de Formación					Total
		Curso	Diplomado	Magister	Doctorado	Ninguno	
Femenino	N	7	3	1	0	27	38
	%	18%	8%	3%	0%	71%	100%
Masculino	N	4	4	2	0	26	36
	%	11%	11%	6%	0%	72%	100%

Tabla 8  
Resultados distribución de formación en docencia según profesión

Profesión		Nivel de Formación					Total
		Curso	Diplomado	Magister	Doctorado	Ninguno	
Fonoaudiólogo	N	0	1	1	0	0	2
	%	0%	50%	50%	0%	0%	100%
Kinesiólogo	N	8	3	0	0	18	29
	%	28%	10%	0%	0%	62%	100%
Médico	N	1	0	0	0	10	11
	%	9%	0%	0%	0%	91%	100%
Otro	N	2	0	0	0	8	10
	%	20%	0%	0%	0%	80%	100%
Tecnólogo Médico	N	0	0	1	0	7	8
	%	0%	0%	12,5%	0%	87,5%	100%
Terapeuta Ocupacional	N	2	2	1	0	5	10
	%	20%	20%	10%	0%	50%	100%
Trabajador Social	N	0	0	0	0	2	2
	%	0%	0%	0%	0%	100%	100%

Tabla 9  
*Resultados distribución de formación en docencia según edad*

Edad	Nivel de Formación						Total
		Curso	Diplomado	Magister	Doctorado	Ninguno	
24 - 29 años	N	3	0	1	0	10	14
	%	21,4%	0%	7,1%	0%	71,5%	100%
30 - 39 años	N	6	2	1	0	25	34
	%	18%	6%	3%	0%	73%	100%
40 - 49 años	N	1	1	1	0	12	15
	%	6,6%	6,6%	6,6%	0%	80%	100%
50 - 59 años	N	1	3	0	0	4	8
	%	12,5%	37,5%	0%	0%	50%	100%
60 - 64 años	N	1	0	0	0	1	2
	%	50%	0%	0%	0%	50%	100%
65 años o más	N	0	0	0	0	1	1
	%	0%	0%	0%	0%	100%	100%

### **Comentarios**

Se destaca el hecho de que la mayoría (71%) de los encuestados no ha realizado ningún programa de formación en docencia. Entre aquellos que sí han participado (29%) el mayor porcentaje es en relación a cursos y diplomados. Ningún participante ha desarrollado un doctorado en el área.

Según la distribución por profesión, los kinesiólogos concentran el grupo con mayor formación docente recibida, seguido por los terapeutas ocupacionales. Sin embargo, para todas las profesiones el mayor porcentaje se concentra entre aquellos que no han participado de algún programa formativo en docencia.

La distribución por sexo es similar. En cuanto a la distribución por edad, es posible destacar que en todos los grupos etarios, exceptuando 65 o más, hay profesionales con formación en el área. Se destaca el rango comprendido entre los 50 y 59 años donde el 50% ha sido parte de una capacitación.

### 3. Resultados por Dimensión

En esta sección se analizarán los resultados según dimensiones, las cuales comprenden: Dimensión Rol de Tutor Clínico (TC), Dimensión Rol en Proceso Enseñanza - Aprendizaje (PEA), Dimensión Rol Evaluador (RE) y Dimensión Necesidades en Docencia (NEC).

#### 3.1 Dimensión: Rol de Tutor Clínico

Tabla 10  
*Resultados generales de Dimensión de Rol de Tutor Clínico*

		Desacuerdo	N	De Acuerdo	N	Total	N Total
TC1	La característica más importante de un docente son sus competencias clínicas.	23%	15	77%	51	100%	66
TC2	La característica más importante de un docente es su conocimiento teórico.	27%	18	73%	48	100%	66
TC3	El estudiante necesita que el supervisor clínico lo dirija en su desempeño en la práctica clínica.	11%	7	89%	58	100%	65
TC4	Lo ideal es que la docencia no se contamine con factores subjetivos que afecten la objetividad del proceso educativo.	14%	9	86%	57	100%	66
TC5	El aprendizaje de los estudiantes es responsabilidad del supervisor clínico.	68%	45	32%	21	100%	66
TC6	Las habilidades comunicativas son una habilidad necesaria para ser buen docente.	0%	0	100%	66	100%	66
TC7	Para el desempeño de la docencia clínica es necesario tener formación en docencia.	37%	24	63%	51	100%	65
TC8	La calidad de un docente depende de los cursos de formación docente realizados.	68%	45	32%	21	100%	66
TC9	Realizar un curso o capacitación en docencia favorece el desempeño como supervisor clínico.	2%	1	98%	63	100%	64

TC10	Para realizar una retroalimentación al estudiante, el docente necesita idealmente capacitación para su aplicación	35%	23	65%	43	100%	66
TC11	Me he visto enfrentado(a) a dificultades en docencia que requieren de conocimientos pedagógicos.	30%	20	70%	46	100%	66

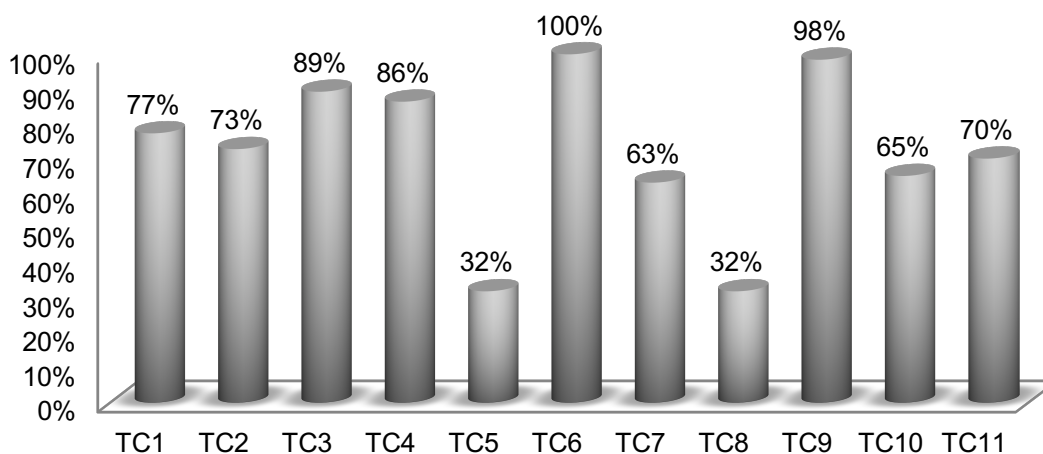


Figura 1. Resultados generales de variable de acuerdo en Dimensión de Rol de Tutor Clínico

## Comentarios

Los resultados generales en relación a la Dimensión de Rol de Tutor Clínico muestran que existe un acuerdo generalizado con las afirmaciones. Solo hubo dos afirmaciones en las que la mayoría estuvo en desacuerdo y éstas fueron TC5 y TC8, las cuales hacen referencia a que el aprendizaje del estudiante es responsabilidad del TC; y la calidad del docente depende de la capacitación realizada en docencia.

La afirmación *Las habilidades comunicativas son una habilidad necesaria para ser buen docente* obtuvo un 100% de aceptación y la afirmación *Realizar un curso o capacitación en docencia favorece el desempeño como supervisor*

*clínico* obtuvo un 98% de acuerdo, de esta forma estos son los ítems con mayor acuerdo de la muestra en forma general.

Tabla 11  
*Resultados de la Dimensión Rol de Tutor Clínico según profesión*

Profesión		TC 1	TC 2	TC 3	TC 4	TC 5	TC 6	TC 7	TC 8	TC 9	TC 10	TC 11	TOTAL
Fonoaud.	N	1	1	1	2	0	2	0	0	2	1	1	2
	%	50%	50%	50%	100%	0%	100%	0%	0%	100%	50%	50%	100%
Kinesiólogo	N	22	26	26	27	11	29	22	8	27	19	23	29
	%	76%	90%	90%	93%	38%	100%	76%	28%	93%	66%	79%	100%
Médico	N	5	9	9	9	3	11	4	2	10	9	8	11
	%	45%	82%	82%	82%	27%	100%	36%	18%	91%	82%	73%	100%
Otro	N	6	6	6	4	3	7	4	3	7	6	4	10
	%	60%	60%	60%	40%	30%	70%	40%	30%	70%	60%	40%	100%
T. Médico	N	3	4	4	5	2	5	2	2	5	3	3	8
	%	38%	50%	50%	63%	25%	63%	25%	25%	63%	38%	38%	100%
T.Ocup	N	9	10	10	9	0	10	8	5	10	4	6	10
	%	90%	100%	100%	90%	0%	100%	80%	50%	100%	40%	60%	100%
Tr. Social	N	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2
	%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	50%	50%	100%	50%	50%	100%

## Comentarios

Los resultados demuestran que los profesionales mantienen un alto nivel de acuerdo con respecto a la importancia de las habilidades comunicativas como necesarias para un docente, situando las profesiones en un 100% de acuerdo, exceptuando a los tecnólogos médicos con un 63%.

Los profesionales están de acuerdo en forma general en que la realización de un curso o capacitación en docencia favorece el desempeño de este rol, pero a la vez están en desacuerdo con que la calidad del docente depende de la formación en docencia realizada. Los kinesiólogos y terapeutas

ocupacionales se destacan por su opinión en cuanto a que para el desempeño de la docencia es necesario la formación en el área.

Por una parte hay gran aceptación en que el estudiante necesita que el supervisor clínico lo dirija en su desempeño; y por otro lado hay desacuerdo en que el aprendizaje del estudiante es responsabilidad del tutor clínico.

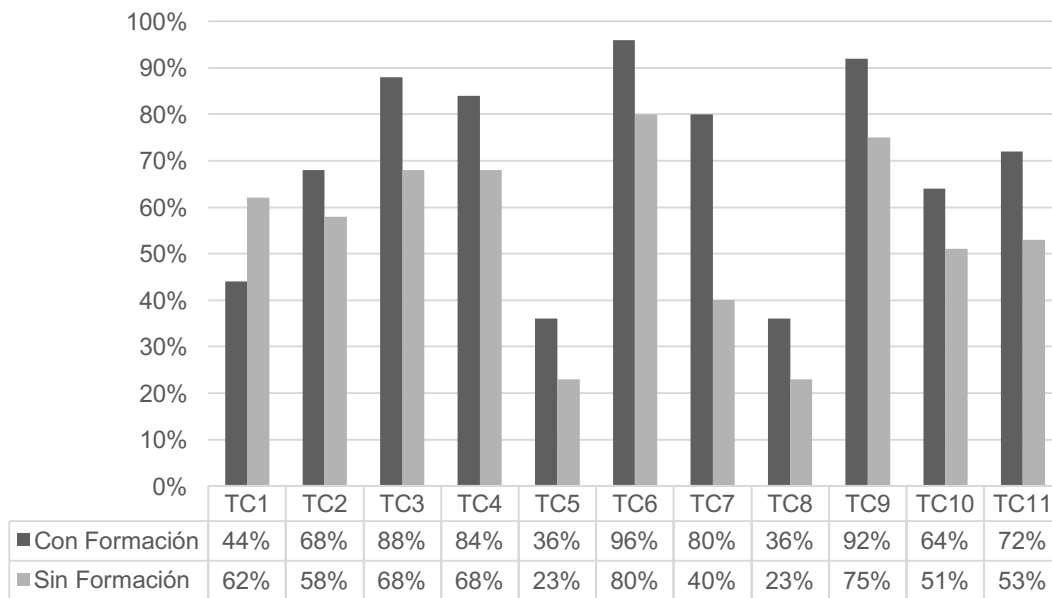


Figura 2. Resultados de variable de acuerdo en Dimensión Rol de Tutor Clínico de profesionales con y sin formación en docencia.

### Comentarios

En la Dimensión Rol de Tutor Clínico no existe oposición importante para la mayoría de las afirmaciones entre los profesionales con o sin formación en docencia, exceptuando las afirmaciones TC1 y TC7. En la primera, los profesionales sin formación docente tienden a estar de acuerdo con que *la característica más importante de un docente son sus competencias clínicas*, a diferencia de lo que opinan los profesionales con formación en el área. Asimismo, para la afirmación TC7: *Para el desempeño de la docencia clínica es necesario tener formación en docencia*, los profesionales con formación tienden a estar en su mayoría de acuerdo a diferencia del otro grupo.

En general, ambos grupos se mantienen de acuerdo en la mayoría de las afirmaciones, siendo las más bajas TC5 y TC8 para ambos grupos de forma similar. Estas tienen relación con que el aprendizaje del estudiante es responsabilidad del supervisor clínico y la calidad docente depende de las capacitaciones realizadas.

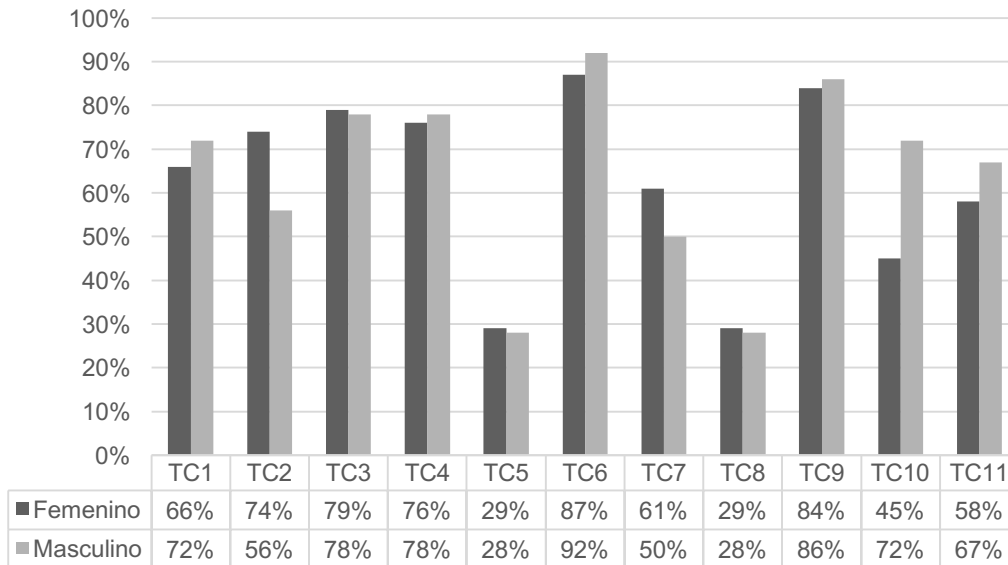


Figura 3. Resultados de variable de acuerdo en Dimensión Rol de Tutor Clínico según sexo.

### Comentarios

Para la variable sexo no existe diferencias relevantes en la mayoría de las afirmaciones de la dimensión analizada. Sin embargo, para la afirmación TC2 existe mayor acuerdo entre las mujeres (74%) y para la afirmación TC10 para los hombres (72%). Esto indica que para los hombres los conocimientos teóricos es la característica más relevante del docente. Y las mujeres suelen afirmar en mayor proporción que la realización de una retroalimentación requiere de capacitación.

En ambos grupos las afirmaciones correspondientes a TC5 y TC8 se destacan por un bajo nivel de acuerdo, siendo para las mujeres un 29% y los hombres un 28%.



### 3.2 Dimensión: Proceso Enseñanza - Aprendizaje

Tabla 12

*Resultados generales de Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje*

		Desacuerdo	N	De Acuerdo	N	S/R	N	Total	N Total
PEA1	El desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje durante la práctica clínica requiere de una planificación por parte del docente.	1%	1	82%	61	16%	12	100%	74
PEA2	Más importante que ser un experto en la especialidad, es que los docentes tengan una metodología y sean capaces de organizar actividades de aprendizaje en la práctica clínica.	11%	8	76%	56	14%	10	100%	74
PEA3	En el proceso de enseñanza que desarrollamos, deberíamos comenzar por conocer cuáles son los conocimientos previos de nuestros estudiantes.	10%	7	76%	56	15%	11	100%	74
PEA4	En el desarrollo de la práctica clínica el estudiante debe ser guiado en el estudio de las áreas en que sean débiles.	10%	7	77%	57	14%	10	100%	74
PEA5	Los estudiantes deben adaptarse al estilo de enseñanza del docente.	35%	26	51%	38	14%	10	100%	74
PEA6	Es importante que los objetivos de aprendizaje que propone la universidad de origen del estudiante sean conocidos por los docentes clínicos.	3%	2	84%	62	14%	10	100%	74
PEA7	El entorno clínico-asistencial dificulta el desempeño de la supervisión al estudiante.	61%	45	26%	19	14%	10	100%	74

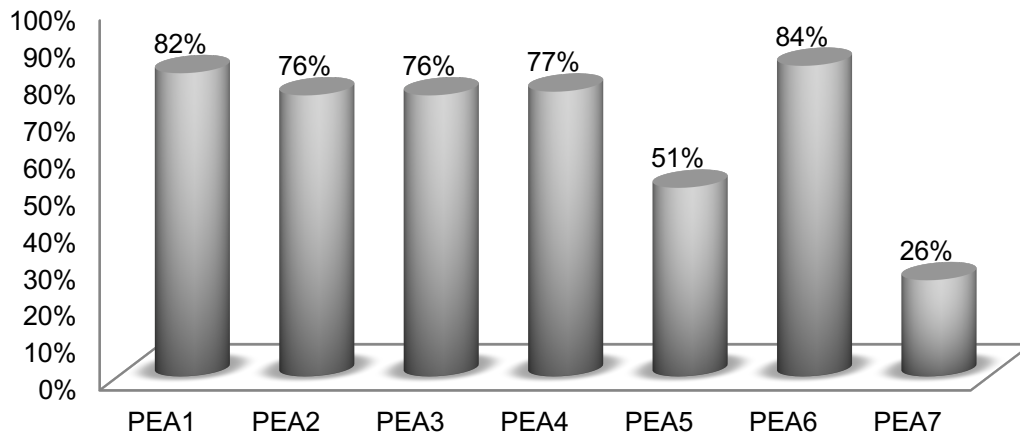


Figura 4. Resultados Generales de variable de acuerdo en Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje.

### Comentarios

Los resultados generales de la Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje demuestran que existe un alto grado de acuerdo en las afirmaciones propuestas. Sin embargo, las respuestas PEA5 y PEA7 son las más bajas de la dimensión, teniendo esta última un nivel de acuerdo por debajo del 30%. Estas afirmaciones hacen referencia a que *los estudiantes deben adaptarse al estilo de enseñanza del docente* (PEA5) y *el entorno clínico asistencial dificulta el desempeño de la supervisión al estudiante* (PEA7).

Tabla 13

*Resultados de la Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje según profesión*

Profesión		PEA1	PEA2	PEA3	PEA4	PEA5	PEA6	PEA7	TOTAL
Fonoaud.	N	1	1	1	1	1	1	0	2
	%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	0%	100%
Kinesiólogo	N	28	25	25	25	19	28	22	29
	%	97%	86%	86%	86%	66%	97%	76%	100%
Médico	N	11	8	11	10	7	11	8	11
	%	100%	73%	100%	91%	64%	100%	73%	100%
Otro	N	5	5	5	6	3	5	3	10
	%	50%	50%	50%	60%	30%	50%	30%	100%
Tec. Médico	N	5	5	4	4	1	5	1	8
	%	63%	63%	50%	50%	13%	63%	13%	100%
Terap. Ocupacional	N	9	10	8	9	6	10	9	10
	%	90%	100%	80%	90%	60%	100%	90%	100%
Tr. Social	N	2	2	2	2	1	2	2	2
	%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%

### **Comentarios**

De forma general, los profesionales se muestran de acuerdo al desarrollo de un proceso de enseñanza-aprendizaje planificado, donde el docente tenga una metodología y sea capaz de organizar actividades de aprendizaje durante la práctica clínica. Asimismo, hay consenso en que se deben identificar los conocimientos previos del estudiante y éste debe ser guiado en sus áreas más débiles.

Por último, se destaca un bajo nivel de acuerdo en la afirmación que alude al deber de los estudiantes de adaptarse al estilo de enseñanza del docente, sin embargo los resultados superan el 50% para todas las profesiones exceptuando a los tecnólogos médicos quienes presentan un 13% de acuerdo con la afirmación.

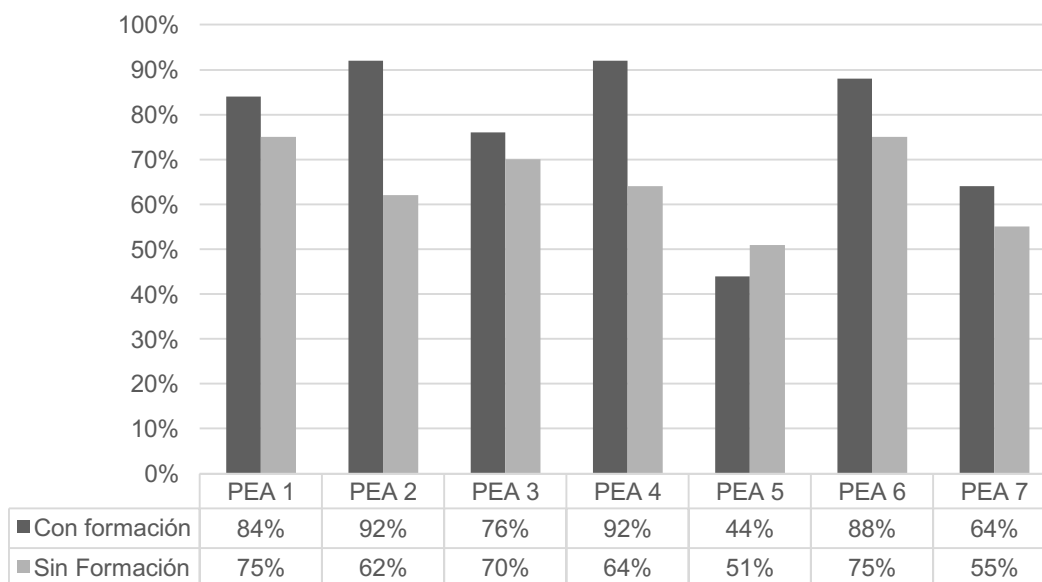


Figura 5. Resultados de variable de acuerdo de la Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje según formación en docencia recibida.

### Comentarios

Se aprecian diferencias entre ambos grupos, en la afirmación PEA2 existe mayor aceptación por parte de los docentes formados frente a la importancia de la metodología y organización de la práctica por sobre la experticia en la especialidad. Además este grupo de docentes muestra mayor acuerdo en PEA4 la cual hace referencia a que el estudiante debe ser guiado en el estudio de las áreas más débiles.

Los resultados de la afirmación PEA5 *Los estudiantes deben adaptarse al estilo de enseñanza del docente*, muestran que los docentes con formación están mayoritariamente en desacuerdo a diferencia de aquellos sin capacitación en el área.

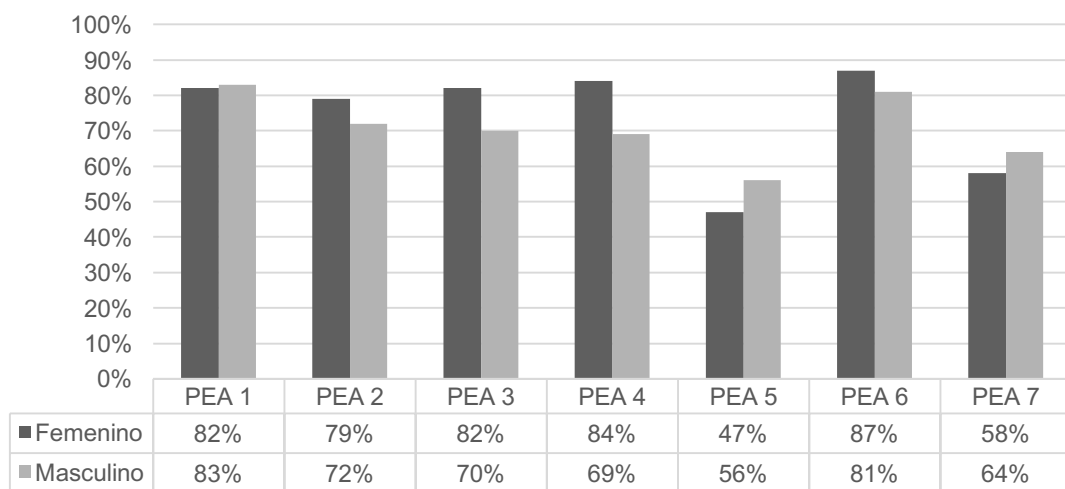


Figura 6. Resultados de variable de acuerdo de la Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje según sexo.

### Comentarios

Ambos grupos se presentan a favor de las afirmaciones en esta dimensión. La afirmación correspondiente a PEA5 *Los estudiantes deben adaptarse al estilo de enseñanza del docente*, es la que mantiene menor porcentaje de acuerdo, alcanzando un 47% de aprobación entre las mujeres y un 56% entre los hombres.

### 3.3 Dimensión: Rol Evaluador

Tabla 14  
Resultados generales de Dimensión Rol Evaluador

		De Acuerdo	N	Desacuerdo	N	S/R	N	Total	N Total
RE1	La evaluación debiera centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer, en vez de los conocimientos teóricos.	35%	26	49%	36	16%	12	100%	74
RE2	Cuando se evalúa con rigor a los estudiantes mejoran su desempeño.	46%	34	38%	28	16%	12	100%	74
RE3	Las evaluaciones tienen más relación con las exigencias de la institución de origen del estudiante que con la práctica educativa.	43%	32	41%	30	16%	12	100%	74
RE4	El uso de la retroalimentación al estudiante es fundamental para la formación profesional en la práctica clínica	84%	62	0%	0	16%	12	100%	74
RE5	Durante la retroalimentación el estudiante tiene un rol pasivo.	6%	4	78%	58	16%	12	100%	74
RE6	El instrumento de evaluación que utiliza la universidad de donde proviene el estudiante es de fácil comprensión.	58%	43	26%	19	16%	12	100%	74
RE7	Los instrumentos de evaluación utilizados en su práctica clínica aseguran una medición válida del hacer del estudiante.	53%	39	31%	23	16%	12	100%	74
RE8	Las herramientas evaluativas utilizadas no son suficientes para evaluar eficazmente las habilidades del estudiante.	53%	39	31%	23	16%	12	100%	74

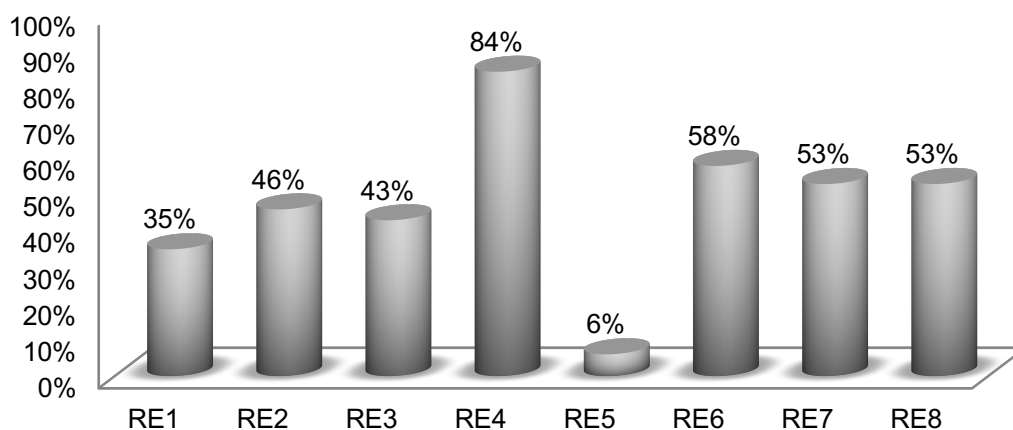


Figura 7. Resultados generales de variable de acuerdo de Dimensión Rol Evaluador

## Comentarios

Los resultados demostrados de forma general para esta dimensión arrojan que para la mayor parte de las afirmaciones existe un bajo nivel de acuerdo. Siendo las respuestas más bajas RE1 la cual afirma que *la evaluación debiera centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer, en vez de los conocimientos teóricos*; y RE5 que dice *durante la retroalimentación el estudiante tiene un rol pasivo*. Por otra parte, la respuesta RE4, que hace referencia a la importancia de la retroalimentación en la práctica profesional, supera ampliamente el porcentaje de acuerdo obtenido por las demás afirmaciones.

Tabla 15  
*Resultados de Dimensión Rol Evaluador según profesión*

Profesión		RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	RE7	RE8	TOTAL
Fonoaud	N	0	0	0	1	0	1	1	1	2
	%	0%	0%	0%	50%	0%	50%	50%	50%	100%
Kinesiólogo	N	14	15	15	28	3	17	19	14	29
	%	48%	52%	52%	97%	10%	59%	66%	48%	100%
Médico	N	1	7	5	11	0	7	6	8	11
	%	9%	64%	46%	100%	0%	64%	55%	73%	100%
Otro	N	3	2	3	6	1	5	5	2	10
	%	30%	20%	30%	60%	10%	50%	50%	20%	100%
Tec Médico	N	1	2	2	4	0	3	1	3	8
	%	13%	25%	25%	50%	0%	38%	13%	38%	100%
T. Ocup	N	5	6	5	10	0	8	5	9	10
	%	50%	60%	50%	100%	0%	80%	50%	90%	100%
Tr. Social	N	2	2	2	2	0	2	2	2	2
	%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%

### Comentarios

Las respuestas pertenecientes a la afirmación RE4 en relación a la importancia del uso de la retroalimentación en la práctica clínica presenta un alto nivel de acuerdo en todas las profesiones consultadas.

Por otra parte, la afirmación RE5 relativa al rol pasivo adquirido por el estudiante durante la retroalimentación mantiene un alto nivel de desacuerdo en todas las profesiones.



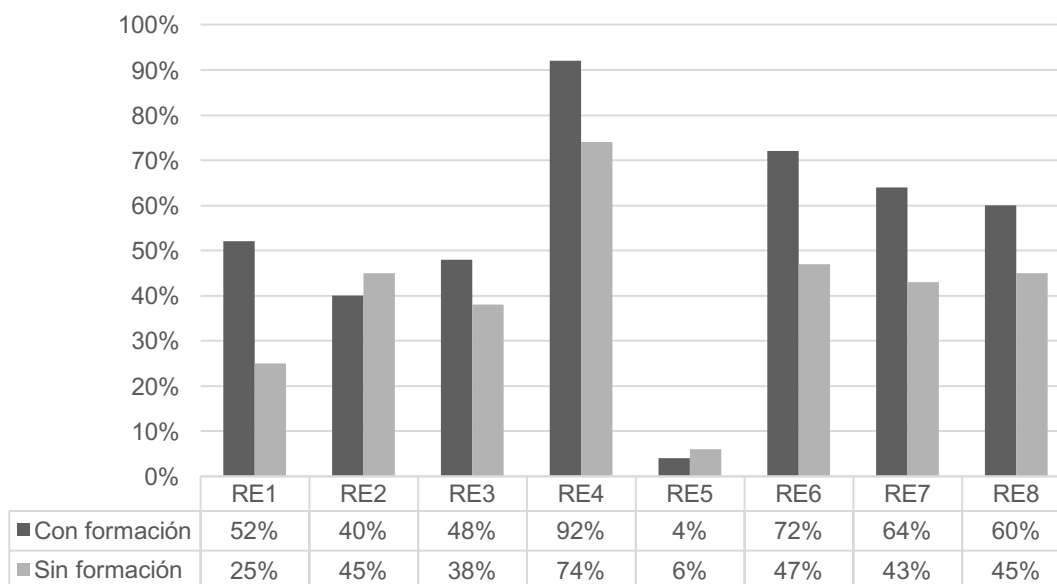


Figura 8. Resultados de variable de acuerdo de la Dimensión Rol Evaluador según formación en docencia recibida.

## Comentarios

Los resultados según profesionales con o sin formación en docencia presentan diferencias en relación a las afirmaciones RE1, RE6, RE7 y RE8. En la primera se refiere a que la evaluación debería centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer y no en los conocimientos teóricos, los profesionales con formación en docencia muestran una tendencia a estar a favor en mayor proporción que aquellos sin formación en el área.

Las siguientes afirmaciones, RE6, RE7 y RE8, tienen relación con los instrumentos evaluativos y en sus respuestas coincide un alto grado de aceptación por parte de los profesionales con formación en comparación con aquellos no formados. Estos resultados muestran una mayor comprensión de los instrumentos evaluativos provenientes de la universidad por los profesionales con formación, asimismo son considerados como herramientas válidas para la evaluación del estudiante sin embargo, no son suficientes para evaluar las habilidades de éste.

Por otra parte, existe un claro acuerdo en ambos grupos en que la retroalimentación es fundamental en la formación profesional del estudiante; y hay un desacuerdo general en que el estudiante adquiere un rol pasivo en este tipo de instancia formativa.

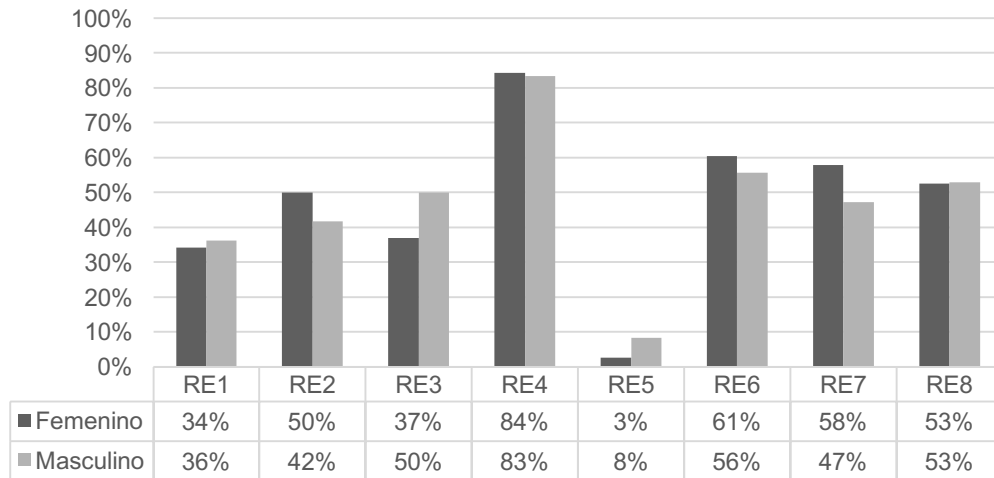


Figura 9. Resultados de variable de acuerdo de la Dimensión Rol Evaluador según sexo.

### Comentarios

En general, no hay diferencias importantes en las respuestas de los entrevistados según sexo. La mayor distancia se aprecia en RE3, donde el 37% de las mujeres dice estar de acuerdo en que *las evaluaciones tienen más relación con las exigencias de la institución de origen del estudiante que con la práctica educativa*, mientras que los hombres afirman esto en un 50%.

En ambos grupos se demuestra la misma tendencia que los gráficos anteriores donde hay una clara tendencia a estar a favor en la afirmación RE4 y desacuerdo en RE1 y RE5.

### 3.4 Dimensión: Necesidades en Docencia

Las necesidades expuestas por los profesionales fueron recogidas de sus respuestas a las preguntas abiertas y fueron analizadas por medio del programa NVivo versión 11.

Se establecieron tres categorías, las cuales se presentan de la siguiente manera:

#### 3.4.1 Necesidades en Rol Tutor Clínico

Las necesidades mencionadas en relación al Rol de Tutor Clínico son por una parte, la falta de desarrollo de habilidades comunicativas que faciliten la relación docente – estudiante. Y por otra, el desarrollo de habilidades que permitan guiar al estudiante de forma eficaz y en relación a los objetivos propuestos para la práctica profesional.

En los comentarios sobre el Rol de Tutor Clínico y la Formación en Docencia se señala:

*Respuesta 1: Es vital contar con más herramientas que permitan realizar un trabajo adecuado con los estudiantes, ya que no solo se entrega formación teórica, sino también ética, valórica, juicios, etc., que han de determinar el desempeño posterior de ese futuro profesional.*

*Respuesta 2: Manejar habilidades socio-comunicacionales*

*Respuesta 3: Es necesario tener una formación en docencia para poder utilizar de mejor manera las herramientas que nos entregan estos cursos o diplomados y aplicarlas con mas facilidad a los alumnos que pasan por el servicio, tanto para guiarlos y evaluarlos, que yo creo que esa es la parte mas complicada, por ejemplo, en hacer test o pruebas.*

*Respuesta 4: Lo ideal sería que todos tuviéramos algún tipo de curso en docencia, pero el punto más importante es tener compromiso con el alumno.*

Entre las respuestas hubo 5 profesionales que opinaron que la formación en docencia es una herramienta complementaria pero no imprescindible para el ejercicio de la docencia. Cabe destacar que de estas personas ninguna posee capacitación en el área. Por otra parte, el resto de los participantes destaca la formación en docencia como un medio para obtener herramientas que favorezcan el desarrollo de una supervisión clínica con metodología definida, con estrategias evaluativas eficaces y favorecer el desarrollo de habilidades comunicativas en el tutor clínico.

Comentarios sobre la Formación Docente como herramienta complementaria:

*Respuesta 5: Es una herramienta ideal para el ejercicio, pero no imperativa.*

*Respuesta 6: Creo que no van ligadas, un buen docente puede ser no formado, así como uno malo estar bien formado. Creo que entrega herramientas, depende de la persona qué uso les de.*

#### 3.4.2 Necesidades en Proceso de Enseñanza – Aprendizaje

En cuanto a las necesidades relacionadas con el proceso de enseñanza – aprendizaje se destaca la escasez de tiempo destinado para el desempeño de la supervisión clínica debido a la alta demanda asistencial. Esta respuesta fue expresada en 53 ocasiones en el grupo de participantes.

También se menciona dificultades en cuanto a la planificación de una práctica y la falta de metodologías de enseñanza que puedan favorecer el aprendizaje de los estudiantes con menor sustento teórico.

En los comentarios sobre el Proceso de Enseñanza – Aprendizaje se señala:

*Respuesta 7: Atender los pacientes y supervisar los alumnos al mismo tiempo; con mucho trabajo y poco tiempo en jornada.*

*Respuesta 8: Encontrar el equilibrio entre guiar y permitir que el alumno logre explorar y encontrar su propia forma de desempeñarse desde lo profesional.*

*Respuesta 9: Es difícil planificar objetivos y lograr darle cumplimiento.*

### 3.4.3 Necesidades en Rol Evaluador

El ámbito de la evaluación arrojó mayor cantidad de necesidades propuestas. La más destacada es la falta de herramientas para objetivar el desempeño de los estudiantes. Asimismo, los profesionales exponen tener dificultad en la comprensión y uso de las pautas evaluativas provenientes de las universidades. Esto debido a la complejidad de éstas y la falta de aplicabilidad de ciertas áreas a evaluar.

Por otra parte, los profesionales destacan la necesidad de conocer formas de evaluación integrales que aborden no solo el conocimiento teórico sino que las competencias desarrolladas por los estudiantes.

Por último, se hace mención a la dificultad para realizar un feedback efectivo y se explicita la necesidad de utilizar como estrategia evaluativa la simulación clínica.

En los comentarios sobre necesidades en el Rol Evaluador se señala:

*Respuesta 10: Poder alinear las competencias necesarias para la aprobación del internado entre las escuelas y el campo clínico.*

*Respuesta 11: Medir el desempeño real de los alumnos, siempre el foco es teórico, olvidando que trabajamos con personas.*

*Respuesta 12: Realizar retroalimentaciones constructivas.*

## Discusión

En relación a los resultados generales obtenidos de las encuestas se puede decir que son heterogéneos en cuanto a profesión, edad, formación docente recibida y son de ambos sexos. Esto es esperable para el tipo de institución y número de personas encuestadas.

En relación a la primera dimensión Rol de Tutor Clínico (TC) cabe destacar que los profesionales consideran las habilidades comunicativas como necesarias para ejercer el rol de docente clínico, de igual manera se hace énfasis en que estas habilidades son parte de las necesidades expresadas. Considerando las habilidades comunicativas como una competencia del docente que permiten gestionar de forma didáctica la información y/o destrezas (Zabalza, 2003), se puede concluir que se debe prestar interés tanto en el desempeño de los tutores clínicos en este sentido, como en la necesidad de trabajo para el mejoramiento de estas habilidades, las que son sustanciales para el desarrollo de una relación docente-estudiante de calidad.

A modo general los profesionales opinan que el aprendizaje de los estudiantes no es responsabilidad del TC. De esta forma, el docente imparte el saber y el estudiante debe recepcionarlo sin tener importancia las dificultades que pudieran existir en este proceso. Por otra parte, hay consenso en que el estudiante necesita ser dirigido por el TC. Se aprecia cierta incongruencia en las respuestas a estas afirmaciones, ya que se acepta que el estudiante debe ser guiado en su actuar y en su desarrollo profesional, sin embargo esta formación no sería responsabilidad del tutor sino más bien del propio estudiante. En este aspecto es posible reflexionar sobre la misión que tiene el tutor clínico con el estudiante, y es la de cumplir un rol formativo y de gran responsabilidad en la preparación del estudiante para ser un profesional de la salud (Moral, 2009; Zabalza, 2003; Henao-Castaño, 2010), asimismo debe ser facilitador del aprendizaje y de consejos en el desarrollo profesional y personal (Crosby, 2000). Entre sus competencias destaca la de tutorizar (Zabalza, 2003) al estudiante y

guiarlo en las distintas vicisitudes que se presenten en la práctica clínica. De esta forma, la visión que presentan en general los supervisores clínicos de la institución acerca del rol de tutor clínico se muestra bajo un paradigma clásico, donde el aprendizaje del estudiante es por medio de la transmisión del conocimiento no dando relevancia a la relación docente-estudiante como parte de un proceso constructivo de conocimiento.

Con respecto a la capacitación docente existe gran acuerdo en que es favorecedora del desempeño en la supervisión clínica, sin embargo los resultados también plantean que la calidad de un docente no depende de la formación realizada. Los profesionales encuestados declaran que la formación docente es una forma eficaz de entregar herramientas que promueven el desarrollo de una docencia con metodología definida, facilita la planificación de un programa y actividades, favorece la realización de una evaluación objetiva e integral, e incluso potencia las habilidades comunicativas del docente; pero esto es considerado un complemento en el ejercicio de la docencia ya que no sería indicativo de que el docente sea un profesor de calidad debido a que se debe considerar las características propias de éste. Lo anterior se vincula a lo planteado por Bain (2007) y Schön (1998) donde el buen docente reúne características que son propias, tales como tener la habilidad de dar solución a las dificultades de comprensión del estudiante, ser motivador y estar constantemente autoevaluando su razonamiento y su actuar. Estas características están puestas a disposición de una docencia orientada al estudiante y no vinculadas exclusivamente al amplio abanico de conocimientos que pudiera tener el docente.

Por otra parte, cinco opiniones pertenecientes a docentes sin formación no consideran como indispensable la realización de formación en docencia. A diferencia de los docentes con capacitación en el área quienes demuestran mayor relevancia a la formación como necesaria para la práctica docente. Entre los profesionales formados existe la necesidad de profesionalizar la enseñanza, ya que los conocimientos propios de la disciplina son indispensables, sin embargo esto no asegura las herramientas necesarias para la entrega de estos

conocimientos de forma didáctica (Henao-Castaño, 2010). Asimismo, la opinión de estos docentes puede ser comprendida ya que por medio de la instrucción y la obtención de nuevos recursos pedagógicos resulta una inclinación positiva hacia la experiencia. Lo anterior es demostrado por los estudios realizados por Herskovic (2012) y Knight (2007) quienes mostraron que la realización de una capacitación tiene un impacto positivo en el actuar y pensar de los docentes, orientándolos hacia el uso de estrategias favorecedoras de ambientes educativos y constructivos.

En la Dimensión Proceso Enseñanza - Aprendizaje (PEA) los profesionales se muestran a favor de la realización de un proceso de enseñanza-aprendizaje planificado, con metodología y organización. Asimismo, expresan que estos recursos pedagógicos son parte de las necesidades para ser desarrolladas ya que facilitarían el desempeño de la docencia clínica. Que los docentes consideren como parte de sus necesidades estas habilidades es relevante ya que son parte de las competencias de un docente clínico. Éste debe ser planificador y organizador de actividades significativas (Crosby, 2000) y de instancias de aprendizajes orientadas a las competencias a ser desarrolladas y evaluadas (Zabalza, 2003). En este sentido las características del supervisor clínico planteadas por los distintos autores hacen énfasis en la importancia de usar herramientas pedagógicas que den forma y definan la estructura de un proceso de práctica clínica, además orienta al docente en la presentación de los contenidos pudiendo de esta manera dirigir al estudiante en el aprendizaje tanto de los contenidos como de las experiencias de la misma práctica clínica. En concordancia con lo anterior, se demuestra cómo los docentes clínicos están conscientes de las necesidades de herramientas pedagógicas en la preparación de una práctica clínica, y los beneficios tanto al proceso de enseñanza-aprendizaje como a la relación docente-estudiante que significa la formación en docencia.

En esta dimensión se aprecia que de modo general el grupo de encuestados opina que el entorno clínico no dificulta el desempeño de la supervisión del estudiante, lo que sería favorecedor del proceso. En



concordancia con lo planteado, la práctica clínica representa un ambiente focalizado en problemas reales, donde la participación del estudiante es de forma activa, permitiendo al docente modelar y evaluar el comportamiento de forma integral (Cantillon, 2011). Sin embargo, si se analizan los resultados según profesión: los tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y médicos refieren que el entorno clínico–asistencial dificulta el desempeño de la supervisión al estudiante, según comentan, esto sería debido a la alta demanda asistencial y la escasez de tiempo que esto significa para dedicar a la supervisión clínica. Comprendiendo las dificultades de carácter institucional, se suma las exigencias de las universidades hacia los docentes, como lo es la evaluación del estudiante a mitad de periodo y al final, examen oral con representante de la universidad en horario laboral y evaluación de pacientes para dichos exámenes. Si bien el contexto clínico supone un ambiente educativo favorecedor de aprendizajes experienciales las exigencias institucionales y de las instituciones universitarias pueden dificultar el proceso de supervisión e impactar en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje (cumplimiento de planificación, instancias evaluativas, tutorización al estudiante, entre otros), por lo que es necesario generar cambios que faciliten tanto la comunicación entre los supervisores y las instituciones universitarias, como el que se generen instancias destinadas exclusivamente a la docencia.

Se demuestra una tendencia importante por parte de los profesionales con formación en considerar más relevante las herramientas pedagógicas del docente por sobre la experticia en la especialidad, lo que demuestra la importancia dada por estos profesionales en la necesidad de incorporar recursos aprendidos en docencia ya que los conocimientos disciplinares por sí mismos no son capaces de generar las ideas de cómo presentar los contenidos a los estudiantes de forma didáctica (Henaó-Castaño, 2010). Por otra parte, la mayoría de los encuestados, que corresponde a los docentes no formados, consideran que el ser buen docente se constituye primordialmente en base a los conocimientos de la especialidad. Según Bain (2007) lo que destaca a un gran profesor son las estrategias que utiliza para lograr la comprensión de los

estudiantes, ser motivador y reflexivo en su actuar. De esta forma, pensar que la buena docencia es cuestión de técnica en la especialidad resulta ser una noción simplista adscrita a un modelo de transmisión de conocimiento, que desvaloriza por una parte el aporte de los elementos pedagógicos en la enseñanza, y por otro los recursos propios del supervisor clínico que fortalecen la relación docente-estudiante.

El grupo está dividido frente a la afirmación *el estudiante debiera adaptarse al estilo de enseñanza del docente*. Los profesionales que han recibido capacitación se muestran mayoritariamente en desacuerdo con esta afirmación. Lo anterior podría ser indicativo de una mayor tendencia entre los profesionales formados en el área en considerar al estudiante como el centro del aprendizaje y el docente es quien debiera buscar estrategias para favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje. Esto tiene sustento en lo planteado por Freire (1970) quien manifiesta este cambio de paradigma centrado en el profesor por uno centrado en el estudiante, valorando la importancia de la interrelación entre el docente y el alumno; dejando atrás la transmisión del conocimiento por la construcción de éste. De esta forma, la mayor parte de los encuestados –y que no posee formación- estaría de acuerdo con la afirmación planteada, lo que es sugerente nuevamente de la visión academicista que impera entre los profesionales de la institución.

En la Dimensión Rol Evaluador (RE), de forma general el grupo de entrevistados no está de acuerdo con que el estudiante adopte un rol pasivo durante la retroalimentación. Por otra parte, se le otorga gran importancia a la retroalimentación en la formación del estudiante. En este punto se destacan las profesiones de Medicina, Terapia Ocupacional y Trabajo Social como las que mantienen un acuerdo de un 100% y Kinesiología con un 97%. Esto puede ser debido a que la retroalimentación es una herramienta ampliamente utilizada por los docentes de la institución, por lo que es fundamental en el proceso de práctica. Entre las necesidades expresadas surgió la de realizar retroalimentaciones constructivas. Esto es relevante ya que significa que esta

herramienta es vista como una habilidad necesaria en la docencia y que requiere de entrenamiento.

En relación a la evaluación del desempeño del estudiante, el grupo en general opina que ésta debe centrarse en los conocimientos teóricos y no en las competencias que posee el estudiante. Los profesionales formados mantienen un alto nivel de acuerdo en comparación a su grupo en contraste en relación a que la evaluación debiera centrarse en las habilidades demostradas por el estudiante. Este planteamiento es parte de los criterios propuestos por las universidades. Estos criterios pertenecen al modelo bajo el cual se rigen y que según la tendencia actual es el modelo por competencias. Los autores Falender y Shafranske (2014) introducen una mirada de la supervisión clínica basada en este modelo, en donde se destaca la importancia tanto del conocimiento como de las habilidades necesarias para desarrollar una competencia clínica, así como el proceso evaluativo sobre los criterios esperados según los requerimientos del centro de práctica. Esta discrepancia en lo evaluado por los supervisores clínicos y las universidades sugiere como consecuencia la dificultad para comprender las pautas de evaluación y su aplicabilidad. La institución carece de un perfil docente por lo que esta falta de definición de la visión y los estándares de los supervisores clínicos incide en que los criterios utilizados por los docentes podrían orientar las evaluaciones y el actuar del estudiante hacia el cumplimiento de sus propias exigencias, las que discreparían con el perfil del estudiante propuesto por la universidad.

La evaluación con rigor a los estudiantes como estrategia para mejorar su desempeño es mayormente aceptada por los médicos y trabajadores sociales. Por el contrario, esta afirmación mantiene bajo nivel de acuerdo por el grupo en general. Según lo indicado por Cabrera (2003) la evaluación rigurosa se centra en el logro de objetivos y en una relación docente – estudiante jerárquica. Este resultado se asocia al paradigma de enseñanza academicista, donde no se da importancia al proceso de construcción de conocimiento que genera el estudiante en conjunto con el profesor. De esta forma, se puede presumir que los médicos mantienen una visión de la enseñanza orientada al paradigma

antiguo debido a su estilo de formación y al hecho de que un solo miembro de ellos ha realizado un curso en docencia. En el caso de los trabajadores sociales, ninguno ha recibido formación.

Con respecto a los instrumentos de evaluación utilizados existe una opinión dividida en cuanto a su aceptación. Los profesionales expresan dificultades en la comprensión y aplicación. Entre las razones se encuentran la falta de tiempo para realizar la evaluación; dificultad para objetivar las conductas observadas; y falta de eficacia entre lo evaluado por el instrumento y lo desempeñado en la práctica clínica. Según Zabalza (2003), para realizar una evaluación hay tres pasos: se debe recoger información, valorar la información y luego tomar una decisión. Para valorar la información recogida es importante aplicar criterios según el marco de referencia establecido y según lo demostrado por los resultados existe discrepancia entre el modelo por competencia planteado por las universidades y la visión general de los profesionales centrada en lo teórico, lo que podría explicar la falta de comprensión de los instrumentos evaluativos. La dificultad para objetivar las conductas del estudiante se podría explicar por una parte, en una escasez de destreza en la aplicación de las pautas evaluativas, y por otra en la utilización de una pobre variedad de instrumentos para evaluar de forma integral las competencias clínicas. Parte de las necesidades expresadas se relacionan con la incorporación de nuevas herramientas evaluativas y la capacitación en el uso de éstas.

## Conclusiones

Al finalizar esta investigación, se puede concluir que los resultados obtenidos responden a la pregunta planteada al inicio del estudio ¿Cómo es el perfil docente de los supervisores clínicos de las carreras de la salud presentes en la red de Mutual de Seguridad?

En relación al método utilizado, éste facilitó el cumplimiento de los objetivos. Por medio de la utilización de un cuestionario, previamente validado para el objetivo de la investigación, posibilitó la obtención de datos de un número considerable de personas. Si bien el uso de una encuesta puede resultar en una baja adhesión éste no fue el caso, alcanzando un nivel de respuesta superior al 50% de la población en estudio.

En relación con el perfil docente, los supervisores clínicos de Mutual de Seguridad destacan la importancia otorgada a las habilidades comunicativas como fundamentales para el ejercicio del rol, asimismo es propuesto como parte de las necesidades para desarrollar. En su relación con el estudiante, los profesionales consideran como parte de sus funciones el dirigir al estudiante en sus conocimientos y experiencia práctica, sin embargo el aprendizaje es responsabilidad propia y ajena al docente. Se puede presumir la necesidad de herramientas pedagógicas que pudieran entregar mayor destreza y confianza en el rol de tutor, lo cual beneficiaría la relación docente-estudiante y mejoraría el compromiso con la enseñanza.

Con respecto a la capacitación en docencia, es vista como una herramienta favorecedora del desempeño, sin embargo los supervisores clínicos creen que la calidad del docente no tendría relación con su nivel de formación en el área ya que otros aspectos, como las características propias del docente, influyen en su desempeño. Se admite la necesidad de capacitación para el desarrollo de habilidades y estrategias didácticas, pero no es visto como requisito para el quehacer docente. Esto podría ser indicativo de un proceso reflexivo en transformación con respecto al rol de supervisor clínico y las

necesidades de cambio para evolucionar y desarrollarse como docente que se podría estar presentando entre los supervisores clínicos de la institución.

En relación al proceso de enseñanza-aprendizaje hay una inclinación a profesionalizar el desempeño de la supervisión clínica destacando la relevancia de desarrollar un proceso de práctica metodológicamente planificado y organizado. Asimismo, la necesidad referida en relación a capacitación para resolver este punto y la adquisición de herramientas didácticas son indicativos de esto.

Acerca de la percepción sobre el rol evaluador, hay una gran valoración por el conocimiento teórico por sobre la evaluación de las competencias. Esto se vincula con la dificultad en el uso de los instrumentos evaluativos provenientes de las universidades. Estas dificultades podrían tener relación con la discrepancia entre la evaluación de las universidades basada en el modelo por competencias y la visión de los profesionales enfocada en los conocimientos teóricos, sumado a un desconocimiento en la aplicación de sistemas evaluativos integrales.

Es importante hacer énfasis en las características contractuales que enmarcan la docencia como obligatoria en la institución. Esto pudiera impactar en la forma de hacer y ver la docencia, transformando el rol en una tarea más dentro del perfil del profesional. Se puede concluir que la obligatoriedad del rol docente estanca la evolución de la enseñanza. Aquellos profesionales sin disposición a enseñar no serán modelos de autoreflexión en su actuar, ni entes motivadores para sus estudiantes lo que podría impactar en la formación de futuros profesionales de la salud.

A modo general, existe una visión dividida de los supervisores clínicos con respecto al paradigma del aprendizaje. Se demuestra que entre los profesionales con formación en el área hay una visión que considera al estudiante como centro del aprendizaje, mientras que los profesionales sin capacitación, que comprende a la mayoría del grupo, mantienen una influencia academicista enfocada en los conocimientos teóricos y que presenta al docente

como un guía al cual el estudiante se debe adaptar en su metodología de enseñanza. Pese a la orientación paradigmática presente entre los supervisores clínicos, se demuestra una tendencia a querer evolucionar y abrirse paso hacia la transformación, comprendiendo que el quehacer docente no es meramente intuitivo y autodidacta, sino que requiere del desarrollo de herramientas pedagógicas que aporten en el proceso de enseñanza – aprendizaje y en su rol de docente. Esto plantea desafíos institucionales, donde el formar a los profesionales en docencia permitiría la actualización de la visión sobre la enseñanza, volcándola hacia una que esté en sintonía con las propuestas actuales.

Finalmente el presente estudio contribuye a la comprensión de las percepciones de los profesionales que realizan docencia clínica en Mutual de Seguridad, pudiendo describir cómo se está realizando la docencia en la institución, las opiniones de los profesionales y las dificultades a las que se enfrentan al realizar esta labor.

## Limitaciones

Entre las dificultades presentadas durante la realización del estudio se puede mencionar en primer lugar el reunir la totalidad de las opiniones de los expertos para desarrollar la validación del instrumento utilizado en el estudio. Esto ya que por una parte se debe seleccionar profesionales especialistas en el ámbito que se desarrolla la investigación y por otro esperar la recepción de sus comentarios, los cuales pueden tardar y atrasar el periodo destinado al proceso de validación.

Durante el periodo de recolección de datos se tuvo que lidiar con una lenta participación, la cual se veía propulsada por medio de recordatorios semanales. Además, luego de enviar el link de la encuesta a los correos electrónicos, resultó que los correos institucionales mantenían un bloqueo evitando la recepción del mensaje. Esto fue rápidamente detectado, por lo que se recurrió a otro formato electrónico de propagación del link resultando sin problemas.

Por último, es importante mencionar que se tuvo que excluir de la muestra a Enfermería debido a conflictos internos vividos en ese momento y por temor de la institución a que la participación en este estudio derivara en exigencias relacionadas con docencia. Esto tiene implicancias en la representatividad del estudio, ya que no es posible determinar la percepción sobre la docencia de todas las profesiones presentes en la institución y además de un grupo que reúne numerosos profesionales, lo que habría enriquecido los resultados obtenidos.



## Recomendaciones

Al finalizar este estudio es importante reflexionar sobre la visión general que poseen los supervisores clínicos de la institución sobre la enseñanza, la cual en su mayoría tiene una clara tendencia a estar circunscrita bajo un paradigma academicista, lo que genera una visión desactualizada de la enseñanza y en contraposición a la de las universidades de donde provienen los estudiantes. Esto significa para la institución la necesidad de trabajar en este sentido creando un plan de capacitación donde se generen instancias y se incentive la formación de los profesionales, para así lograr que la docencia realizada en la institución se enmarque bajo los paradigmas actuales y se desarrolle de forma profesionalizada.

Los profesionales demostraron en su generalidad la motivación por participar de instancias formadoras, expresaron las dificultades vividas en el desempeño de la supervisión clínica y la necesidad de adquirir herramientas pedagógicas para sobrellevar parte de estas. Esto es positivo ya que se demuestra que en la institución los profesionales no se encuentran apegados a su visión sino que proclives a la evolución, lo que facilitaría la participación de instancias de formación en docencia.

Es importante señalar que la obligatoriedad del rol en docencia que se presenta en la institución no es favorecedor del desarrollo de una docencia profesionalizada. Esto tiende a impactar en la motivación por enseñar, en la relación docente-estudiante y en la formación del futuro profesional de la salud. Se recomienda modificar esta situación, dando paso a la decisión individual de adquirir un rol que comprende una suma de competencias y responsabilidades, a lo cual el profesional se debe comprometer a ejercer. De esta forma, el rol de supervisor clínico no será una tarea dentro de su perfil profesional y propiciará la evolución de la enseñanza vivida en la institución.

Entre las necesidades expresadas por los docentes se destacó la escasez de tiempo para la realización adecuada de la supervisión clínica. Esto impacta

en el desarrollo de instancias evaluativas, tutorización, en la posibilidad de supervisar a los estudiantes en su desempeño frente al paciente y en la retroalimentación, entre otros. Es importante generar tiempos protegidos para la realización de la docencia y así poder cubrir las necesidades del estudiante en su paso por la institución.

Por último, es importante destacar que muchas de las dificultades expresadas por los profesionales podrían ser aminoradas si las universidades en convenio con la institución generaran instancias de orientación a los supervisores clínicos en relación a sus perfiles de egreso, los objetivos de prácticas y el uso de sus pautas evaluativas. De esta manera, se favorecería la comprensión del proceso de práctica profesional en concordancia a lo planteado por la institución educadora del estudiante.

## Proyecciones

A partir de este estudio se desprende la necesidad de estudiar profundamente, a través de un estudio de carácter cualitativo, la opinión de los supervisores clínicos frente a la docencia clínica. Destacando de esta forma la visión sobre aspectos no involucrados en este estudio, como puede ser el rol de las características personales del docente y la motivación.

Por otra parte, es relevante considerar la opinión de los supervisores clínicos frente a la obligatoriedad del rol docente impuesto en la institución, y de qué forma esto puede impactar en el desempeño, en la relación docente-estudiante y en el compromiso con la enseñanza.

Por último, la experiencia de generar el perfil docente de una institución enriquece la comprensión sobre cómo se está llevando a cabo la docencia en salud. De esto se desprende la posibilidad de replicar esta experiencia en más instituciones a nivel nacional a fin de conocer las visiones de los docentes y cómo se desarrolla la docencia clínica actualmente.

## Referencias Bibliográficas

- Artino Jr, A. R., La Rochelle, J. S., Dezee, K. J., & Gehlbach, H. (2014). Developing questionnaires for educational research: *AMEE Guide* No. 87. *Medical teacher*, 36(6), 463-474.
- Bain, K. (2007). *Lo que hacen los mejores profesores de universidad*. Barcelona. Universidad de Valencia.
- Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Huang, J. L. (2010). Transfer of training: A meta-analytic review. *Journal of Management*, 36(4), 1065-1105.
- Brunner, J. J. (2011). Visión histórica de la evolución del sistema de educación superior chileno: hitos desde 1967 a la fecha. *Un Recorrido por la Historia Reciente de la Educación Superior Chilena*. Santiago. Aequalis - Foro de la Educación Superior. pp 21-39.
- Cabalín Silva, D., & Navarro Hernández, N. (2008). Conceptualización de los estudiantes sobre el buen profesor universitario en las carreras de la salud de la Universidad de la Frontera-Chile. *International Journal of Morphology*, 26(4), 887-892.
- Cabrera Cuevas, J. (2003). Discurso docente en el aula. *Estudios pedagógicos, Valdivia* (29), 7-26.
- Cantillon, P., & Wood, D. (2011). *ABC of Learning and Teaching in Medicine* (Vol. 176). Londres. John Wiley & Sons.
- Castillo, M. (2003). Perfil docente de los académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en la sociedad chilena de inicios del siglo XXI. Universidad de Sevilla.
- Castillo, M. (2010). La profesión docente. *Revista médica de Chile*, 138(7), 902-907.
- Crosby, R. M. H. J. (2000). AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Medical teacher*, 22(4), 334-347. doi: doi:10.1080/014215900409429
- Cruz-Coke, R. (2004). Evolución de las universidades chilenas 1981-2004. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1543-1549.

- Educación, C. N. d. (2016). Estadísticas y bases de datos INDICES. Retrieved abril de 2016.  
[http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesEstadisticas/indices\\_estadisticas.aspx](http://www.cned.cl/public/Secciones/SeccionIndicesEstadisticas/indices_estadisticas.aspx)
- Escobar, J., Cuervo, A. (2008) "Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización". Bogotá. Avances en medición issn: 1692-0023. Centro de publicaciones Universidad Nacional de Colombia. Volumen 6. Número 1. p.25 - 34.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical Supervision: The State of the Art. *J Clin Psychol*. doi: 10.1002/jclp.22124
- Feixas, M. (2004). *La influencia de factores personales, institucionales y contextuales en la trayectoria y el desarrollo docente de los profesores universitarios*. Paper presented at the Educar.
- Feixas, M., Fernández, A., Lagos, P., Quesada, C., & Sabaté, S. (2013). Factores condicionantes de la transferencia de la formación docente en la universidad: un estudio sobre la transferencia de las competencias docentes. *Infancia y Aprendizaje*, 36(3), 401-416.
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. Madrid. Siglo XXI.
- Henaó-Castaño, Á. M., Núñez-Rodríguez, M. L., & Quimbayo-Díaz, J. H. (2010). El rol del profesional de la salud como docente universitario. *Aquichán*, 10, 34-42.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. Ciudad de México. *Editorial Mc Graw Hill*.
- Herskovic, P., Miranda, T., Cortés, E., Delucchi, Á., Gómez, P., Jiusán, A., . . . Puxant, M. (2012). ¿ Creen haber cambiado los docentes un año después de un curso de docencia clínica? *Educación Médica*, 15(3), 179-184.
- Hesketh, E. A., Bagnall, G., Buckley, E. G., Friedman, M., Goodall, E., Harden, R. M., . . . Oughton, R. (2001). A framework for developing excellence as a clinical educator. *Med Educ*, 35(6), 555-564.
- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach*, 29(1), 2-19. doi: 10.1080/01421590701210907

- Kilminster, S., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*, 34(10), 827-840.
- Knight, A. M. (2007). Qualitative assessment of the long - term impact of a faculty development programme in teaching skills. *Medical education*, 41(6), 592-600.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, 40(6), 619-625.
- Lemaitre, M. J. (2000). Acreditación de la educación superior: tendencias recientes y desafíos para el futuro. *Rev Educ Sup Chilena*, 39-43.
- Martin, P. (2014). Twelve tips for effective clinical supervision based on a narrative literature review and expert opinion. *Medical teacher*, 36(3), 201-207.
- Medina, E., & Kaempffer, A. M. (2007). Medicina y otras carreras de la salud en Chile: un análisis preliminar. *Revista médica de Chile*, 135(10), 1346-1354.
- Monckeberg, M. O. (2013). *Con fines de lucro*. Santiago. Editorial Debate.
- Moral, R. R. (2009). *Educacion Medica / Medical Education: Manual Practico Para Clinicos / Practical Guide for Clinicians*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Rosselot, J. (2005). La globalización en la educación superior europea. Pródromos para nuestra educación médica: The precursor of changes in Chilean medical education. *Revista médica de Chile*, 133(7), 833-840.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo*. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona. Ediciones Paidós.
- Sepúlveda, C. (2012, 25 Enero). Lo que esconde el auge de las carreras de la salud. *El Mostrador*.
- Steinert, Y., Mann, K., Centeno, A., Dolmans, D., Spencer, J., Gelula, M., & Prideaux, D. (2006). A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Medical teacher*, 28(6), 497-526.

- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2014). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University Press, USA.
- Streiner, D. L. (2013). A Checklist for Evaluating the Usefulness of Rating Scales. *A Guide for the Statistically Perplexed: Selected Readings for Clinical Researchers*, 267.
- Willis, L. (2010). *Supervisees' perceptions of clinical supervision*. Online Submission.
- Yazigi, A., Nasr, M., Sleilaty, G., & Nemr, E. (2006). Clinical teachers as role models: perceptions of interns and residents in a Lebanese medical school. *Medical education*, 40(7), 654-661. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02502.x
- Zabalza, M. Á. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional* (Vol. 4). Madrid. Narcea Ediciones.

## Listado de tablas

Tabla 1 <i>Incremento de matrículas de 2005 a 2015</i> .....	11
Tabla 2 <i>Resultados distribución por sexo</i> .....	31
Tabla 3 <i>Resultados distribución por edad</i> .....	31
Tabla 4 <i>Resultados distribución por profesión</i> .....	32
Tabla 5 <i>Resultados distribución según tipo de jornada laboral</i> .....	32
Tabla 6 <i>Resultados distribución de formación docente</i> .....	33
Tabla 7 <i>Resultados distribución de formación en docencia según sexo</i> .....	34
Tabla 8 <i>Resultados distribución de formación en docencia según profesión</i> .....	34
Tabla 9 <i>Resultados distribución de formación en docencia según edad</i> .....	35
Tabla 10 <i>Resultados generales de Dimensión de Rol de Tutor Clínico</i> .....	36
Tabla 11 <i>Resultados de la Dimensión Rol de Tutor Clínico según profesión</i> .....	38
Tabla 12 <i>Resultados generales de Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje</i> .....	41
Tabla 13 <i>Resultados de la Dimensión Proceso Enseñanza – Aprendizaje según profesión</i> .....	43
Tabla 14 <i>Resultados generales de Dimensión Rol Evaluador</i> .....	46
Tabla 15 <i>Resultados de Dimensión Rol Evaluador según profesión</i> .....	48



# ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación bajo la supervisión cuyo investigador principal es T.O. Carola Vega Espinoza del estudio “Perfil Docente del Supervisor Clínico de Mutual de Seguridad” cuyo objetivo es conocer el perfil docente de los profesionales de Mutual de Seguridad en cuanto a su formación en docencia, empleo de metodologías educativas y evaluativas, sus creencias con respecto a la docencia y las necesidades o dificultades en este ámbito.
2. La investigación se llevará a cabo por medio de un cuestionario el cual será enviado vía electrónica y/o valija institucional. El cuestionario consta de preguntas de información general del respondiente y preguntas relacionadas con la docencia clínica.
3. Los participantes de este estudio corresponden a aquellos profesionales de la salud de la red Mutual de Seguridad que se desempeñen como docentes clínicos en la institución.
4. La participación en este estudio es voluntaria.
5. Los resultados de este estudio serán un aporte en conocimiento relevante que permitirá conocer el perfil de los supervisores clínicos; conocer las dificultades en el desempeño del rol de supervisor clínico y fundamentar posibles lineamientos estratégicos de perfeccionamiento docente. Estos resultados serán informados a la comunidad de trabajadores de Mutual de Seguridad.
6. Se mantendrá la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio, siendo el cuestionario anónimo.
7. El participante tiene derecho de negarse a contestar el cuestionario sin existir consecuencias negativas por esto.

Para mayor información contactar a Carola Vega E. Al correo electrónico [carolavegae@gmail.com](mailto:carolavegae@gmail.com) o al celular 84793296. El proyecto investigativo ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Mutual de Seguridad ([cec@mutual.cl](mailto:cec@mutual.cl), Fono: 27879414).

## ANEXO 2



Santiago, 16 de Noviembre del 2015

### **Decisión del Comité de Ética Científico para Proyectos de Investigación**

**Título de la propuesta de investigación :** PERFIL DOCENTE DEL SUPERVISOR CLÍNICO DE MUTUAL DE SEGURIDAD: NECESIDADES PERCIBIDAS Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**Fecha y lugar de la decisión :** 16 de Noviembre del 2015, Mutual de Seguridad Santiago.

**Nombre del investigador principal :** Carola Vega Espinoza

**Nombre del lugar de desarrollo de la investigación :** Red Mutual de Seguridad

**Decisión tomada:** Se decide **APROBAR** el Proyecto de Investigación

#### **Justificación de la decisión:**

La investigadora principal ha abordado adecuadamente y solucionado las observaciones del CEC. Una vez finalizado el mismo, se solicita enviar copia del informe final del proyecto de investigación así como informar de cualquier cambio o alternación del mismo, así como de los eventos adversos que puedan ocurrir en concordancia con las normas éticas nacionales e internacionales.

Adicionalmente, es imperativa la obtención de la autorización escrita del jefe o director del centro en donde se realizará la investigación, en concordancia con la Ley 20.120. Copia de esta carta debe ser enviada al CEC. Esta resolución de aprobación tiene una duración de un año contada desde la fecha de emisión de la misma. Al término de dicho plazo, el investigador deberá enviar un informe de avance del mismo y solicitar, si así lo requiere, una extensión de la resolución de aprobación por el tiempo que reste para el término del proyecto .

Atentamente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Leonardo Aguirre Aranibar', is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'SECRETARÍA ACADÉMICA' and 'COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA'.

**Leonardo Aguirre Aranibar**  
Secretario Académico Comité de Ética Científico Mutual de Seguridad CChC

**ANEXO 3**  
**CUESTIONARIO**

**PARTE I**

**1. Información General**

Marque el círculo que corresponda o complete si es necesario

---

a.- Profesión

<input type="radio"/> Médico Cirujano	<input type="radio"/> Tecnólogo Médico
<input type="radio"/> Enfermera	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo
<input type="radio"/> Kinesiólogo	<input type="radio"/> Nutricionista
<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Otra Profesión (especificar)

---

---

b.- Sexo

<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Femenino
---------------------------------	--------------------------------

---

---

c.- Edad

<input type="radio"/> 24-29	<input type="radio"/> 30-39	<input type="radio"/> 40-49	<input type="radio"/> 50-59	<input type="radio"/> 60-64	<input type="radio"/> 65 o +
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

---

---

d.- Tipo de Jornada

<input type="radio"/> < 22 Hrs	<input type="radio"/> 23-43 Hrs	<input type="radio"/> ≥44 horas
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

---

**2. Formación Docente:** Indique si ha recibido algún tipo de formación en docencia.  
Si es posible indique la institución en que los realizó, el año de egreso y su duración.

a. Cursos de:

Nombre del Curso:	Universidad o Institución	Año	Duración
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si requiere más espacio puede continuar en el reverso de esta página.

b. Programas de:

<input type="radio"/> Diploma en Docencia	_____	_____
<input type="radio"/> Magister en Educación o Docencia	_____	_____
<input type="radio"/> Doctorado en Educación	_____	_____

---

**3. Experiencia Docente**

Indicar las áreas en que ha ejercido docencia durante el presente año

- Pre Grado
- Post Grado
- Formación Técnica

Indicar disciplina: \_\_\_\_\_

Indicar duración del programa supervisado: \_\_\_\_\_

## PARTE II

Las siguientes afirmaciones se refieren a aspectos relacionados con la manera de concebir el rol de supervisor clínico y la formación docente. Frente a cada afirmación indique el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma. Responda marcando el círculo correspondiente a su respuesta.

		Total acuerdo	De acuerdo	En desa cuerdo	Total desa cuerdo
1	La característica más importante de un docente son sus competencias clínicas.	0	0	0	0
2	La característica más importante de un docente es su conocimiento teórico.	0	0	0	0
3	El estudiante necesita que el supervisor clínico lo dirija en su desempeño en la práctica clínica.	0	0	0	0
4	Lo ideal es que la docencia no se contamine con factores subjetivos que afecten la objetividad del proceso educativo.	0	0	0	0
5	El aprendizaje de los estudiantes es responsabilidad del supervisor clínico.	0	0	0	0
6	Las habilidades comunicativas son una habilidad necesaria para ser buen docente.	0	0	0	0
7	Para el desempeño de la docencia clínica es necesario tener formación en docencia.	0	0	0	0
8	La calidad de un docente depende de los cursos de formación docente realizados.	0	0	0	0
9	Realizar un curso o capacitación en docencia favorece el desempeño como supervisor clínico.	0	0	0	0
10	Para realizar una retroalimentación al estudiante, el docente necesita idealmente capacitación para su aplicación	0	0	0	0
11	Me he visto enfrentado(a) a dificultades en docencia que requieren de conocimientos pedagógicos.	0	0	0	0
12	¿Qué opinión tiene sobre la formación en docencia como herramienta para favorecer el ejercicio de esta práctica?				
	Si desea agregar algún comentario relacionado con la manera de concebir la actividad profesional y la formación docente de las afirmaciones 1 a 12, puede hacerlo a continuación:				

### PARTE III

Esta parte contiene afirmaciones relativas a las prácticas y acciones en la docencia clínica. Frente a cada afirmación indique el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma. Responda marcando el círculo correspondiente a su respuesta.

		Total acuerdo	De acuerdo	En desa cuerdo	Total desa cuerdo
13	El desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje durante la práctica clínica requiere de una planificación por parte del docente.	0	0	0	0
14	Más importante que ser un experto en la especialidad, es que los docentes tengan una metodología y sean capaces de organizar actividades de aprendizaje en la práctica clínica.	0	0	0	0
15	En el proceso de enseñanza que desarrollamos, deberíamos comenzar por conocer cuáles son los conocimientos previos de nuestros estudiantes.	0	0	0	0
16	En el desarrollo de la práctica clínica el estudiante debe ser guiado en el estudio de las áreas en que sean débiles.	0	0	0	0
17	Los estudiantes deben adaptarse al estilo de enseñanza del docente.	0	0	0	0
18	Es importante que los objetivos de aprendizaje que propone la universidad de origen del estudiante sean conocidos por los docentes clínicos.	0	0	0	0
19	El entorno clínico-asistencial dificulta el desempeño de la supervisión al estudiante.	0	0	0	0
20	En su experiencia como supervisor clínico, ¿Qué cosas son las más difíciles de realizar como docente?				
	Si desea agregar algún comentario relacionado con las prácticas en la docencia contenidas en las afirmaciones 13 a 20, puede hacerlo a continuación:				

#### PARTE IV

Esta parte contiene afirmaciones relativas a la evaluación en docencia clínica. Responda marcando el círculo correspondiente a su respuesta.

		Total acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total desacuerdo
21	La evaluación debiera centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer, en vez de los conocimientos teóricos.	0	0	0	0
22	Cuando se evalúa con rigor a los estudiantes mejoran su desempeño.	0	0	0	0
23	Las evaluaciones tienen más relación con las exigencias de la institución de origen del estudiante que con la práctica educativa.	0	0	0	0
24	El uso de la retroalimentación al estudiante es fundamental para la formación profesional en la práctica clínica	0	0	0	0
25	Durante la retroalimentación el estudiante tiene un rol pasivo.	0	0	0	0
26	Las herramientas evaluativas utilizadas no son suficientes para evaluar eficazmente las habilidades del estudiante.	0	0	0	0
27	Es tan importante evaluar el conocimiento teórico como las habilidades comunicativas y actitudinales del estudiante.	0	0	0	0
28	Los instrumentos de evaluación utilizados en la práctica clínica aseguran una medición válida del hacer del estudiante.	0	0	0	0
29	El instrumento de evaluación que utiliza la universidad de donde proviene el estudiante es de fácil comprensión.	0	0	0	0
30	¿Qué instrumentos utiliza para evaluar a los estudiantes durante la práctica clínica?				
31	En relación a la pregunta anterior, ¿Tiene dificultad en la aplicación de alguno de estos instrumentos?				
	Si desea agregar algún comentario relacionado con la manera de concebir la actividad profesional y la formación docente de las afirmaciones 21 a 31, puede hacerlo a continuación:				

## ANEXO 4

En los comentarios sobre las necesidades en el rol del Tutor Clínico y Formación en Docencia se señala:

Resp 12: *Me gustaría recibir alguna formación en docencia por parte de mi institución, ya que siento que podría hacerlo de mejor forma.*

Resp 13: *Puede uno ser un guía clínico sin ser docente? Si se puede. Puede guiar una práctica clínica siendo docente sin tener experiencia clínica? Si se puede. Ambas situaciones se pueden realizar, sin embargo para evaluar pedagógicamente una práctica clínica por cierto que se requieren de ciertas herramientas de docencia. A su vez el guía clínico que no tiene herramientas de docencia puede evaluar al estudiante en práctica pero esta evaluación queda sesgada desde el punto de vista pedagógico.*

Resp 14: *La formación de los alumnos es parte de la labor de los profesionales, para esto se necesita compromiso con el proceso educativo de los alumnos, ya que ellos no siempre necesitan un jefe, pero sí un guía, que los oriente en temas prácticos más que en los teóricos, ayudándolos a integrarse para su futuro laboral.*

Resp 15: *Es conveniente acercar al guía docente a las aulas para actualizar los conceptos y homologar las visiones de las distintas problemáticas. Esto nos ayuda a mantener lenguajes académicos y clínicos armonizados.*

Resp 16: *Transmitir conceptos e ideas claras hacia el alumno.*

Resp 17: *Dificultad en qué herramientas aplicar para orientarlo y mejorar su actuar profesional.*

En los comentarios sobre las necesidades en el Proceso de Enseñanza - Aprendizaje se señala:

Resp 18: *Lograr que el alumno maneje muchas cosas en forma simultánea, seguridad y rapidez mental para tomar decisiones acertadas.*

Resp 19: *Generar el aprendizaje por objetivos.*

Resp 20: *No se explicitan los objetivos de cada universidad y la cantidad de tareas mínimas esperadas o desempeño esperados es desconocida.*

Resp 21: *Establecer horarios protegidos.*

Resp 22: *Conocer la formación de base del alumno para saber cuáles son las competencias que tiene el practicante.*

En los comentarios sobre las necesidades en el Rol Evaluador se señala:

*Resp 23: No sé si la forma de evaluar en casos clínicos y seminario es la adecuada.*

*Resp 24: Evaluación de situaciones que ocurren con poca frecuencia y preparación del alumno para enfrentar situaciones reales de alta complejidad.*

*Resp 25: Pauta de una universidad específica que es difícil de comprender.*

*Resp 26: Evaluar en forma objetiva.*

*Resp 27: Corregir al estudiante frente al paciente sin desautorizar.*

*Resp 28: Evaluar según las pautas enviadas por las universidades.*

*Resp 29: Observación, poder cuantificar objetivamente.*

*Resp 30: Me falta cuantificar o medir el rendimiento del estudiante objetivando mejor.*

*Resp 31: Tener una sala de simulación clínica.*

*Resp 32: No disponer de herramientas más objetivas.*