

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POST GRADO**



**"DISPOSICIÓN DE LOS USUARIOS A PARTICIPAR EN LAS PRÁCTICAS
CLÍNICAS DE LA CARRERA DE TECNOLOGIA MEDICA DE LA UNIVERSIDAD DE
CHILE: PERCEPCIÓN DE ACTORES INVOLUCRADOS"**

PATRICIO RIQUELME CONTRERAS

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN EDUCACIÓN EN
CIENCIAS DE LA SALUD

Directora de Tesis: Prof. Gabriela Díaz-Veliz

2014

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato

PATRICIO FELIPE RIQUELME CONTRERAS

ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 28 de abril de 2010.

**Prof. Gabriela Díaz-Veliz
Director de Tesis
Programa de Farmacología Molecular y Clínica, ICBM
Facultad de Medicina, Universidad de Chile**

COMISION INFORMANTE DE TESIS

Prof. Patricia Gomez

Prof. Talia Yudín

**Prof. Ilse López
Presidente Comisión**

Dedicatoria

Hoy sentado frente a un escritorio, en un lugar vacío y silencioso, creo que es el momento más propicio para poner fin a un camino que me llevó más allá de lo que yo mismo presupuesté cuando lo inicié. Un camino de crecimiento, de profesionalismo, pero por sobre todo de aprendizaje.

En este tiempo he aprendido que el sólo hecho de ser experto en un área del conocimiento no da el derecho de ser llamado "Profesor". Profesor es el que enseña, Profesor es quien se adapta a sus estudiantes y no exige lo contrario, Profesor es el que siente emoción cuando ve que ha captado la atención de los estudiantes y logra dejar alguna huella en ellos, alguna enseñanza que guíe su actuar como profesional en el futuro.

Porque el acto de educar en la profesión es un acto de amor en el más amplio sentido de la palabra. Un acto de amor hacia la propia profesión y hacia las futuras generaciones.

Durante este camino he aprendido eso, a querer mi profesión, tanto como para enseñarla con el fin de encantar a las generaciones que vienen, así como también a querer la docencia como una nueva profesión.

Este trabajo es la culminación de un camino de profundo crecimiento, donde cambié mi forma de ver la docencia y se me abrieron muchas oportunidades de seguir profesionalizándola.

Es por esta razón que quiero dedicar esta tesis a los estudiantes con los que trabajo, ya que todo el esfuerzo que ha significado este postgrado es para ellos. Todos los frutos que se logren serán, en mayor medida, en beneficio de sus propios aprendizajes y su formación como profesionales de la salud.

Patricio Riquelme Contreras

Marzo 2015

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecer a mi familia, especialmente a mis Padres, quienes siempre me han apoyado y se han sentido orgullosos de mi corta carrera profesional. A ellos todo mi amor y gratitud.

Quiero agradecer especialmente a la Prof. TM. Leonor Armanet Bernal, quien creyó en mí para entrar en la academia y al momento de iniciar este programa de postgrado. Sin su apoyo constante todo habría sido mucho más difícil.

Agradezco a todas las personas que me apoyaron en el desarrollo de esta tesis: TM. Denisse Karl, quien me dio la primera luz para desarrollar este tema; Prof. Gabriela Diaz-Veliz, por su apoyo constante; Profs. Ilse Lopez; Viviana Sobrero; Teresa Millan, que me apoyaron en distintos tiempos del desarrollo de este trabajo.

Muchas gracias a:

Dra. Teresa Taub, TM. Victor Zapata y Prof. TM. Alex Zelaya, quienes me dieron las facilidades para realizar el trabajo en dependencias del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Tecnólogos y Tecnólogas tutores clínicos del Centro de Imagenología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; estudiantes de la carrera de Tecnología Médica de la Universidad de Chile, quienes estuvieron dispuestos a participar de esta investigación de manera desinteresada.

Pacientes del Hospital Clínico Universitario que participaron de esta investigación.

Cristóbal Quinteros y amigos que me ayudaron en los momentos críticos del desarrollo de este trabajo.

Índice

| | |
|--------------------------------------|--------|
| 1. Resumen..... | Pag 7 |
| 2. Introducción..... | Pag 8 |
| 3. Pregunta de Investigación..... | Pag 12 |
| 4. Objetivos..... | Pag 12 |
| 5. Marco Teórico..... | Pag 13 |
| 6. Marco Epistemológico..... | Pag 27 |
| 7. Marco Metodológico..... | Pag 30 |
| 8. Resultados..... | Pag 42 |
| 9. Discusión..... | Pag 63 |
| 10. Conclusiones..... | Pag 76 |
| 11. Proyecciones y limitaciones..... | Pag 75 |
| 12. Referencias..... | Pag 78 |
| 13. Anexo..... | Pag 82 |

Resumen

Introducción: Los usuarios están cada vez más empoderados de sus problemas de salud y conscientes de sus derechos en el nuevo contexto que se ha forjado desde la segunda mitad del siglo XX a la fecha. Los modelos de formación basados en competencias pretenden que el estudiante adquiera más habilidades objetivas en pregrado. Este cambio puede ser tomado como una oportunidad para incluir a los usuarios de manera más activa en las prácticas clínicas. Se realizó una investigación mixta para conocer la disposición de los usuarios a participar en las prácticas y el rol que éstos tienen desde el punto de vista de los estudiantes, tutores clínicos y los propios usuarios.

Marco Metodológico: Se diseñó un estudio de caso donde se realizaron cuestionarios autoadministrados a 15 estudiantes y 8 tutores clínicos. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 8 usuarios. Todos los instrumentos fueron validados por expertos. Se solicitó consentimiento informado a usuarios, tutores y estudiantes.

Resultados: Los estudiantes y tutores clínicos coinciden en que los usuarios tienen una buena disposición a participar de las prácticas clínicas y que su rol es fundamental en la formación de pregrado. Los estudiantes creen que el rol actual del usuario es subestimado al nivel de ser objetos de estudio. Los usuarios tienen buena disposición hacia las prácticas y creen que su rol es ser un facilitador físico para el logro de competencias en los estudiantes.

Discusión: La buena disposición usuaria encontrada en éste estudio es un buen pie para comenzar a involucrarlos de manera activa en las prácticas de los estudiantes, sin embargo es necesaria la aplicación de un consentimiento informado explícito al usuario antes de su participación. El rol del usuario actual es ser un facilitador físico. La evidencia muestra que un rol activo de los usuarios puede ser útil en la formación de habilidades comunicacionales en los estudiantes. Los 3 grupos entrevistados están de acuerdo en el potencial que el usuario tiene en ésta área.

Palabras clave: Paciente-Instructor, Disposición, Prácticas clínicas, Rol del paciente, Retroalimentación, Habilidades Comunicacionales.

Introducción

Dentro de la diversidad que encontramos en la estructura curricular de las carreras de la salud, si tuviéramos que elegir un componente que sea transversal a todas ellas, ése sería la existencia de prácticas clínicas en centros asistenciales. La característica principal de éstas prácticas es el contacto que los estudiantes tienen con los usuarios, quienes son atendidos por los propios estudiantes, supervisados por profesionales.

La práctica clínica se considera un componente esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que brinda la oportunidad de desarrollar un conocimiento que sólo se adquiere en la “acción”, y que se centra en la atención del estudiante al usuario.

Las prácticas clínicas se centran en la atención de usuarios. Los estudiantes se acercan a este proceso de atención de usuarios de forma paulatina durante su itinerario de aprendizaje. En primeras instancias, las prácticas son más observacionales, dando al estudiante un primer acercamiento a lo que será el quehacer profesional. Se pretende que el estudiante, mediante la integración de conocimientos teóricos y la observación de la aplicación práctica de esos conocimientos comience poco a poco a realizar por sí solo los procedimientos de atención del usuario. En primera instancia, éstos procedimientos se realizan bajo supervisión directa de un profesional, para que después con el tiempo los estudiantes adquieran una mayor autonomía en su actuar.

Como última parte el itinerario de aprendizaje, en todas las carreras de la salud existe un espacio curricular destinado al internado, donde se pretende que el estudiante se integre a un equipo de trabajo real en su área de competencia y la supervisión de sus procedimientos sea indirecta, teniendo así mayor autonomía en el actuar.

Dentro de los centros clínicos que sirven como lugares de práctica, su naturaleza es variada. Así, existen centros de atención primaria, hospitales públicos y clínicas privadas que reciben a estudiantes en sus dependencias y asumen con esto un rol

docente. Por lo general, estas unidades integran a su equipo profesional a la misión docente del centro clínico y los profesionales que ahí ejercen toman un rol de tutores de práctica clínica, muchas veces con derecho a evaluar al estudiante que está bajo su tutoría.

Caso especial son los hospitales docentes, los cuales se presentan como centros formadores de profesionales de la salud y en ellos se desarrollan actividades asistenciales junto a actividades de docencia e investigación. Estas instituciones se caracterizan, por lo tanto, por otorgar atenciones realizadas por docentes clínicos acompañados de estudiantes que los observan ó que efectúan algunas acciones (Beca, 2006)

Como elemento fundamental de una práctica clínica están los usuarios que acuden a los centros de atención, aquejados por patologías reales. Estos usuarios pueden recibir la atención de los estudiantes, bajo la supervisión de un profesional.

Los usuarios siempre han sido una parte esencial en educación en ciencias de la salud, tanto en el pregrado como en el postgrado, pero siempre tomando un rol pasivo en la formación del estudiante. Terminan siendo ejemplos clínicos, ó a lo más, facilitadores activos en el desarrollo de habilidades clínicas en los estudiantes (Jha, et.al; 2009)

Recientemente, ha crecido el conocimiento que el usuario tiene acerca de su propia salud, enfermedad y tratamiento, lo que los lleva a tomar más conciencia de la experiencia vivida por ellos en los centros clínicos (Jha, et.al; 2009), creando así percepciones acerca de los trabajos que los estudiantes puedan efectuar que se relacionen con su salud. Existen predisposiciones, positivas ó negativas, de los usuarios a ser atendidos por estudiantes y en nuestro medio se desconoce cómo los usuarios valoran, si es que lo hacen, su rol como actores en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

En muchas de las pautas de evaluación de práctica clínica de las escuelas de la salud, puede verse explícita como implícitamente, una dimensión que nombramos

como “calidad de atención al usuario”. En esta dimensión entran todos los aspectos que el tutor de práctica considera como indicador de que el estudiante entrega una buena atención de salud al usuario.

Es digno de revisión el hecho que se evalúe mediante una pauta la calidad de atención que el estudiante entregó al usuario, obviando la información que el propio usuario puede entregarnos en ese aspecto.

Por otra parte, existe una relación Estudiante – Usuario poco estudiada, donde entran en juego valores como la confianza, el respeto, la confidencialidad, entre otros; por lo que se hace necesario indagar ésta área, ya que experiencias previas de los usuarios en esta relación puede influir en la disposición que éstos tengan a participar en las prácticas clínicas de los estudiantes.

La literatura se refiere a la disposición hacia la docencia que tienen los usuarios, pero esta evidencia se reporta, básicamente, en los casos de las carreras de Medicina y Enfermería. La realidad en la carrera de Tecnología Médica es diferente, ya que el escenario de atención de esos usuarios se da, en un buen porcentaje, en un contexto ambulatorio. Por otra parte, los procedimientos que el profesional Tecnólogo Médico realiza son diferentes y por ende la relación que se establece con los usuarios también es distinta.

Como punto adicional, la promulgación de la Ley de Derechos y Deberes del paciente nos enciende una luz de alarma en el sentido de reconocer el empoderamiento real que los usuarios tienen acerca de su atención de salud y la forma en cómo es llevada a cabo. Los usuarios exigen cada vez más y mejor atención de salud, así como también ser informados de sus diagnósticos, los procedimientos clínicos y sus tratamientos. Las escuelas formadoras deben, por tanto, incluir estas temáticas en el currículum, las que deben ser evaluadas con una ponderación importante y en el contexto real donde el estudiante pone de manifiesto sus competencias, es decir en la práctica clínica.

Adicionalmente, según el modelo por competencias que estamos implementando como facultad, sería interesante indagar en qué sucedería si los usuarios fueran tomados en cuenta en la medición de éstos aspectos, de manera de lograr una evaluación más auténtica. Para lograrlo ciertamente necesitamos saber cuál es la impresión que le merece al usuario participar en una práctica clínica y el peso que le da a su rol como parte de ésta actividad educativa

Pregunta de Investigación

Dado este contexto, cabe preguntarse entonces: ¿Cuál es la percepción de los actores involucrados en las prácticas clínicas de los estudiantes de Tecnología Médica, mención Radiología y Física Médica, de la Universidad de Chile; respecto a la disposición de los usuarios a participar de las prácticas y su rol en el proceso de enseñanza-aprendizaje?

Objetivo General

Conocer la percepción de los actores involucrados en la práctica de la carrera de Tecnología Médica de la Universidad de Chile en la mención de Radiología y Física Médica en relación a la disposición de los usuarios a participar en las prácticas clínicas de los estudiantes y su rol como actores del proceso enseñanza aprendizaje.

Objetivos Específicos

1. Conocer la disposición de los usuarios a participar en las prácticas clínicas de los estudiantes,
2. Evaluar las opiniones que estudiantes y profesionales tutores de práctica clínica tienen acerca de la disposición que los usuarios presentan al participar de las prácticas clínicas,
3. Conocer la percepción que los usuarios tienen de su rol como actores del proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes, y
4. Evaluar las opiniones que estudiantes y tutores clínicos de práctica tienen del rol del usuario en el proceso de enseñanza aprendizaje que ocurre en el contexto de la práctica asistencial

Marco Teórico

Práctica clínica

La práctica clínica, que implica enseñar y aprender en el contexto propio del trabajo, se instala en el corazón de la educación en ciencias de la salud. En el pregrado, las escuelas de la salud se esfuerzan en entregar a sus estudiantes tanta práctica clínica como sea posible. También se da a los estudiantes un contacto cada vez más temprano con los usuarios durante sus carreras. Esta modalidad de enseñanza involucra directamente a los usuarios y sus problemas (Spencer, 2003)

Aprender en el ambiente clínico tiene muchas fortalezas, entre las cuales podemos contar: El aprendizaje está centrado en el contexto de la práctica profesional, los estudiantes están motivados dada su relevancia y la participación activa que tienen, etc.

Este es el único espacio en el cual las habilidades para articular una historia, tener un razonamiento clínico, tomar decisiones, fortalecer la empatía y el profesionalismo son adquiridas de manera integrada.

Las prácticas clínicas tienen una representación relevante en el plan de estudios de la Escuela de Tecnología Médica. La proporción de horas prácticas va aumentando conforme el nivel curricular a partir del tercer año, con 15 horas semanales, hasta el nivel de internado en el quinto año con 45 horas semanales.

Para todo profesional de la salud es innegable el aporte que hacen las prácticas clínicas en la formación. Los estudiantes y egresados valoran la cantidad de horas prácticas y las consideran adecuadas para la formación que recibieron, es por esto que al momento de evaluar la calidad de la formación entregada en una escuela del área de la salud se hace una mirada inalienable hacia la práctica clínica, donde se evalúan los tiempos destinados a ella, así como también los centros de práctica que colaboran en la formación de los estudiantes.

El ambiente educativo que se vive en los centros de práctica clínica representa un contexto especial de enseñanza-aprendizaje, donde cohabitan múltiples actores que tributan de forma diferente, e incluso a veces inconscientemente colaborativa, al logro de los resultados de aprendizaje de la práctica. En esta colaboración están involucrados los estudiantes, los tutores clínicos y los usuarios. Esta “simbiosis docente” es uno de los aspectos que hace tan complejo caracterizar los centros de práctica como ambientes propicios de enseñanza, y hace que la enseñanza clínica presente problemas que debemos salir a solucionar durante el desarrollo de las prácticas, tales como: la falta de objetivos y expectativas claras, centrar el foco en el recuerdo de hechos y no en la resolución de problemas que desarrollen habilidades y actitudes, usualmente en los centros de práctica se enseña a un nivel demasiado alto para el nivel del estudiante, los estudiantes tienen un rol más bien pasivo en vez de una participación activa en los procedimientos, existe una inadecuada supervisión y provisión de retroalimentación, pocas oportunidades para la reflexión y la discusión, la “enseñanza por la vía de la humillación”, el no solicitar el consentimiento informado a los usuarios, falta de respeto a la privacidad y la dignidad de los usuarios, y por último la falta de congruencia y/o continuidad con el resto del currículum (Spencer, 2003)

Como pudimos observar en el listado anterior, existen una serie de estos problemas que involucran directa ó indirectamente a los usuarios, puesto que en presencia de algunos de los escenarios presentados, la calidad de atención hacia ellos tendrá un detrimento, disminuyendo su percepción de calidad en esa atención. Podemos deducir que los impactos de algunos de estos problemas van disminuyendo conforme aumenta el nivel curricular del estudiante en práctica, ya que con el tiempo el estudiante va ganando seguridad en el trabajo. Además; en los casos de falta de respeto a la privacidad, dignidad del enfermo y consentimiento informado, la disminución de éstos comportamientos depende fuertemente de la formación ética que tiene el plan de formación.

El aspecto de continuidad curricular es quizás más complejo, puesto que requiere de un manejo estratégico por parte de la institución formadora en el sentido de hacer a los centros de práctica partícipes efectivos del proyecto educativo que la

institución declara y mantener un programa de acompañamiento en el desarrollo de la labor docente que el centro de práctica realiza.

Centros de práctica y hospitales docentes

Un hospital docente es aquella institución que provee oportunidades de desarrollo y capacitación a profesionales de la salud simultáneamente con el cuidado médico del paciente (Devoredsky, Rosselot; 2009)

Afiliados o administrados directamente por una Facultad de Medicina, se les conoce también como hospitales universitarios. Se cree que en el primer hospital donde se permitió que alumnos practicaran en forma metódica bajo la supervisión de expertos apareció en Gundishapur, Persia. Desde sus comienzos, estas instituciones entregaban atención médica, entrenamiento a futuras generaciones y también desarrollaban innovadores programas con la tecnología más avanzada de la época, permitiendo avances en el conocimiento de la ciencia. Así se constituyó la triada básica del hospital académico que incluye atención clínica, formación profesional e investigación en salud (Devoredsky, Rosselot; 2009)

En nuestro medio se reconoce que, en función de los criterios actuales de competencia en la docencia universitaria y técnica, la preparación de los estudiantes debe ser realizada en los campos clínicos, tecnológicos, administrativos de los hospitales y consultorios de los Servicios de Salud (Román, et.al; 2007)

Históricamente, la relación entre el estado y las universidades con sus carreras de medicina se inició en el año 1833, mediante el Decreto N° 1329 del 19 de marzo de ese año, que creó la Escuela de Medicina en el Instituto Nacional. Posteriormente, las clases se trasladaron a los Hospitales San Juan de Dios y San Vicente de Paul, junto a la enseñanza práctica y los internados (Román, et.al; 2007)

Los hospitales de enseñanza son tan antiguos como el concepto de salud que surge con el Renacimiento. Sin embargo, la medicina flexneriana y su impacto en el aumento de la especialización, a partir de comienzos del siglo XX, amplió el alcance de estas instituciones, haciendo obligatoria la vinculación orgánica y la dependencia institucional entre Facultades de Medicina y Hospitales de Enseñanza. A lo largo del siglo pasado, se amplió el número, la importancia y la autonomía de los hospitales

universitarios, los cuales, aunque tuvieran funciones definidas en los sistemas de salud, en muy escasa medida se subordinaban institucionalmente a la lógica de esos sistemas (Médici, 2001)

A partir de los años setenta, nuevos desafíos comienzan a definir cambios en el horizonte de los servicios de salud, entre los cuales cabe destacar: a) la atención primaria como práctica asociada al concepto de democratización de la salud; b) las técnicas de prevención que cobran peso como instrumentos para prolongar la vida y reducir costos de los sistemas de salud; c) el crecimiento de la atención médica basada en el concepto de seguro, modificando las prácticas de las instituciones que administran los planes de salud y sometiendo la atención médica a rutinas, procedimientos y prácticas más estandarizadas, así como a controles externos, con la perspectiva de obtener resultados más costo - efectivos; d) el aumento del conocimiento y de la regulación del sector, estableciéndose un vínculo entre salud, ambiente, trabajo, alimentación y transporte; e) la multidisciplinariedad creciente de la atención de salud; f) el crecimiento de los mecanismos de defensa del consumidor y del aparato judicial contra prácticas que antes eran incuestionables, por ser monopolio del saber de la profesión médica, que nunca era cuestionada (Médici, 2001)

La salud de una población resulta ser una carga cada vez más pesada para los países. Las autoridades estatales le están transfiriendo este costo a las instituciones hasta ahora asistidas por ellas, demandando eficiencia y efectividad. Estos cambios han afectado el esfuerzo docente, tradicionalmente financiado por recursos públicos, constituyéndose en un problema mundial. Como una forma de competir con las instituciones no académicas, las instituciones académicas deberían transformarse. Existen estudios que describen estrategias que han usado los hospitales docentes para adaptarse a este nuevo escenario, las cuales van orientadas al establecimiento de redes de servicios, organizaciones híbridas clínico – educativas, entre otras estrategias.

En Chile, la realidad no es diferente a la tendencia mundial, sin embargo hay alcances particulares dados en el contexto de la reforma de salud que es necesario abordar.

Desde los años 90 a la fecha de la reforma de salud existían características legales y administrativas que sufrieron modificaciones con la promulgación de la ley de Garantías Explícitas en salud y la ley de Autoridad Sanitaria. Estos cambios están focalizados principalmente en los temas relacionados a:

1. Los actores institucionales participantes en los convenios docente-asistenciales: En éste punto, dado el nuevo sistema de redes asistenciales, que incluye establecimientos públicos, municipales y privados, la atribución del director del servicio de salud de firmar convenios docente-asistenciales se extiende al mundo privado, al mismo tiempo que los hospitales auto gestionados pueden establecer convenios docente-asistenciales de manera autónoma con carreras de la salud ó universidades.
2. Actores personales ó recurso humano, donde se norma las situaciones de cargos mixtos de profesionales de la salud en los establecimientos hospitalarios, estableciendo un mínimo de 22 horas contratadas para labor asistencial. La ley que modificó el estatuto médico funcionario permite una extensión de 11 horas para fines docentes con instituciones que tengan convenio con el servicio de salud.
3. Asignación y uso de campos clínicos del servicio de salud. Este punto fué trabajado en conjunto con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), lo que se materializó con la redacción de la Normativa N°711, sin embargo algunos puntos de esta normativa han resultado conflictivos, como la denominada "no cohabitación" ó exclusividad de utilización de campos clínicos y la compensación económica que exigen algunos servicios de salud.
4. Calidad de atención y su acreditación: En el establecimiento de protocolos de atención en referencia a patologías que se encuentran en la ley de garantías explícitas en salud, el Ministerio de Salud ha llamado a participar a las universidades, así como también la ley de autoridad sanitaria confiere poder al Ministerio de Salud para influir en la acreditación de programas, currículos y otras características de los centros formadores que deseen establecer convenios docente asistenciales con sus servicios de salud.

El avance en esta materia ha sido lento y aún hay muchas falencias. Uno de los factores que resulta importante es la complejidad del sistema universitario chileno, dada la expansión del sector privado de educación superior en ciencias de la salud y de

salud propiamente tal. Los primeros demandando al sistema más cupos de campo clínico para sus estudiantes y los segundos que usan en un gran porcentaje el recurso humano formado académicamente en el sector público, por lo que en función de la asistencia sanitaria nacional, es conveniente precisar el recurso humano que ambos sectores, público y privado, requieren tanto en número como en condiciones de especialización y certificación de calidad de sus profesionales. Urge en consecuencia, establecer bases claras y normas adecuadas que regulen la formación de un recurso profesional y técnico de salud óptimo en número y calidad para cumplir los objetivos de la reforma de salud. Para ello es de toda conveniencia establecer una relación docente - asistencial armónica que permita obtener el mejor perfil posible de los profesionales de la salud en función de una atención óptima de la población del país (Román, 2007)

En el caso de la Facultad de Medicina de Universidad de Chile, en los últimos años se ha establecido una política de campos clínicos que ha permitido establecer una red de centros con convenio tendiente a formalizar los vínculos que históricamente la Universidad ha tenido con los diferentes servicios de salud de la Región Metropolitana.

A su vez, la Universidad de Chile cuenta con su propio Hospital Universitario, el cual se constituye como el principal hospital docente del país. La historia de éste hospital se remonta al último tercio del siglo XIX y desde siempre ha estado ligado a la Universidad de Chile y en particular a la Facultad de Medicina. Un hito importante en la relación docente asistencial que el hospital mantiene para la facultad significó el cambio en el modelo de gestión del hospital ocurrido en el año 1994, donde debido a la culminación de un convenio entre el hospital y el Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde este último pagaba las prestaciones que los usuarios del sistema público de salud recibían en el hospital. Dado éste escenario, el hospital tuvo que entrar al mercado de la salud y pasar a ser un centro de salud prácticamente auto gestionado, produciendo cerca del 90% de su presupuesto. Gracias a este crecimiento, el hospital pudo invertir en infraestructura y personal calificado, lo que le permitió realizar prestaciones cada vez de mayor complejidad.

Así las cosas existen requerimientos de eficacia y, sobre todo, eficiencia que ciertamente tienen repercusiones en la actividad docente – asistencial que el hospital realiza.

La Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Chile, siguiendo la política de campos clínicos de la Facultad de Medicina, ha usado los campos clínicos de la red para la formación de sus estudiantes en las cinco menciones que imparte y ha fortalecido los lazos con las instituciones que tradicionalmente han colaborado en la docencia clínica. No ajenos a estos cambios, la Escuela ha tenido que enfrentar nuevos desafíos a partir de situaciones que, en primera instancia pueden presentarse como un problema, tales como la cohabitación de universidades privadas, y el aumento de los requerimientos de los propios centros, en cuanto a eficiencia y eficacia, así como también el mayor empoderamiento de los usuarios acerca de sus motivos de consulta. El advenimiento de estos desafíos ha llevado a reformular la forma de evaluar algunos aspectos del desempeño de los estudiantes en la práctica clínica, poniendo énfasis en la calidad de atención al usuario, la entrega de indicaciones e información, la rapidez de ejecución de procedimientos, entre otros.

Usuarios como actores del proceso enseñanza – aprendizaje

El contexto asistencial expuesto anteriormente y el empoderamiento cada vez más profundo de las personas acerca de sus problemas de salud, hace que los anteriormente llamados “pacientes” pasen a ser llamados “usuarios” del sistema de salud. Esto no es sólo un cambio cosmético, sino que indica un cambio de paradigma importante, que ciertamente interfiere en la relación docente asistencial que se establece actualmente con las personas.

El usuario hoy está más informado acerca de su problema de salud, conoce sus derechos y sabe que la reglamentación lo protege como enfermo y como cliente. Esto sumado a las características psicológicas propias de un usuario de servicios de salud, tales como la ansiedad, el miedo, la irritabilidad, intolerancia, el pudor, entre otras; hacen que el estudio de la precepción que el usuario tiene acerca del estudiante sea un nicho de conocimiento poco abordado, puesto que tradicionalmente el usuario ha sido considerado como un actor pasivo del proceso educativo del estudiante.

En este marco social, la relación profesional-paciente ya no se restringe a la relación entre dos agentes y se habla de “relación clínica”, más que de relación profesional-usuario, participando en ella el usuario y su grupo familiar, el médico tratante, médicos especialistas, enfermeras y otros profesionales. En esta múltiple

interacción, se encuentra también el estudiante que se relaciona con el enfermo, sea en salas de hospital o en centros de atención ambulatoria. Estos estudiantes necesitan adquirir habilidades y destrezas que sólo es posible obtenerlas mediante entrevistas con usuarios, examen físico y ejecución de procedimientos diagnósticos o terapéuticos (Beca, 2006)

El contacto con los usuarios del sistema de salud se constituye como el corazón de la docencia clínica, sin embargo son pocas las investigaciones que toman en consideración la percepción, disposición u opinión de los usuarios hacia la atención prestada por estudiantes en práctica. De estas investigaciones se han podido reconocer impresiones que se repiten en los usuarios al ser consultados acerca de su disposición a participar de prácticas clínicas. Los usuarios en general mantienen una opinión positiva acerca de la atención del estudiante en práctica, incluso antes de observar su desempeño; creen que se debería solicitar un consentimiento informado cuando el estudiante realizará el procedimiento solo, los usuarios muestran renuencia a que procedimientos íntimos u emocionales sean realizados por estudiantes, los usuarios se ven como contribuyentes del proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante con una alta cuota de altruismo y sienten que con los estudiantes existe mayor tiempo para conversar acerca de sus problemas de salud, a la vez que aprenden más en relación a lo que los aqueja (Haffling, 2008)

La buena disposición que empíricamente se observa en los usuarios a colaborar con las prácticas clínicas de los estudiantes, es un denominador común en los escenarios de práctica, sobre todo si estos son hospitales docentes. Sin embargo, es importante consignar la importancia que los usuarios dan al consentimiento informado como una herramienta que los hace pasar de jugar un rol pasivo en el proceso de aprendizaje de los estudiantes a ser actores voluntarios de este proceso. El consentimiento informado, aunque se ha masificado en el contexto eminentemente clínico, es un documento que pocas veces se solicita en los casos de práctica clínica, puesto que se mantiene la visión de tener al usuario al margen del proceso de enseñanza aprendizaje, tomándolo como un sujeto de estudio mas que como una persona que voluntariamente acepta participar en docencia. No se han recopilado

antecedentes suficientes que revelen el impacto que la solicitud de este consentimiento tenga en el desarrollo de las prácticas clínicas.

Los usuarios cada vez están más conscientes de sus derechos en salud, más informados y exigen sus derechos abiertamente. Dado este escenario, el 13 de abril de 2012 se promulga la ley N° 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Esta ley establece claramente un listado de garantías y obligaciones que los usuarios deben exigir y cumplir, respectivamente. Esta ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud y sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud (Ley 20584; 2012)

De los derechos que se establecen por ley, los que tienen mayor relación con el trabajo en campo clínico son: Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud; recibir un trato digno, respetando su privacidad; ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad, recibir una atención de salud de calidad y segura según los protocolos establecidos, no ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su consentimiento, que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención, aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria; recibir visitas, compañía y asistencia espiritual; consultar o reclamar respecto a la atención de salud recibida, a ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza y a exigir que el personal de salud porte una identificación. Dado este contexto, escenario dado por la ley de garantías explícitas en salud en cuanto a la calidad de atención, el establecimiento de convenios docente asistenciales y la ley de derechos y deberes del paciente, los centros de práctica clínica son cada vez más cuidadosos en cuanto a las actividades que pueden realizar los estudiantes con los usuarios, lo cual se evidencia en la nueva mirada que el profesional a cargo del estudiante tiene acerca del usuario y el rol que debería jugar el estudiante cuando se enfrenta a un usuario en su práctica.

Los estudiantes, por su parte, son evaluados en relación a la calidad de atención al usuario. Esta evaluación puede llegar a optimizarse si de antemano conocemos la disposición de los usuarios a participar en las prácticas clínicas, ya que si ésta es buena, tal y como nos demuestra la literatura, podemos eventualmente involucrarlos en la evaluación de los estudiantes, lo cual haría más auténtica la evaluación y usaríamos la motivación altruista del usuario como un recurso a nuestro favor como unidad educativa a la vez que le sería útil al propio centro de práctica como una forma de medir un indicador de calidad de servicio al usuario.

Existen experiencias internacionales que demuestran que los usuarios, al ser tomados en cuenta como actores del proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante, toman su rol como un rol activo, ya que se sienten un "experto" acerca de su propia condición de salud y reconocen la importancia que ellos tienen como facilitadores en el desarrollo de habilidades y actitudes profesionales en los estudiantes. Por otra parte, los usuarios sienten que esta participación también les trae beneficios, en el sentido de poder hablar con alguien acerca de su problema de salud, aprender más acerca de ellos mismos y su problema de salud, tener la satisfacción de ayudar (Stacy, *et.al*; 1999)

Dentro de las áreas donde se ha reportado que los usuarios pueden contribuir de manera más útil en la evaluación de los estudiantes es el área de la comunicación efectiva, habilidades psicológicas, tales como la empatía y la asertividad; y valores como el respeto y el sentido ético. Davis *et.al* manifiesta claramente el nicho que la participación del usuario ocupa en la evaluación de los estudiantes, reconociendo que el tutor clínico no puede estar presente en la puesta en escena clínica de cada estudiante, por lo que un fortalecimiento del rol del usuario en la evaluación de las habilidades comunicativas de los estudiantes permitiría considerar la impresión de los usuarios para complementar el rol del docente clínico (Davis, *et.al*; 2008).

Comunicación como competencia profesional en el área de la salud y su utilidad en modelos curriculares por competencias

Hoy las habilidades comunicacionales tienden a considerarse una competencia profesional más dentro de las profesiones del área de la salud, por lo tanto son

susceptibles de ser enseñadas y aprendidas (Rider et.al; 2006. Citado por Davis; 2009). Se ha sugerido que la mejora en las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud se correlaciona con una mejora en los resultados clínicos (Rider et.al; 2006. Citado por Davis; 2009).

El entrenamiento de los estudiantes en comunicación debe comenzar en el período pre clínico, es decir antes de que los estudiantes comiencen su práctica clínica, y debe reforzarse durante los niveles superiores (Aspegren; 1999)

Una de las mejores formas de introducir a los estudiantes en las competencias de comunicación efectiva es a través del uso de pacientes estandarizados (PE). Los PE son un valioso recurso para enseñar y medir habilidades de comunicación en los estudiantes. En su rol de “pacientes reales” también pueden ser usados para entregar una retroalimentación al estudiante y evaluar su desempeño en áreas específicas (Cleland;2009)

La metodología de PE puede ser llevada a cabo por personas voluntarias o por actores profesionales. Hay diferencias en cuanto a la calidad de la representación, así como también en cuanto a los costos de implementación de los centros de simulación clínica. Es importante recalcar que estos PE pueden tener, incluso, un rol de instructores desde el momento en que son entrenados y realizan retroalimentación a los estudiantes acerca de sus desempeños (Cleland;2009)

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha dado inicio a la implementación del nuevo plan de estudios en las ocho carreras de pregrado que la componen. Este proceso de innovación curricular ha seguido directrices plasmadas en el modelo educativo que la Facultad estableció. Según este documento, el proceso formativo de calidad de Facultad de Medicina de la Universidad de Chile debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Formación según los requerimientos de País
2. Formación orientada a competencias y logros de aprendizaje
3. Formación para el pensamiento autónomo: crítico, analítico, ético

4. Formación integral e integrada
5. Proceso centrado en los estudiantes
6. Altos estándares de aprendizaje para todos los estudiantes
7. Relacionar el pregrado con la formación continua y el postgrado
8. Flexibilidad
9. Movilidad

Por otra parte, el documento también establece los criterios de rigor que deben tener los currículum de todas las carreras de la facultad, los cuales son: Coherencia, viabilidad, consistencia interna, articulación e integración (Facultad de Medicina. Universidad de Chile; 2013)

Al trabajar con modelos por competencias debemos cautelar el cumplimiento de los preceptos descritos en el modelo educativo. Es por esto que la Escuela de Tecnología Médica definió un perfil de egreso para su nuevo modelo curricular por competencias, el cual sirve de guía para la construcción del currículum y es expuesto en el siguiente párrafo:

“El Tecnólogo Médico de la Universidad de Chile es un profesional universitario con mención en una de las áreas de: Bioanálisis Clínico Molecular, Hematología y Medicina Transfusional; Imagenología, Radioterapia y Física Médica; Morfofisiopatología y Citodiagnóstico; Oftalmología y Optometría; Otorrinolaringología; capaz de comprender e integrar los conocimientos científicos con la tecnología utilizada en biomedicina, aplicándola al servicio de la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud del individuo y su entorno, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población.

Ejerce su rol con responsabilidad y liderazgo y participa en equipos multidisciplinarios. Su actuar se basa en el razonamiento científico y clínico, para identificar y solucionar problemas inherentes a su rol.

Utiliza la gestión administrativa y el aseguramiento de la calidad en su desempeño profesional, generando condiciones y oportunidades, o instalando necesidades y

proponiendo acciones que favorezcan la eficiencia, eficacia y confiabilidad de su quehacer.

En Investigación aplica el método científico, contribuyendo al desarrollo disciplinar y de la salud pública, aportando también a mejorar el servicio que entrega a la comunidad y al país.

Desarrolla actividades educativas destinadas a fomentar la prevención y promoción de la salud en la población, a involucrar al paciente y grupo familiar en su tratamiento y rehabilitación, así como a generar actividades de reflexión y encuentro con sus pares y el equipo de salud, para lograr los objetivos sanitarios comunes.

Su formación se sustenta en sólidos conocimientos en ciencias básicas y profesionales, valores éticos, bioéticos, compromiso ciudadano y responsabilidad social”

(Escuela de Tecnología Médica. Universidad de Chile; 2006)

Esta corresponde a la “Hoja de ruta” del modelo curricular por competencias de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Chile, de la cual se desprende la necesidad de hacer más amplia la formación del Tecnólogo Médico en el pregrado. Una de las áreas que se ha fomentado en este contexto es la adquisición de competencias de comunicación en los estudiantes, ya que es reconocida como competencia genérica que tributa al propio desempeño profesional asistencial como también a otras áreas como la educación en salud.

En los modelos curriculares por competencias es importante hacer que las evaluaciones sean cada vez más auténticas. Su propósito principal es mejorar la calidad del proceso de aprendizaje y aumentar la probabilidad de que todos los estudiantes aprendan. En este sentido, la evaluación auténtica constituye una actividad formadora (Nunziatti, G. 1990; citado por Condemarín y Medina, 2004) que permite regular los aprendizajes; es decir, comprenderlos, retroalimentarlos y mejorar los procesos involucrados en ellos.

La formación de los estudiantes en comunicación es idónea para incorporar la evaluación auténtica como método de medición de aprendizajes. Esta labor puede ser

realizada en parte, como se dijo anteriormente, por los propios pacientes estandarizados. Si somos capaces de introducir este tipo de evaluaciones en etapas tempranas de la formación, el estudiante estará más familiarizado y recibirá de mejor manera una evaluación de un paciente real.

Marco Epistemológico

Dada la naturaleza del estudio y las características del campo que queremos investigar, el modelo estudio que se ajusta a nuestros requerimientos es el estudio de casos desarrollado desde el paradigma interpretativo.

El estudio de casos surge como metodología cualitativa en respuesta a una crisis del concepto moderno de ciencia, que tiene sus bases en el positivismo Comtiano. La crisis deviene del fracaso de la ciencia moderna, de toda ella, para producir los resultados prometidos: el abuso y mal uso del conocimiento científico, la discrepancia entre la forma en que la ciencia moderna se suponía que iba a funcionar en teoría y cómo en la realidad opera, la inadecuada o insuficiente consideración que hace la ciencia moderna de la dimensión mística y metafísica de la existencia humana, su incompetencia para resolver los más importantes problemas del siglo veinte, incluyendo la degradación ambiental, la pobreza, las guerras y las hambrunas. En todo ello radica el cuestionamiento a la ciencia moderna, que a su vez es parte de un juicio más amplio dirigido a la principal herencia de la Ilustración: la fe en el progreso y en la razón (Reyes, Hernandez; 2008)

La teoría de la relatividad de Einstein significa la primera ruptura epistemológica, mientras que la física cuántica significó la segunda ruptura con el paradigma moderno. Einstein relativizó la exactitud de la ley de Newton en el campo de la astrofísica, en tanto que la física cuántica lo hizo en el campo de la microfísica. A estas dos se agregan el teorema del estado incompleto en el campo de la matemática formulado por Gödel y la teoría de las estructuras disipativas de Prigogine. Todo ello dio lugar a una reflexión epistemológica, entre cuyos temas destacan: el concepto de ley que ha sido parcialmente reemplazado por nociones como sistema, estructura, modelo y procesos. El concepto de causalidad ha sido cuestionado tanto desde el punto de vista ontológico como metodológico; se cree que el lugar central que ha ocupado el concepto de causalidad en la ciencia moderna proviene principalmente de razones pragmáticas, más que ontológicas o metodológicas (Reyes, Hernandez; 2008). Hoy la cuestión no es cómo sobrevivir a las dificultades que el entorno natural presenta a las poblaciones humanas, hoy la pregunta es ¿Cómo vivir? Esta respuesta requiere

de otro tipo de conocimiento, que involucre al investigador con lo que estudia, al punto de que todo conocimiento sea autoconocimiento, eliminando la dicotomía sujeto-objeto. La ciencia pos-moderna trata de rescatar el sentido común, porque reconoce en él capacidad para enriquecer la relación del ser humano con el mundo, en la medida en que construye su visión del mundo a partir de la acción y se funda en el principio de responsabilidad y creatividad individuales, es decir, es práctico y pragmático. Reproduce el conocimiento a partir de las trayectorias y experiencias de vida de un determinado grupo, y es ese vínculo con la experiencia del grupo lo que le da confianza y seguridad. Otro tanto se puede afirmar en relación al conocimiento intuitivo.

El estudio de casos, como modalidad de investigación, persigue el entendimiento cabal, la comprensión en profundidad, de un fenómeno en escenarios individuales, para descubrir relaciones y conceptos importantes, más que verificar o comprobar proposiciones previamente establecidas (Zapata citado en Reyes, Hernandez; 2004). Consiste en un examen detallado, completo e intensivo de una situación, de un sujeto o de un evento en su propio contexto y desde una perspectiva integral. Para ello se sirve de la observación directa, la experiencia e información aportada por los informantes y la interacción social del investigador con estos. Se consideran como ventajas del estudio de caso el énfasis que se pone en el contexto y mirar desde el interior, una mirada en profundidad y holística que permite capturar la interacción entre numerosas variables, impactadas en procesos altamente dinámicos, como los que tienen lugar en las organizaciones y en las relaciones interpersonales. El caso puede estar representado por un fenómeno, situación o acontecimiento social de interés ubicado en una organización, colectivo, comunidad ó país claramente delimitados y puede tratarse de un caso único, representativo o excepcional o casos múltiples.

Las desventajas del estudio de casos emergen por la poca base que poseen para generalizaciones científicas, presentan el riesgo de imprecisión, falta de objetividad y rigor y pueden incidir consideraciones éticas: sesgos o problemas de prejuicios. Sin embargo, estas desventajas pueden ser minimizadas a través de diversas alternativas metodológicas, las que en el caso de este estudio se explicitan más adelante.

De esta manera, se concibe ésta investigación como un estudio de casos mixto, siguiendo una metodología inductiva; donde entendemos el caso como el ambiente que perciben los distintos actores involucrados en la práctica clínica de los estudiantes de Tecnología Médica efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. En este caso queremos conocer la percepción de los actores involucrados acerca de la disposición de los usuarios a participar en las prácticas clínicas y conocer cómo sienten los mismos actores, el rol que juegan los usuarios en el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes.

Entendemos éste escenario como una relación interpersonal compleja, que debe ser examinada en profundidad desde el mismo contexto en el cual acontece, donde el estudio de casos se presenta como la alternativa más adecuada que nos permitirá alcanzar los objetivos propuestos.

Marco Metodológico

Estudio de caso

Del análisis epistemológico que da origen al estudio de caso como una forma de investigación cualitativa, se desprende la metodología que este tipo de estudio nos ofrece.

El método de estudio de caso es apropiado para estudiar situaciones particulares en profundidad, donde se requiera estudiar en detalle a los sujetos pertinentes. La fuente de información es rica en el sentido de que mucho se puede aprender de los ejemplos utilizados en el estudio. Se puede obtener una valiosa información en el caso de la manera de mejorar un programa al estudiar a las personas que hayan tenido un éxito particular o a los que no lo han tenido. Los sujetos experimentales en un estudio de caso lo pueden constituir una persona, un evento, un programa, un grupo social, un incidente crítico, familia o comunidad (Huerta, 2005). En el caso de esta investigación, el estudio de caso es la metodología que más se ajusta a los objetivos propuestos, ya que los hechos ocurren en un contexto identificable claramente, con una rica diversidad de puntos de vista acerca del tema a tratar. Los sujetos experimentales se encuentran dentro de grupos sociales que se constituyen para ese contexto particular, tales como los propios usuarios, los estudiantes y los profesionales tutores de práctica clínica.

Los fundamentos epistemológicos que dan sentido a la metodología de estudio de caso cualitativo son principalmente: La posibilidad de conocimiento, las formas de conocimiento y la cuestión del criterio de verdad. En relación a la posibilidad de conocimiento, la metodología cualitativa de estudio de caso se revela frente a la idea moderna de ciencia en el sentido de que suspende la exclusividad de la cuantificación como la única vía para acceder a proposiciones generales. Las generalizaciones que se desprenden del estudio de caso cualitativo son más bien analíticas, las cuales buscan elaborar proposiciones teóricas para ofrecer interpretaciones del fenómeno sometido a estudio.

En cuanto a las formas de conocimiento, se rescatan el sentido común y la intuición. En lo que respecta a la intuición, el reconocimiento se condice con reconocer

al investigador como un ser que actúa en plenitud como ente pensante, sensible y volitivo.

Finalmente, en lo que respecta a la cuestión del criterio de verdad, la metodología cualitativa afirma que no existe un solo método ni una sola respuesta a la misma pregunta, se reconoce que existen distintos puntos de vista, cada uno con su propia justificación y alcance. En lo estrictamente metodológico, este estudio reconoce el recurso de la intersubjetividad en el examen del objeto en estudio, principalmente por la riqueza que la diversidad de percepciones implica. Aquí radica el concepto de confiabilidad al cual tributan la concordancia interpretativa entre distintos investigadores y la rigurosidad en la aplicación del método elegido, lo cual asegura que los contenidos cognitivos tienen carácter objetivo. De esta forma, la interpretación de los resultados es valorada por su objetividad y confiabilidad. Otro aspecto que también tributa al criterio de verdad es la triangulación de fuentes y de métodos de recogida de datos, los cuales aportan criterios de rigor a la investigación

Sujetos en estudio

Se consideraron en el desarrollo de este estudio, las percepciones de los usuarios, estudiantes y profesionales supervisores de las prácticas clínicas en cuanto se reconocen como los actores involucrados de mayor relevancia en el desarrollo de estas actividades.

El estudio se realizó en el contexto propio de un hospital docente. En este caso, se seleccionó el Centro de Imagenología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH).

El universo estudiado fué: la totalidad de tutores clínicos del centro de imagenología del HCUCH, la totalidad de los estudiantes de Tecnología Médica, mención Radiología y Física Médica de la Universidad de Chile y la totalidad de los usuarios (pacientes) del Centro de Imagenología del HCUCH.

Estos actores involucrados debieron cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión Usuarios

1. Ser usuario actual ó pasado del Centro de Imagenología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Criterios de inclusión Estudiantes:

1. Ser estudiante regular de quinto año de la Carrera de Tecnología Médica de la mención Radiología y Física Médica.

Criterios de inclusión Tutores Clínicos

1. Ser poseedor del título de Tecnólogo Médico, mención Radiología y Física Médica, y
2. Ser supervisor de prácticas clínicas, a lo menos, durante los tres años inmediatamente anteriores a la consulta de manera ininterrumpida en ése mismo centro.

Diseño de la Investigación

La presente investigación se constituyó como un estudio de caso de tipo inductivo, por lo tanto se guiará en base a tres fases principales: Fase documental, fase referencial-empírica y fase interpretativa.

La fase documental recopiló la evidencia encontrada en estudios previos relacionados al tema, así como también los aspectos legales e históricos que apoyan los supuestos que aquí se declaran. Esta documentación, dada la naturaleza principalmente constructivista del estudio, sufrió modificaciones en las cuales eliminaron o agregaron temas, dependiendo de los hallazgos encontrados durante el trabajo de campo. De esta fase se obtuvo como producto el marco teórico referencial sobre el cual se dio inicio a la investigación.

La fase referencial-empírica hace relación a la descripción del caso seleccionado, la definición de las unidades de análisis e información y la selección de los instrumentos de recogida de datos.

Como una forma de aumentar la validez del estudio, se usaron tres instrumentos de recolección de datos, los que fueron aplicados dependiendo del actor que se quiera estudiar. A los usuarios, por ser el centro de la investigación, se les aplicó la entrevista semi estructurada como método de recolección, en cambio que a estudiantes y tutores clínicos se aplicó un cuestionario auto administrado, de manera de recabar antecedentes mucho más concretos acerca del fenómeno en estudio. Durante el

trabajo de campo se decidió realizar un focus group a una muestra de tutores clínicos para confirmar respuestas que habían quedado poco claras en los cuestionarios auto administrados. Los resultados de éste grupo focal se presentaron a modo de complementar la discusión.

Los instrumentos de recolección de información fueron sometidos a validación con usuarios, estudiantes y profesionales; y además con dos expertos en metodología de investigación cualitativa.

El número de sujetos que se estudiaron estuvo determinado por el grupo en estudio. En el caso de los usuarios este número se determinó mediante la saturación de la información que estos entreguen en las entrevistas semi estructuradas que se realizarán, que en éste caso correspondió a 8 usuarios. En el caso de estudiantes, al universo que cumplió con los criterios de selección nombrados anteriormente, el cual fue de 15 estudiantes. En el caso de los tutores clínicos, se entregó el cuestionario a 10 de los 13 Tecnólogos Médicos que cumplían los criterios de inclusión. Se recibieron un total de 8 cuestionarios autoadministrados provenientes de éste grupo.

Para diseñar los instrumentos de recogida de datos, en primer lugar se establecieron las dimensiones de análisis en base a la literatura consultada para desde ellas, generar las preguntas que formaron parte de los cuestionarios y sus categorías. A continuación se presentan las dimensiones y las correspondientes preguntas establecidas para cada una.

Cuestionario de tutores clínicos

| DIMENSIÓN | PREGUNTA | CATEGORÍAS |
|--|---|--|
| Disposición del usuario a participar de la práctica, percibida por el tutor | 1. Dada su experiencia como tutor clínico de los estudiantes de Tecnología Médica, ¿Cómo ha sido la disposición de los usuarios a participar en las prácticas | a) Muy buena b) La mayoría de las veces es buena c) La mayoría de las veces no es buena d) Muy mala |

| | | |
|--|---|---|
| | de los estudiantes a su cargo? | |
| Experiencias | 2. ¿Ha tenido usted experiencias negativas con usuarios en la práctica de los estudiantes? | a) Sí b) No |
| | 2,a. En caso de responder si, ¿De qué tipo fué esa experiencia? | a) El usuario se negó rotundamente a ser atendido por el estudiante b)El usuario no estuvo conforme con la atención que el estudiante le brindó c) Otra, ¿Cómo fué? _____ |
| Solicitud de consentimiento informado al usuario | 3. En el centro donde usted se desempeña como tutor clínico, ¿Cuál es la forma en como se recibe el consentimiento del usuario a participar en la práctica clínica? | Abierta |
| Valoración del rol del usuario en la práctica clínica | 4. ¿Cuál es el lugar que usted siente que nuestro sistema le ha asignado al usuario en la formación profesional de los estudiantes de Tecnología Médica? | Abierta |

| | | |
|---|---|--|
| | 5. Desde su mirada personal, ¿Cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema, es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica? | a) Si. Por qué? _____ b) No. Por qué? _____ |
| Grado de acuerdo del tutor acerca de recibir retroalimentación del usuario | 6. ¿Estaría usted de acuerdo con que el usuario pueda dar una retroalimentación acerca del desempeño del estudiante durante la atención? | a) Si. Por qué? _____ b) No. Por qué? _____ |
| | 6.a. ¿Cree conveniente que esa retroalimentación sea considerada en la calificación final de práctica clínica del estudiante? | a) Si. Por qué? _____ b) No. Por qué? _____ |
| Utilidad de la retroalimentación del usuario, percibida por el tutor | 7. ¿En el fortalecimiento de qué habilidades profesionales cree usted que la retroalimentación del usuario puede ser útil en la formación de los estudiantes? | Abierta |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Impedimentos y facilitadores percibidos por los tutores para que se concrete la retroalimentación</p> | <p>8. Marque los elementos actuales que usted cree que son facilitadores de que esta retroalimentación algún día se concrete (marque las 3 más importantes)</p> | <p>a) Voluntad del campo clínico b) Motivación de los tutores clínicos c) Motivación de los estudiantes d) Motivación de la escuela e) Motivación de los usuarios f) Tiempo destinado a las prácticas g) Experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas h) Otra</p> <hr/> |
| | <p>9. Marque los elementos actuales que usted cree que son impedimentos de que esta retroalimentación algún día se concrete (marque las 3 más importantes)</p> | <p>a) Poca voluntad del campo clínico b) Poca motivación de los tutores clínicos c) Poca motivación de los estudiantes d) Poca voluntad de la escuela e) Poca motivación de los usuarios f) Poco tiempo de práctica clínica g) Poca ó nula experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas h) Otra</p> <hr/> |

Cuestionario de estudiantes

| DIMENSIÓN | PREGUNTA | CATEGORÍAS |
|---|--|---|
| Disposición del usuario a participar de la práctica, percibida por el estudiante | 1. Según su paso en prácticas clínicas de la carrera, ¿Cómo siente usted que es la prestancia ó disposición de los usuarios a ser atendidos por usted? | a) Muy buena b) La mayoría de las veces es buena c) La mayoría de las veces no es buena d) Muy mala |
| Experiencias negativas vividas por el estudiante que hayan influido en la percepción que tiene | 2. ¿Ha tenido usted experiencias negativas con usuarios en su práctica? | a) Sí b) No |
| | 2,a. En caso de responder si, ¿De qué tipo fué esa experiencia? | a) El usuario se negó rotundamente a ser atendido por usted b)El usuario no estuvo conforme con la atención que usted le brindó c) Otra, ¿Cómo fué?_____ |
| Solicitud de consentimiento informado al usuario | 3. En los centros donde usted ha realizado su práctica clínica, ¿Con qué frecuencia se solicita consentimiento informado por escrito al usuario antes de que sea usted quien lo atienda? | a) Siempre se solicita b) En la mayoría si se solicita c) En la mayoría no se solicita d) Nunca le ha solicitado consentimiento informado por escrito a un usuario |

| | | |
|--|---|---|
| | 4. En los centros donde usted ha realizado su práctica clínica, ¿Con qué frecuencia se solicita consentimiento informado de manera verbal al usuario antes de que sea usted quien lo atienda? | a) Siempre se solicita b) En la mayoría si se solicita c) En la mayoría no se solicita d) Nunca le ha solicitado consentimiento informado por escrito a un usuario |
| | 5. En caso de haber respondido A,B o C en la pregunta anterior: ¿Ha existido una forma donde se consigne el consentimiento dado verbalmente al usuario? | a) Si, ¿Cómo? _____ b) No |
| Valoración del rol del usuario en la práctica clínica | 6. Según su percepción ¿Cuál es el lugar que nuestro sistema le asigna al usuario en la formación profesional de los estudiantes? | ABIERTA |
| | 7. Desde su mirada personal: ¿cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica? | a) Si, ¿Por qué? _____ b) No, ¿Por qué? _____ |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Grado de acuerdo del estudiante acerca de recibir retroalimentación del usuario</p> | <p>8. ¿Estaría usted de acuerdo en recibir una retroalimentación acerca de su desempeño durante la atención, de parte del usuario?</p> | <p>a) Si, ¿Por qué? _____ b) No, ¿Por qué? _____</p> |
| | <p>8.a ¿Y estaría usted de acuerdo con que esa retroalimentación sea considerada en su calificación final de práctica clínica?</p> | <p>a) Si, ¿Por qué? _____ b) No, ¿Por qué? _____</p> |
| <p>Utilidad de la retroalimentación del usuario, percibida por el estudiante</p> | <p>9. ¿En el fortalecimiento de qué habilidades profesionales cree usted que la retroalimentación del usuario puede serle útil en su formación?</p> | <p>ABIERTA</p> |
| <p>Impedimentos y facilitadores percibidos por los estudiantes para que se concrete la retroalimentación</p> | <p>10. Marque los elementos actuales que usted cree que son facilitadores de que esta retroalimentación se concrete (máximo 3)</p> | <p>a) Voluntad del campo clínico b) Motivación de los tutores clínicos c) Motivación de los estudiantes d) Motivación de la escuela e) Motivación de los usuarios f) Tiempo destinado a las prácticas g) Experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas h) Otra _____</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>11. Marque los elementos actuales que usted cree son impedimentos de que esta retroalimentación se concrete (máximo 3)</p> | <p>a) Poca voluntad del campo clínico b) Poca motivación de los tutores clínicos c) Poca motivación de los estudiantes d) Poca voluntad de la escuela e) Poca motivación de los usuarios f) Poco tiempo de práctica clínica g) Poca ó nula experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas h) _____ Otra</p> |
|--|---|--|

Entrevista semi estructurada a usuarios

| Dimensión | Preguntas |
|---|---|
| <p>Opinión respecto a ser sujetos de aprendizaje en las prácticas clínicas</p> | <p>1. ¿Qué opinión le merece a usted el que su atención de salud pueda sea realizada por un/a estudiante que está en etapa de formación? (Si responde vagamente, indagar con preguntas dirigidas para conocer la disposición que tiene a participar de la práctica)</p> |
| <p>Percepciones acerca de los roles actuales y potenciales del usuario en práctica clínica</p> | <p>2 . Si usted ha participado ó llegase a participar en una práctica clínica, ¿Cuál es el rol que usted siente que juega como usuario en el aprendizaje de ese estudiante?</p> <p>3. ¿Siente que ese papel o rol es importante? ¿Por qué?</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>4 . ¿Qué opinión le merecería el saber que en éste hospital docente, los usuarios pueden entregar una retroalimentación al estudiante que lo atiende?</p> <p>5. Si usted tuviera la oportunidad de entregar una retroalimentación al estudiante luego de que practicara la atención de salud, ¿En qué habilidades cree usted que su colaboración puede ser importante?</p> |
|--|---|

Una vez validados, los cuestionarios fueron entregados a los profesionales tutores previa autorización de la jefatura del servicio correspondiente. Los estudiantes fueron reclutados voluntariamente para aplicarles el cuestionario.

La última fase, denominada fase interpretativa, es la que se presenta en éste informe final con la presentación de resultados, la discusión y las conclusiones finales de la investigación.

Los criterios de calidad que sustentarán la investigación serán criterios éticos en cuanto a solicitar consentimiento informado a los participantes y garantizar su anonimato a fin de cumplir el criterio de credibilidad de los estudios cualitativos. También se considerarán criterios metodológicos relacionados al proceso de recolección de datos, basado en la elaboración producto de una revisión teórica cuidadosa; y la validez de la investigación, que contempla la triangulación de métodos de recogida de datos y de impresiones de distintos grupos de sujetos; en este caso usuarios, estudiantes y tutores clínicos.

Resultados

1. Encuestas a tutores clínicos

De un total de 15 tutores clínicos, se logró entregar el cuestionario a 10 de ellos. Respondieron los cuestionarios un total de 8 tutores clínicos. A continuación se presentan resultados con sus frecuencias por pregunta.

Preguntas cerradas

| Pregunta | Alternativas de respuesta | Frecuencia |
|--|---|------------|
| 1. Dada su experiencia como tutor clínico de los estudiantes de Tecnología Médica, ¿Cómo ha sido la disposición de los usuarios a participar en las prácticas de los estudiantes a su cargo? | A. Muy buena | 6 |
| | B. La mayoría de las veces es buena | 1 |
| | C. La mayoría de las veces no es buena | 0 |
| | D. Muy mala | 0 |
| 2. ¿Ha tenido usted experiencias negativas con usuarios en la práctica de los estudiantes? | A. Si | 2 |
| | B. No | 5 |
| 2a. En caso de responder si, ¿De qué tipo fue esa experiencia? | A. El usuario se negó a ser atendido por estudiante | 0 |
| | B. El usuario no estuvo conforme con la atención que el estudiante le brindó | 1 |
| | C. Otra | 1 |

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| 5. Desde su mirada personal : ¿Cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema, es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica? | A. Si, ¿Por qué? B. No, ¿Por qué? | 5 2 |
| 6. ¿Estaría usted de acuerdo con que el usuario pueda dar una retroalimentación acerca del desempeño del estudiante durante la atención? | A. Si, ¿Por qué? B. No, ¿Por qué? | 5 2 |
| 6.a. ¿Cree conveniente que esa retroalimentación sea considerada en la calificación final de práctica clínica del estudiante? | A. Si, ¿Por qué? B. No, ¿Por qué? | 3 2 |
| 8. Marque los elementos actuales que usted cree que son facilitadores para que esta retroalimentación algún día se concrete (marque las 3 más importantes) | a) Voluntad del campo clínico b) Motivación de los tutores clínicos c) Motivación de los estudiantes d) Motivación de la escuela e) Motivación de los usuarios f) Tiempo destinado a las prácticas g) Experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas | 3 1 0 1 1 2 1 |

| | | |
|--|--|---|
| | | |
| <p>9. Marque los elementos actuales que usted cree que dificultarían el hecho que esta retroalimentación algún día se concrete (marque las 3 más importantes)</p> | <p>a) Poca voluntad del campo clínico</p> <p>b) Poca motivación de los tutores clínicos</p> <p>c) Poca motivación de los estudiantes</p> <p>d) Poca voluntad de la escuela</p> <p>e) Poca motivación de los usuarios</p> <p>f) Poco tiempo de práctica clínica</p> <p>g) Poca ó nula experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas</p> | <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2</p> |

Preguntas abiertas

3. *En el centro donde usted se desempeña como tutor clínico, ¿Cuál es la forma en cómo se recibe el consentimiento del usuario para participar en la práctica clínica?*

En la respuesta a esta pregunta se observa homogeneidad entre los tutores clínicos. La respuesta que más se repite es el hecho de asumir que por el centro pertenecer a un hospital universitario se da por hecho que el usuario, al elegir ese centro como opción de salud, entrega su consentimiento para eventualmente participar

en prácticas clínicas. Hay unanimidad en el hecho de que no se solicita un consentimiento escrito al usuario.

Algunas respuestas destacables son (sic):

"No existe documento por escrito que informe al usuario o solicite su consentimiento. Se da por entendido al presentarse el estudiante y explicarle el procedimiento" (T2, R3)

"El centro es un hospital docente, se da por hecho la presencia de estudiantes. Si es usuario se niega, la atención es realizada por un profesional" (T3, R3)

"No existe un consentimiento ni escrito ni en forma verbal. Sólo existen letreros informativos en la entrada del servicio que explican que éste es un hospital docente, por lo que la atención podría ser realizada por alumnos en formación con supervisión de profesionales. De esa forma, se da por asumido que el paciente da su consentimiento si decide atenderse aquí" (T7, R3)

Dando respuesta a la dimensión que abarca esta pregunta (solicitud de consentimiento informado al usuario) podemos concluir, en base a las respuestas recibidas, que el consentimiento informado como tal no se solicita a los usuarios que participan en práctica clínica, sin embargo el centro declara a sus usuarios la naturaleza docente de la institución, lo que puede tomarse como un consentimiento implícito por el hecho de elegir ese centro de salud.

4. *¿Cuál es el lugar que usted siente que nuestro sistema le ha asignado al usuario en la formación profesional de los estudiantes de Tecnología Médica?*

Se observa homogeneidad en las respuestas de los tutores. Prácticamente todos están de acuerdo en que el usuario juega un rol importante en la formación del estudiante, sin embargo de sus declaraciones se puede inferir que esa apreciación no va más allá de las competencias disciplinares propias de los métodos diagnósticos donde el usuario participa como beneficiario de la atención de salud.

Algunas respuestas destacables son (sic):

"Cumple un rol muy importante ya que en la atención directa de pacientes los estudiantes pueden desarrollar sus competencias" (T1, R4)

"Cumple un rol de importancia vital, ya que con el paciente es la mejor forma de desarrollar los conocimientos teóricos adquiridos" (T2, R4)

"Le ha dado un lugar preponderante debido a que, al tratarse de una carrera con altas competencias técnicas, la experiencia práctica es fundamental en el desarrollo del alumno. Además, la experiencia práctica con pacientes reales es una de las mayores fortalezas de esta escuela al compararse con otras escuelas" (T7, R4)

5. Desde su mirada personal: ¿cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema, es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica?

Luego del análisis de las respuestas recibidas se puede concluir que los tutores clínicos sienten que el lugar que el sistema le asigna al usuario es suficiente para el desarrollo de las prácticas, lo cual se condice con la respuesta anterior en el sentido de ver al usuario como una herramienta de aprendizaje con la cual el estudiante adquiere competencias de tipo procedimental.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic)

"Es suficiente la buena disposición del paciente para lograr que el estudiante pueda desarrollar su práctica" (T1; R5,A)

"Si, porque no puede ser más ni menos. El practicar con pacientes es fundamental" (T4; R5,A)

"Absolutamente, sin pacientes la docencia y el aprendizaje sobre la práctica serían muy dificultosos" (T6; R5,A)

Dando respuesta a la dimensión que estas preguntas abarcan (Valoración del rol del usuario en práctica clínica) se puede concluir que los tutores clínicos tienen una valoración procedimental del rol del usuario en la práctica clínica. Para ellos el usuario es una herramienta de aprendizaje con la que el estudiante puede adquirir competencias de tipo disciplinar.

6. *¿Estaría usted de acuerdo con que el usuario pueda dar una retroalimentación acerca del desempeño del estudiante durante la atención?*

En esta pregunta los tutores clínicos en su mayoría se muestran de acuerdo con que el usuario entregue retroalimentación al estudiante durante su práctica, pero son claros en hacer ver sus apreciaciones en cuanto a las limitaciones que la retroalimentación debe tener y la naturaleza de esta. Hubo 1 tutor que relevó al usuario y le dio una importancia más gravitante en el contexto de una evaluación integral del estudiante. Hubo 2 tutores que se rechazaron la retroalimentación del usuario al estudiante argumentando la subjetividad que ésta tendría.

Algunas respuestas destacables para la opción SI fueron (sic):

"En casos muy específicos, ya que no todos los pacientes se encuentran en buenas condiciones física o emocionales" (T2; R6,A)

"Es bueno incorporar dentro de las evaluaciones, el tipo de evaluación en 360 °, que incluya tanto al TM, TENS y paciente, con lo que se logra evaluar tanto aspectos técnicos, psicológicos y de trabajo en equipo" (T6; R6,A)

Una respuesta destacable para la opción NO fue (sic)

"El paciente tiende a ser muy subjetivo en la evaluación. Evalúan aspectos que escapan de las manos del estudiante como el tiempo y la oportunidad de atención" (T1; R6,B)

6.a *¿Cree conveniente que esa retroalimentación sea considerada en la calificación final de práctica clínica del estudiante?*

En esta respuesta ha existido variabilidad entre los tutores. Mientras algunos afirman que podría ser útil porque los estudiantes se esmerarían por entregar una mejor atención, hubo otros que afirmaron no debería ser considerada en la calificación final porque pueden existir retroalimentaciones que no son positivas por parte de los usuarios, por lo tanto la opinión que vale es exclusivamente la del tutor clínico.

Dando respuesta a la dimensión que abarcan estas preguntas (grado de acuerdo del tutor acerca de recibir retroalimentación del usuario) podemos concluir que los

tutores, en general, están de acuerdo con que el usuario pueda entregar una retroalimentación al estudiante, sin embargo esa retroalimentación debe tener términos bien definidos y limitada. En cuanto a considerar la retroalimentación en la calificación de la práctica existen opiniones dispares, por lo que se hace necesario recolectar un mayor número de encuestas para tener una conclusión más sólida.

7. ¿En el fortalecimiento de qué habilidades profesionales cree usted que la retroalimentación del usuario puede ser útil en la formación de los estudiantes?

En los tutores que respondieron esta pregunta (4) hay prácticamente consenso en el hecho de que las habilidades que más se verían potenciadas con la retroalimentación que el usuario son las habilidades comunicacionales, empatía, liderazgo. Hubo una respuesta que considera que esta retroalimentación puede ayudar al autoestima del estudiante, sin darle una importancia más preponderante.

Dando respuesta a la dimensión que esta pregunta abarca (Utilidad de la retroalimentación del usuario, percibida por el tutor) podemos concluir, por el momento, que los tutores ven la retroalimentación del usuario al estudiante como una herramienta útil para el desarrollo de habilidades comunicacionales en los educandos.

2. Encuestas a estudiantes

Se recibieron un total de 15 cuestionarios autoadministrados, que corresponde a la totalidad de la muestra que cumplió con los criterios de inclusión. A continuación se presentan resultados por pregunta.

Preguntas cerradas

| Pregunta | Alternativas de respuesta | Frecuencia |
|---|---|-----------------------------------|
| 1. Según su paso en prácticas clínicas de la carrera, ¿Cómo siente usted que es la disposición de los usuarios a ser atendidos por usted? | A. Buena B. Regular C. Mala | 15 0 0 |
| 2. ¿Ha tenido usted experiencias negativas con usuarios en su práctica clínica? | A. Si: 6 B. No: 9 | 6 9 |
| 2.a En caso de responder si, ¿De qué tipo fue esa experiencia? | A. El usuario se negó rotundamente a ser atendido por usted B. El usuario no estuvo conforme con la atención que usted le brindó C. Otra, ¿Cómo fué? | 3 1 2 |

| | | |
|--|---|--|
| <p>3. En los centros donde usted ha realizado su práctica clínica, ¿Con qué frecuencia se solicita consentimiento informado por escrito al usuario antes de que sea usted quien lo atienda?</p> | <p>A. Siempre se solicita B. En la mayoría si se solicita C. En la mayoría no se solicita D. Nunca le ha solicitado consentimiento informado escrito a un usuario</p> | <p>0 1 4 10</p> |
| <p>4. En los centros donde usted ha realizado su práctica clínica, ¿Con qué frecuencia se solicita consentimiento informado de manera verbal al usuario antes de que sea usted quien lo atienda?</p> | <p>A. Siempre se solicita B. En la mayoría si se solicita C. En la mayoría no se solicita D. Nunca le ha solicitado consentimiento informado de manera verbal a un usuario</p> | <p>0 2 9 4</p> |
| <p>5. En caso de haber respondido A,B o C en la pregunta anterior: ¿Ha existido una forma donde se consigne el consentimiento dado verbalmente al usuario?</p> | <p>A. Si, ¿Cómo? B. No</p> | <p>0 10</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>7. Desde su mirada personal: ¿cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica?</p> | <p>A. Si, ¿Por qué?</p> <p>B. No, ¿Por qué?</p> | <p>6</p> <p>9</p> |
| <p>8. ¿Estaría usted de acuerdo con recibir una retroalimentación acerca de su desempeño durante la atención, de parte del usuario?</p> | <p>A. Si, ¿Por qué?</p> <p>B. No, ¿Por qué?</p> | <p>14</p> <p>1</p> |
| <p>8.a ¿Y estaría usted de acuerdo con que esa retroalimentación sea considerada en su calificación final de práctica clínica?</p> | <p>A. Si, ¿Por qué?</p> <p>B. No, ¿Por qué?</p> | <p>7</p> <p>7</p> |
| <p>10. Marque los elementos actuales que usted cree que son facilitadores para que esta retroalimentación algún día se concrete</p> | <p>a) Voluntad del campo clínico</p> <p>b) Motivación de los tutores clínicos</p> <p>c) Motivación de los estudiantes</p> <p>d) Motivación de la escuela</p> <p>e) Motivación de los usuarios</p> <p>f) Tiempo destinado a las prácticas</p> | <p>13</p> <p>8</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>10</p> <p>1</p> |

| | | |
|--|--|-----------|
| | g) Experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas | 4 |
| 11. Marque los elementos actuales que usted cree que dificultan el hecho que esta retroalimentación algún día se concrete | a) Poca voluntad del campo clínico | 12 |
| | b) Poca motivación de los tutores clínicos | 5 |
| | c) Poca motivación de los estudiantes | 3 |
| | d) Poca voluntad de la escuela | 3 |
| | e) Poca motivación de los usuarios | 7 |
| | f) Poco tiempo de práctica clínica | 2 |
| | g) Poca ó nula experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas | 7 |

Preguntas abiertas

6. Según su percepción ¿Cuál es el lugar que nuestro sistema le asigna al usuario en la formación profesional de los estudiantes?

De la revisión de las respuestas entregadas por los estudiantes podemos desprender que todos consideran que el usuario juega un rol fundamental. Todos los estudiantes reconocen que sin los usuarios es imposible adquirir competencias profesionales reales. Sin embargo, a diferencia de los tutores clínicos, se repite entre los estudiantes la apreciación de que el usuario es subestimado en su función dentro

de la práctica clínica. Hay un número no menor de estudiantes que cree que el sistema no asigna al usuario un rol de mayor importancia en la práctica clínica de los estudiantes, rol que se infiere los estudiante desean.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic):

"En nuestro sistema es fundamental, aunque aun así no tengo la certeza que los usuarios quieran ser parte de nuestro aprendizaje, sino mas bien son las diferentes situaciones las que los ponen en nuestro camino. De todas formas, si no fuera porque tenemos muchas prácticas en diferentes servicios con diferentes realidades, no sabríamos como enfrentarnos a situaciones adversas" (E1; R6)

"El sistema les da la posición de recurso, como un instrumento de práctica tanto para aprender a entablar una relación profesional como para aprender una técnica clínica" (E2; R6)

"En general, los usuarios son fundamentales en la formación profesional de los estudiantes, puesto que cada uno constituye una experiencia más, sin embargo creo que el sistema subestima un poco su importancia y los ve más como un examen en sí que como una forma integral" (E3 ;R6)

"Según el sistema actual, creo que no se le asigna ningún papel aparte del de ser usuario o paciente que es atendido por un estudiante. No creo que en Chile aún se le dé un rol como participante activo o fundamental en la formación profesional. Lo anterior se demuestra con la nula petición de consentimiento informado" (E10; R6)

"Para mí el sistema los utiliza como conejillos de india, ya que saben que van a estar ahí para ser atendidos. Ahora último ellos pueden decidir si quieren ser atendidos por estudiantes, pero mayoritariamente siempre han estado obligados" (E12; R6)

7. Desde su mirada personal: ¿cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica?

En el caso de esta pregunta también hubo diferencias con las respuestas entregadas por los tutores clínicos, puesto que hay una opinión dispar en el grupo estudiado. Un 60% de los estudiantes cree que el rol que el usuario juega NO es

suficiente para el desarrollo integral de la práctica y entre los argumentos esgrimidos para justificar esta respuesta se repite entre los estudiantes el hecho de la **humanización de la atención del usuario** en práctica clínica, es decir la necesidad de relevar la condición de persona de los usuarios, de manera de no verlos exclusivamente como herramienta de práctica, sino como un actor que tiene algo que decir durante el desarrollo de esta.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic):

"Al usuario se le debe dar la importancia que realmente tiene, es una persona y no un instrumento de práctica" (E2; R7,B)

"Porque se debe considerar que uno trabaja con seres humanos integrales y no es posible percibirlos como meramente un examen o un procedimiento" (E3; R7,B)

"Aun deben reforzarse puntos clave que permitan optimizar el uso de recursos. Inicialmente se debería solicitar siempre consentimiento informado a dichos usuarios, lo que daría la imagen de un sistema transparente con beneficios mutuos" (E4; R7,B)

"No solamente se necesita tomar buenas radiografías o buenos exámenes, sino que también saber que los usuarios son personas con miedos e inquietudes" (E7; R7,B)

Por otra parte hubo un 40% de estudiantes que consideró que este rol que juega el usuario es suficiente para desarrollo de la práctica y los argumentos esgrimidos para justificar esta respuesta van en la línea de considerar al usuario como instrumento de práctica con el cual se adquieren competencias procedimentales.

Dando respuesta a la dimensión que estas preguntas (6 y 7) abarcan (Valoración del rol del usuario en la práctica clínica) podemos concluir que los estudiantes reconocen el papel gravitante que ocupan los usuarios en el desarrollo de sus competencias profesionales, sin embargo existen diferencias en cuanto a considerar que ese papel es suficiente. Hay un número no menor de estudiantes que cree que el papel que el usuario tome en práctica clínica debería relevarlo en el sentido de considerarlo más como persona que como herramienta de práctica.

8. *¿Estaría usted de acuerdo con recibir una retroalimentación acerca de su desempeño durante la atención, de parte del usuario?*

En esta pregunta hubo casi unanimidad de respuestas, puesto que de los 15 estudiantes participantes, 14 están de acuerdo con recibir una retroalimentación de parte del usuario acerca de su desempeño en práctica y solo 1 estudiante no estuvo de acuerdo con esto esgrimiendo como justificación que ésta retroalimentación puede verse influenciada por el estado de ánimo del usuario, motivo por el cual preferiría que una persona externa evaluara la atención brindada.

Entre las justificaciones de los 14 estudiantes restantes se repite la idea de que para ellos es importante saber cuál es la opinión del usuario acerca de su desempeño, les interesaría conocer esa impresión ya que se infiere que nunca la han recibido. Los estudiantes no ven la retroalimentación como algo malo, sino que lo toman como una oportunidad para mejorar su desempeño.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic):

"Siempre debe tenerse en cuenta que nuestra profesión es estar al servicio de la gente, por lo que debe considerarse como primera y más importante opinión la de nuestros propios usuarios" (E1; R8,A)

"Toda retroalimentación es positiva, pues siempre uno puede mejorar en lo que es atención, mejorando con ello la satisfacción usuaria" (E6; R8,A)

"El usuario es el principal involucrado de nuestro desempeño, y que él sea capaz de entregarme una retroalimentación puede generar que exista en mi mayor probabilidad de aprender" (E11; R8,A)

8.a *¿Y estaría usted de acuerdo con que esa retroalimentación sea considerada en su calificación final de práctica clínica?*

En esta pregunta las respuestas de los estudiantes muestran mayor dispersión, puesto que el 50 % de los consultados se encuentra a favor de esta medida, mientras que el 50% restante se manifiesta en contra.

En los argumentos a favor de la opción se identifican aspectos como la justicia y la integralidad de la evaluación, en el sentido de que al considerar la visión del paciente la evaluación eliminaría sesgos del tutor clínico por cuanto es él quien evalúa la atención que se le entrega al usuario. Asimismo considerar la visión del usuario hace la evaluación final más auténtica.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic):

"Porque la percepción de los pacientes es uno de los reflejos más fieles de nuestro desempeño como futuros tecnólogos médicos" (E3; R8a,A)

"Porque de esta manera la calificación involucraría un contacto más integral, sobre todo porque reflejaría cómo nos encontramos para desempeñarnos como futuros profesionales" (E5; R8a,A)

"El paciente puede evaluar mejor la atención brindada que la que puede hacer un tecnólogo que observó un par de veces" (E6; R8a,B)

En los argumentos en contra de esta opción se encuentran aspectos como los reducidos tiempos para la atención de los usuarios en ciertos centros y particularmente la subjetividad que puede tener esta retroalimentación de parte del usuario, lo que hace desconfiar al estudiante acerca de la validez que pueda tener para ser considerada como calificación.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic):

"En ocasiones si existen problemas con la atención, no siempre son de exclusiva responsabilidad del estudiante. En ocasiones es la propia organización del servicio la que perjudica la buena atención. En caso de ser plenamente responsabilidad del estudiante, si estaría de acuerdo" (E1; R8a,B)

"Porque al ser una opinión esta podría ser muy subjetiva o influenciada por factores no profesionales. Aun así se podría hacer un estudio general del total de retroalimentaciones que tenga el estudiante" (E4; R8a,B)

"Es muy subjetiva a cada centro. Hay centros donde el usuario tiene que esperar horas para ser atendido, lo que repercutiría en una mala calificación" (E10; R8a,B)

Dando respuesta a la dimensión que estas preguntas abarcan (Grado de acuerdo del estudiante acerca de recibir retroalimentación del usuario) podemos concluir que si hay acuerdo entre los estudiantes en este punto, sin embargo no hay acuerdo ante el planteamiento de que esta retroalimentación sea considerada en la calificación de práctica clínica, existiendo argumentos válidos de ambas partes (quienes opinan si quienes opinan no).

9. *¿En el fortalecimiento de qué habilidades profesionales cree usted que la retroalimentación del usuario puede serle útil en su formación?*

En el caso de esta pregunta hay una opinión mayoritaria en que las habilidades que se verían favorecidas con la retroalimentación del usuario son las habilidades comunicaciones, de trato con el usuario, empatía, entre otras. 8 estudiantes consideran estos elementos en sus respuestas. Existen otras respuestas que consideran aspectos de agilidad de atención y lograr posicionamientos más cómodos para el usuario durante la atención.

Algunas respuestas destacables para esta pregunta fueron (sic):

"En como presentarse frente a un usuario, seguridad, confianza, relación con el paciente" (E1, R9)

"En habilidades de comunicación con el paciente" (E2, R9)

"En la empatía con el paciente y en la capacidad propia de recibir críticas y aprender a sacar cosas positivas a partir de ello" (E3, R9)

"A la hora de lograr posicionamientos más cómodos en el examen, para brindar un mejor servicio, lograr más cercanía con el fin de obtener una mejor anamnesis" (E6, R9)

3. Entrevistas semiestructuradas a usuarios.

Se entrevistó a 8 usuarios, de los cuales se señalan sus principales respuestas a cada pregunta.

1. *¿Qué opinión le merece a usted el que su atención de salud sea una forma en la cual un estudiante pueda practicar un procedimiento clínico?*

En esta pregunta, los usuarios manifiestan de manera unánime que su opinión es positiva respecto a este punto. Se muestran conscientes de que los estudiantes tienen que practicar con pacientes reales para poder adquirir las competencias profesionales, sin embargo la mitad de ellos manifiesta que está de acuerdo con que el estudiante practique, siempre y cuando esté acompañado por un profesional que supervise su trabajo.

Algunas respuestas destacables fueron (sic)

"Me parece fenomenal, porque es una forma como un estudiante se va preparando para el futuro. Es conveniente que un estudiante realice prácticas con pacientes reales. Me parece bien, porque sino ¿cómo va a tener experiencia el estudiante? Yo estaría dispuesto que un estudiante me haga la radiografía, pero siempre acompañado por un profesional" (U8, R1)

"Yo soy abierta a que lo hagan siempre y cuando haya un profesional con él, eso me daría confianza, no tendría ningún problema. Estoy a favor, prefiero que practiquen cuando están estudiando a que hagan mal las cosas cuando ya están titulados" (U6, R1)

"Me parece súper bueno, porque pienso que la mejor manera de poder aprender y aplicar los conocimientos que adquieren es con un paciente real, no con un "mono" o con algún muñeco, no lo sé. Yo me atiende bien a menudo aquí, hemos sido atendidos por estudiantes de medicina y nunca hemos tenido ningún problema" (U5, R1)

Dando respuesta a la dimensión que la pregunta 1 abarca, opinión respecto a ser sujetos de aprendizaje de los estudiantes, podemos concluir que los usuarios tienen una opinión muy buena respecto a este punto, lo que lleva a inferir que su disposición también es buena para con éstas actividades siempre y cuando exista supervisión profesional detrás.

2. Si usted ha participado ó llegase a participar en una práctica clínica, ¿Cuál es el papel que usted siente que juega como usuario en el aprendizaje de ese estudiante?

Al ser consultados en este aspecto, los usuarios expresan una opinión generalizada a sentirse como "un vehículo" para que el estudiante pueda aprender sus competencias profesionales. Los usuarios sienten que su papel es aportar con su caso para dar más experiencia al estudiante. Otros calificativos que surgieron a la luz de la pregunta fueron "facilitador físico", "vehículo de aprendizaje", "elemento", "una experiencia más".

Algunas respuestas destacables fueron (sic)

"Soy un elemento más que ellos van a poder analizar y estudiar. No siento que vaya a haber un rol más, va a estudiar el caso, éste estudiante me va a preguntar los síntomas, el posible diagnóstico" (U2, R2)

"Mi papel es el de facilitar que el estudiante haga el examen, ser un facilitador físico" (U7, R2)

3. ¿Siente ese rol relevante?, ¿Por qué?

En esta pregunta todos los usuarios manifiestan que el rol es relevante. Todos sienten que forman parte del proceso de aprendizaje de ese estudiante y que sin ellos no se podrían lograr las competencias profesionales que se desea formar. Cabe destacar que en todas las respuestas a ésta pregunta los usuarios reforzaron el hecho de que su rol es colaborar con su caso clínico al desarrollo de las competencias en el estudiante. Este hecho refuerza los resultados visualizados en la pregunta 2.

Algunas respuestas destacables fueron (sic):

"Yo creo que es importante porque uno es como "el conejillo de indias". Uno puede entregarle el historial que ha tenido y en base a eso el estudiante puede practicar sus conocimientos, yo creo que el paciente juega un rol importante" (U6, R3)

"Muy importante, porque es el futuro de un profesional que va a atender a gente como nosotros. Si un estudiante no tiene esa oportunidad de aprender ¿Qué va a ser de su futuro como profesional? Va a aprender la mitad" (U8, R3)

"Si, es importante para el estudiante, porque mi caso lo puede usar en un trabajo, o comentarlo con sus colegas y así van profundizando en los casos de cada paciente" (U4, R3)

4. ¿Qué opinión le merecería a usted saber que en éste hospital docente los usuarios pueden entregar una retroalimentación al estudiante que lo atiende?

Es importante aclarar en éste punto que a los usuarios se les definió lo que se entendía como retroalimentación antes de que contestaran la pregunta. Por lo general se les dio un ejemplo para que ellos pudieran estar con un mejor contexto.

Respondiendo la pregunta, los usuarios (7) estuvieron de acuerdo con que se le diera una retroalimentación al estudiante una vez terminado el procedimiento clínico. Sólo 1 usuario se manifestó en contra de esta medida, argumentando que la opinión del usuario no es útil ya que no tiene el conocimiento disciplinar.

En los usuarios que manifestaron una opinión positiva hacia la retroalimentación apareció de manera repetitiva que esta retroalimentación puede ser muy valorada por el estudiante por cuanto ayudaría a su autoestima, en el caso de estar haciéndolo bien. Al ponerlos en el supuesto de que la retroalimentación fuera negativa, los usuarios manifiestan que de igual forma tendrían que ser sinceros con el estudiante, ya que eso también los ayudaría en su formación.

Algunas respuestas destacables fueron (sic):

"Me parecería bien, a mi me encanta que haya una retroalimentación. Normalmente estamos muy acostumbrados a decir lo malo, y personalmente a mí me gusta decir lo bueno y lo malo" (U1, R4)

Estoy de acuerdo, porque mi opinión es importante. Si a mí me preguntan cómo me sentí, cómo me atendió el estudiante y yo puedo darle esa opinión; para ese chico va a ser muy importante (U3, R4)

"Estaría bien, porque ayudaría al desarrollo de su práctica. Sería bueno para el estudiante, porque es como un incentivo para ellos decirles que lo hicieron bien. Pero sería igualmente útil si fuera algo negativo" (U7, R4)

5. Si usted tuviera la oportunidad de entregar una retroalimentación al estudiante luego de que practicara la atención de salud, ¿En qué habilidades cree usted que su colaboración puede ser importante?

Cabe destacar que antes de que los usuarios respondieran esta pregunta también se hizo una contextualización, de manera que el concepto que se quería preguntar quedara completamente claro en ellos.

El resultado de esta pregunta fue casi unánime, ya que solo un (1) usuario expresó que su retroalimentación podría colaborar en el desarrollo de competencias profesionales en el estudiante. Los otros siete (7) usuarios, de una forma u otra, manifestaron que su retroalimentación ayudaría a los estudiantes por cuanto reforzaría sus habilidades comunicacionales, el trato con el usuario, la amabilidad, la atención. En general, aspectos de satisfacción usuaria, ya que muchos reconocen verbalmente su limitación el área de competencia profesional.

Algunas respuestas destacables fueron (sic)

"Yo creo que el trato. Que no sea esta cosa mecánica (dice palabras que ejemplifican un trato impersonal, poco cercano), pero el ser deferente con el paciente influye mucho porque el paciente se entrega más confiado. Todo esto parte desde la acogida" (U1, R5)

"En cuanto a conocimientos nada, porque es el profesional el que sabe. Quizás ciertas habilidades blandas como la empatía con los pacientes, cosas así; pero más allá, como ponerme a dar sugerencias de un tema que yo no conozco, no creo" (U5, R5)

"Trato con el público. Lo primero que debe tener un médico es el trato con el público, que sea un buen trato, que no sea apático, que converse con el paciente. A veces ni siquiera saben a quién están atendiendo, ni siquiera levantan la cabeza. Hace mucha falta comunicación entre el profesional y el paciente, porque eso genera confianza en el paciente" (U7, R5)

Dando respuesta a la dimensión que las preguntas 2, 3, 4 y 5 abarcan, es decir "Percepciones acerca de los roles actuales y potenciales del usuario en práctica clínica"; podemos afirmar que los usuarios sienten que su rol actual se limita a ser un facilitador físico para que el estudiante pueda adquirir sus competencias profesionales, ya que aportan con su caso en el desarrollo de las habilidades clínicas en los educandos.

Al ponerlos en el supuesto de que su rol pasara a ser más activo dando una retroalimentación al estudiante en práctica una vez terminado el procedimiento clínico, los usuarios manifiestan una opinión favorable a éste supuesto y expresan, de manera casi unánime, que esa retroalimentación debe servir para que el estudiante desarrolle sus habilidades de comunicación y trato con el usuario.

Discusión

A partir de los años setenta, nuevos desafíos comienzan a definir cambios en el horizonte de los servicios de salud. Estos cambios fueron descritos por Medici en el año 2009, pero entre ellos hay dos que especialmente nos interesa profundizar en el concepto de ésta investigación como son:

- a) el crecimiento de la atención médica basada en el concepto de seguro, modificando las prácticas de las instituciones que administran los planes de salud y sometiendo la atención médica a rutinas, procedimientos y prácticas más estandarizadas, y
- b) el crecimiento de los mecanismos de defensa del consumidor y del aparato judicial contra prácticas que antes eran incuestionables, por ser monopolio de la profesión médica, que nunca era cuestionada. (Médici, 2009)

Estos cambios objetivos son muestra de un cambio cultural en la población en general. Hoy en día la profesión médica ó del área de la salud, para contextualizarla en éste caso, es más expuesta al cuestionamiento del público. Los antiguos pacientes pasan a ser usuarios del sistema de salud, lo que refleja el cambio de paradigma mencionado.

Los hospitales docentes, como ya se ha mencionado antes en éste trabajo, han tenido que adaptarse al nuevo escenario. El esfuerzo docente, financiado tradicionalmente con fondos públicos, se ha visto amenazado; constituyendose esto en un problema mundial. Berns, en 1996 (citado por Rosselot y cols, 2009) habló de esta amenaza a la medicina académica, advirtiendo que las instituciones educacionales deberían transformarse para competir con los hospitales no académicos.

La medicina académica es muy importante para el sistema de salud. A través de ella se producen nuevas generaciones de profesionales de la salud y conocimiento, a la vez que se mejora el cuidado de los enfermos; pero, hoy en día, un nuevo actor desempeña un papel importante en la consecución de estas metas: el pagador o asegurador (Quintero;2008)

La formación de nuevos profesionales de la salud incluye, además, el apoyo a la investigación en el área no solamente como proceso formativo, sino de búsqueda de nuevas alternativas en el conocimiento (Quintero; 2008)

No es difícil reconocer que en un ambiente donde se privilegia lo económico estas consideraciones son secundarias, pero es necesario entender que es el único camino para perpetuar la atención en salud con altos estándares de calidad y seguridad. Tratar la medicina académica igual que cualquier otro proveedor de salud no es más que debilitar en el tiempo la salud del país (Quintero; 2008)

Estos son tiempos difíciles. El financiamiento es escaso, el usuario desarrolla conocimientos que lo hacen capaz de exigir ciertos servicios y los hospitales tratan a sus pacientes como clientes procurando proveerlos de lo que se pide (Rosselot y cols; 2009)

En el caso chileno, esto se acentúa más. La reforma de salud, en lo que respecta a el proceso de acreditación de prestadores, incluye aspectos de satisfacción usuaria en muchos de los ítems que se evalúan, en especial en lo relacionado a dignidad del paciente (MINSAL, 2009) Para algunos prestadores, el hecho de tener actividades de pregrado en sus instalaciones puede significar un riesgo, ya que los estudiantes, al ser más susceptibles a cometer errores, pueden hacer caer los porcentajes de cumplimiento de las indicaciones que se evalúan. La evidencia empírica dice que algunos centros incluso han optado por no incluir actividades de pregrado en sus instalaciones por los riesgos que esto conlleva.

Existe una sensación de que el transparentar las actividades de pregrado que se realizan en un centro clínico, docente ó no, puede conllevar un cierto rechazo de parte de los pacientes (usuarios) y personal administrativo del centro, ya que disminuiría la calidad del servicio que se presta y se reducirían los porcentajes de cumplimiento de indicadores evaluados en el proceso de acreditación de prestadores de salud.

Una investigación publicada el año 2000, comprobó que la participación de estudiantes en los centros clínicos, en compañía con profesores, tiene muy poco efecto

en la satisfacción usuaria, por lo que las preocupaciones acerca de la satisfacción de los usuarios no debería impedir que las instituciones hospitalarias realicen su función docente (Simon, 2000). Estas impresiones sólo se evidencian en diálogo diario con profesores de las instituciones formadoras y profesionales que trabajan como personal clínico en los centros. En este estudio no se consideró la opinión de los administrativos respecto a las prácticas clínicas, ya que no se encontraba dentro de los objetivos del trabajo. Una nueva investigación podría indagar en ésta área entregándonos una mirada global de la percepción que tienen los administrativos respecto a las prácticas clínicas y sus implicancias en el contexto de la acreditación de prestadores.

De ahí que es que son tan relevantes los resultados de éste estudio en relación a la disposición usuaria a participar en las prácticas clínicas de los estudiantes. Los usuarios encuestados en éste hospital docente tienen una muy buena disposición a participar en las prácticas clínicas de los estudiantes. La opinión fue unánime por cuanto los usuarios están conscientes de que si no existe práctica clínica en contextos reales, no se asegura la calidad de las atenciones a futuro. En éste contexto, los usuarios están dispuestos a ser sujetos de aprendizaje para que los estudiantes alcancen la competencia profesional, sin embargo manifiestan que desearían ser informados antes de que sus procedimientos sean llevados a cabo por un estudiante y exigen que siempre debe realizarse bajo supervisión profesional.

Beca, en 1996, publicó los resultados de una investigación realizada en un centro hospitalario privado y uno público donde evaluó la percepción de los usuarios hacia los estudiantes en el contexto de las prácticas clínicas de la carrera de medicina. En su caso los resultados fueron muy similares a los que se obtuvieron en éste estudio, es decir, los usuarios manifestaron una disposición muy buena a participar de las prácticas. Así, se pudo concluir que en nuestro medio los pacientes del sector público y privado de salud tienen actitud favorable para ser atendidos por estudiantes de medicina, lo que es atribuible a varios factores (Beca, 1996).

En una investigación brasileña también se hizo mención a que el estrato socioeconómico de los usuarios puede influir en la disposición que éstos presentan, ya que usuarios del estrato socioeconómico más bajo pueden tener la idea de que su

participación en las prácticas es obligatoria, lo que se evidenció también en la falta de críticas de los usuarios debido, entre otros factores, a la necesidad de ocultar el temor a ser discriminado por la institución con una posible "represalia" por sus críticas (Sousa-Muñoz y cols; 2011)

Beca también define algunos factores que probablemente influyen en la disposición que los usuarios muestran hacia la práctica clínica, tales como: Grado de satisfacción con la atención recibida en el centro clínico, solicitud de consentimiento informado, seguridad de sus datos clínicos.

Existe un punto de los nombrados anteriormente que éste hospital docente tiene poco desarrollado, y tiene que ver con la solicitud de consentimiento informado a los usuarios en relación a su participación en docencia. Los tutores clínicos declararon que el consentimiento se da como subentendido por cuanto los usuarios conocen la naturaleza docente del centro.

La evidencia sugiere que éste consentimiento debe ser por escrito y en particular a cada usuario, respetando la libertad de elección de éste. Según lo rescatado de la literatura, y en función de los resultados de ésta investigación, la solicitud de consentimiento informado nos permitiría afianzar la buena disposición del usuario. Este es el primer paso si queremos hacer que los pacientes tengan un rol más activo en la práctica de los estudiantes.

Un concepto que surge de ésta buena disposición usuaria es el altruismo. La evidencia dice que la mayoría de los usuarios están de acuerdo con que los estudiantes formen parte del equipo de salud y creen que es importante que los estudiantes trabajen con pacientes reales (Carmody, 2011)

Esta actitud altruista de parte de los usuarios se ve reflejada en los resultados de este estudio, sobre todo en dos ámbitos evidenciados en las respuestas de las preguntas 2 y 3, que corresponden a: La valoración de su rol como facilitador físico en la adquisición de nuevas competencias en los estudiantes y la conciencia que los usuarios tienen de que su participación es fundamental para el proceso de aprendizaje de los estudiantes.

De ésta forma, el altruismo es un valor que surge espontáneamente en las respuestas de ésta investigación y que se condice con lo reportado en la literatura en

relación a que los usuarios sienten que en su participación existe una responsabilidad social detrás. Prácticamente todos los usuarios declararon que las prácticas clínicas son fundamentales para formar nuevos profesionales de buena calidad.

Este trabajo se correlaciona mucho con lo reportado por Haffling en 2008 en relación al papel que los usuarios sienten que juegan en el contexto de las prácticas clínicas de los estudiantes. En el trabajo citado, los usuarios declararon que su rol instructor dentro de la práctica era ser "facilitadores de los estudiantes" en la obtención de competencias disciplinares. Otra dimensión que se obtuvo en esas respuestas fue que los usuarios se declaraban como contribuidores de contextos reales de aprendizaje (Haffling; 2008)

De todo lo discutido hasta ahora surge una pregunta lógica si queremos involucrar de manera más activa a los usuarios en las prácticas clínicas: ¿Cómo lo hacemos sin ir en detrimento de la calidad de atención?

Parte de la respuesta ya se ha dado anteriormente, puesto que los usuarios no sienten que la participación de estudiantes en su atención vaya a mermar la calidad de sus atenciones. La respuesta al parecer está más del lado de los directivos, puesto que lo evidenciado en el trabajo de campo y en la literatura sugiere que el consentimiento informado debe ser personalizado. Es importante detenerse en éste punto en particular, puesto que existe evidencia de que el consentimiento informado al usuario es fundamental y repercute en diversos ámbitos, no solo en la mejora de la experiencia de aprendizaje de los estudiantes.

En otras investigaciones, el consentimiento informado es entendido como "un proceso continuo, que comienza con el primer contacto del usuario con el servicio". Si un usuario da su consentimiento está determinado en parte por la forma en cómo se comporta el personal que lo atiende, es decir si el personal se comporta respetuoso y entrega la información completa termina capacitando al usuario para tomar un decisión verdadera (Howe, 2003).

De ésta investigación, y lo recabado en el trabajo de campo, podemos inferir que la toma de un consentimiento informado explícito a los usuarios mejorará la experiencia de aprendizaje en los estudiantes, nos dará el pié para involucrar a los usuarios de manera más activa en las prácticas clínicas y puede ser usando como un recurso para

mejorar la satisfacción usuaria por cuanto el personal debe adquirir competencias comunicacionales efectivas para obtener el consentimiento de parte del usuario.

Al ser puestos en el supuesto de que en éste hospital docente los usuarios puedan entregar una retroalimentación al estudiante que lo atiende, los usuarios de éste estudio se evidenciaron una opinión positiva, argumentando la importancia que tendría para el estudiante saber, desde la visión del usuario, cómo lo hizo por cuanto ayudaría a mejorar su autopercepción de las prácticas y reforzar las que encuentra más debilitadas. A su vez, cuando los usuarios fueron consultados por las habilidades que ayudaría a formar una retroalimentación del usuario, la respuesta también fue casi unánime en relación a que se reforzarían aspectos de atención del usuario, trato con público, comunicación profesional-usuario.

El involucramiento de los usuarios en práctica clínica no es algo nuevo en educación en ciencias de la salud. De hecho la AMEE, en su guía de educación médica número 13, trata el tema del uso de pacientes a distintos niveles: Pacientes reales, pacientes simulados y simuladores clínicos. Este documento declara que la participación de los pacientes en la práctica clínica debe ser necesariamente un espectro de participación de distintos actores, que van desde el paciente simulado con un alto grado de entrenamiento hasta el paciente real que no ha recibido ningún tipo de entrenamiento previo a su participación (Collins, 1998)

El contacto con pacientes ayuda a los estudiantes a formar habilidades profesionales y su propia identidad profesional. Históricamente los pacientes han tenido un rol pasivo en el contexto de las prácticas clínicas, son tratados a menudo como un "caso interesante" (Spencer, 2004). La evidencia sugiere que involucrar a los usuarios (pacientes) en educación trae beneficios desde la satisfacción usuaria de entregar algo al sistema, lo que satisface el deseo altruista descrito anteriormente, hasta mejorar los resultados terapéuticos. Los temas que más preocupan a los pacientes son los relacionados con su consentimiento y su confidencialidad (Spencer, 2004). El contacto directo con pacientes puede jugar un rol crucial en el desarrollo del razonamiento clínico, habilidades comunicacionales, actitudes profesionales y empatía (Spencer, 2000).

Existe una falta de empatía en parte del personal médico. Se argumenta que las escuelas formadoras han fomentado ésta falta de empatía haciendo un enfoque biomédico indebido a expensas del desarrollo de los estudiantes a través de la reflexión y la promoción de la conciencia de sí mismo (Spencer, 2000).

Es lógico pensar, luego de revisar la literatura y los resultados de la investigación, que los usuarios pueden cumplir un rol importante en la evaluación de habilidades comunicacionales, ya que la impresión sería en primera persona sin sesgos de observador, como ocurre actualmente en nuestro medio, donde el que termina evaluando estos aspectos es el tutor clínico.

Hoy las habilidades comunicacionales tienden a considerarse una competencia profesional más dentro de las profesiones del área de la salud, por lo tanto son susceptibles de ser enseñadas y aprendidas (Rider et.al; 2006. Citado por Davis; 2009). Se ha sugerido que la mejora en las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud se correlaciona con una mejora en los resultados clínicos (Rider et.al; 2006. Citado por Davis; 2009).

Según Greco et.al (2008) la inclusión de la evaluación basada en la opinión del paciente trae dos beneficios claros: a) Nos entrega una oportunidad de retroalimentación inmediata al estudiante y b) nos provee otra perspectiva de medición de los conceptos teóricos que deberían evidenciarse en una práctica clínica (Davis; 2009)

Davis (2009) señaló los efectos de la introducción de un nuevo sistema de evaluación formativa en habilidades comunicativas, reclutando a pacientes que evaluaban a los estudiantes que les proveían sus tratamientos diarios. Los estudiantes se mostraron cómodos con éste nuevo método de evaluación, que en algunos de ellos incluso los hizo sentirse más seguros. Las habilidades que fueron evaluadas por los usuarios se obtuvieron adaptando una herramienta evaluativa desarrollada por Rider et.al (2006), la cual incluía 12 ítems de habilidades comunicacionales, incluyendo habilidades verbales y no verbales.

Esta experiencia también habla acerca de la forma de reclutamiento de los pacientes, la cual fue absolutamente voluntaria. Una de las estrategias fue ubicar letreros en la sala de espera explicando la importancia de la participación de los

pacientes en estas evaluaciones y la razón por la cual se solicitaba su colaboración (Davis; 2009). En las 20 semanas que duró este programa, se recibieron 240 evaluaciones de pacientes, lo que demuestra el interés de ellos en participar de estas instancias.

De los resultados de ésta investigación podemos decir que sorprende la correlación que existe entre el rol potencial que los usuarios declaran al tener que dar una retroalimentación al estudiante y lo que la literatura entrega con experiencias exitosas. Los usuarios están conscientes de las limitaciones que ellos mismos poseen al no tener el dominio disciplinar, por lo que visualizan su participación en el reforzamiento de las habilidades comunicacionales. Lo mismo ocurre con los tutores clínicos que están de acuerdo con la retroalimentación de parte del usuario, sin embargo debemos tener en cuenta que existe una proporción importante de tutores clínicos que piensa que el usuario no debería entregar retroalimentación al estudiante y su rol debería mantenerse como hasta ahora, es decir ser un facilitador físico.

Al evaluar la disposición de los usuarios a participar en práctica clínica desde el punto de vista de los tutores de práctica y los estudiantes, es evidente que estos últimos perciben una buena disposición de los usuarios para participar en esta actividad, aun cuando existen aspectos que pueden alterar de manera considerable esta disposición, tal como es la no solicitud de consentimiento informado explícito, lo cual es declarado tanto por estudiantes como por los tutores de práctica clínica. Howe, declara como primera barrera a la participación de los usuarios (pacientes) en práctica clínica la no solicitud de consentimiento informado explícito, citando un estudio de Lynoe et.al el cual encontró que el 80% de los usuarios (pacientes) se "sentirían molestos" si su consentimiento para ser involucrados en las prácticas clínicas no ha sido explícitamente obtenido (Lynoe, et.al, 1998; citado por Howe, 2003)

La buena disposición queda de manifiesto al constatar el hecho de que la mayoría de los tutores y estudiantes no han tenido experiencias negativas con usuarios en las prácticas, lo que no hace solo que confirmar la buena disposición de estos en este contexto educativo, sin embargo es importante revisar el aspecto relacionado con la solicitud explícita de consentimiento informado antes de las atenciones realizadas

por estudiantes, como ya se ha mencionado con base en la evidencia en apartados anteriores de ésta discusión.

En relación al rol de los usuarios en la práctica, los resultados difieren entre tutores y estudiantes. Ambos grupos coinciden en que el usuario es fundamental para el desarrollo de la práctica clínica, ya que sin usuarios la práctica sería imposible de realizar y las competencias disciplinares muy difíciles de lograr. No obstante esta apreciación, ambos grupos muestran diferencias en el sentido de la suficiencia que ese rol del usuario tiene en la práctica. Mientras que los tutores clínicos se dividen entre los que piensan que si es suficiente, llegando algunos a manifestar que el usuario no puede ser más ni menos que eso; los estudiantes relevan la condición de persona del usuario, mirándolo no solo como una herramienta para poder realizar un procedimiento, sino que como una persona con inquietudes, miedos, anhelos, y lo más importante para este trabajo, una persona que tiene algo que decir en el contexto de práctica clínica.

Estas opiniones, sobre todo en el caso de los tutores clínicos, difieren de otras investigaciones, similares a esta. En una investigación del año 2009 se realizaron focus group a grupos de docentes y estudiantes de la carrera de medicina y se les consultaba acerca del rol que ellos veían en los pacientes durante la práctica clínica.

Hay concordancia en el hecho de que el rol del paciente es fundamental para el desarrollo de las prácticas clínicas, sin embargo los resultados relacionados con el tema de la suficiencia son diferentes a los publicados en la investigación del 2009, en el sentido de que los tutores clínicos si son capaces de visualizar un rol más activo del usuario, aunque la mayoría no tiene claro cómo involucrarlos de manera más activa en la práctica. Asimismo valoran la opinión del paciente como algo necesario y complementario a la enseñanza disciplinar (Jha, et.al; 2009). Esta diferencia puede deberse a la brecha cultural que existe entre Chile y el país donde se realizó ésta investigación (Reino Unido), el cual es el país que más experiencia tiene publicada respecto a éste tema en el mundo.

Los tutores clínicos de las publicaciones revisadas relevan la importancia del adiestramiento del paciente como un paso anterior a querer involucrarlos de manera activa en la práctica clínica. Este es un punto importante, puesto que existen experiencias publicadas de adiestramiento de pacientes reales en función de actuar como paciente-instructor durante en las prácticas. La evidencia más frecuente es la relacionada con el uso de pacientes reales en ECOEs de estudiantes de medicina como complemento al uso de pacientes simulados en ésta misma instancia. Entre las ventajas que se exponen al uso de pacientes reales en éstas evaluaciones están: 1) Pueden demostrar de manera clara signos como arritmias, hipertensión, embarazos, etc; 2) Son fácilmente disponibles en muchas situaciones; 3) No requieren recursos adicionales y un mínimo soporte organizacional; 3) Ofrecen un alto nivel de aceptación al staff docente y los estudiantes; entre otras (Collins, et.al; 1998)

Según lo encontrado en ésta investigación, a los tutores clínicos encuestados les cuesta aún visualizar la posibilidad real de contar con un rol más activo del usuario en práctica. Un aspecto que podría influir en éste caso, es la habituación al ritmo de trabajo durante la práctica o el desconocimiento absoluto de la existencia de las técnicas docentes revisadas que permiten que el usuario se involucre de manera más activa en la práctica clínica. Distinto es el caso de los estudiantes, quienes por su juventud y posición de receptores y creadores de su propio aprendizaje, son capaces de relevar al usuario hacia otro nivel, aun cuando es poco probable que ellos sí tengan conocimiento de la existencia de estas técnicas de involucramiento.

Al ser consultados por la retroalimentación, las opiniones también son dispares en ambos grupos y confirman las opiniones vertidas en el apartado anterior. Los tutores clínicos se encuentran a favor de la retroalimentación por parte del usuario, pero hay diferencias en relación a considerarla en la calificación final y en la forma en cómo ésta debe ser entregada. Mientras algunos piensan que la retroalimentación debe ser mediada por un docente, existen otros que piensan que esa retroalimentación debe ser entregada directamente por el usuario. En el caso de los estudiantes, ellos se ven igualmente favorables a aceptar una retroalimentación de parte del usuario, pero la mitad de ellos se muestra dispuesto a que ésta sea considerada en la calificación final

de la práctica. La mitad restante se muestra contrario debido a reparos que van en la línea de la subjetividad que esta retroalimentación puede tener.

La retroalimentación por parte de los usuarios es la principal estrategia usada para involucrarlos de manera activa. Según Spencer, ésta retroalimentación puede realizarse: 1) Por incentivo del docente guía, 2) Como una solicitud del propio estudiante y 3) Introduciendo la opinión del paciente como una variable que contribuye a la nota final del estudiante en práctica clínica (Spencer, 2013).

La comunicación, entendida como relación humana, desempeña un papel esencial en los procesos de enseñanza, aprendizaje y evaluación de la dimensión comunicativa de las competencias profesionales en el ámbito de la salud. Es en el primer decenio del siglo XXI cuando se estructuran unas bases conceptuales y metodológicas sólidas respecto el aprendizaje de comunicación de los futuros profesionales de la salud (Cleries, 2010). La mayor experiencia publicada en enseñanza de habilidades comunicacionales se encuentra en carreras de medicina del "mundo anglosajón", donde el ejemplo clásico son las evaluaciones con pacientes estandarizados. La experiencia con pacientes reales también ha sido explorada y se ha expuesto con anterioridad en este trabajo.

En Chile, la simulación clínica con pacientes estandarizados ha ido tomando más fuerza en los últimos años. Facultades de medicina de universidades privadas han adoptado esta metodología para reforzar las habilidades comunicacionales. En nuestra Universidad de Chile, el año 2011 se creó el Centro de Habilidades Clínicas, el cual a la fecha actual se ha posicionado como un espacio relevante en la formación de los profesionales de todas las carreras de la Facultad en el contexto de la innovación curricular de las carreras de la salud.

El uso de pacientes estandarizados, con el uso de la retroalimentación del propio paciente al estudiante, puede ser utilizada como un primer paso si queremos involucrar de manera activa a los pacientes reales en la práctica. En todos los casos, el uso de pacientes estandarizados debe ser un paso previo obligado en todo currículum que considera un rol activo del paciente real en las evaluaciones de los estudiantes, por cuanto es un paso intermedio donde el estudiante aprende a valorar el punto de vista

del usuario y la importancia de su visión respecto a la atención que el estudiante le entrega.

En los tutores clínicos es claro que se debe hacer un trabajo de capacitación que permita que se abran a recibir de buena forma esta técnica docente, en cambio en los estudiantes sería bueno realizar una inducción que permita introducirlos en la importancia de recibir retroalimentación de los usuarios en la práctica. Como se dijo anteriormente, la introducción de metodologías de simulación con uso de pacientes estandarizados entrega gran parte de ésta inducción a los estudiantes.

La escuela debe hacerse cargo integrando instancias donde los estudiantes se habitúen a recibir retroalimentaciones de los usuarios, mediante el uso actividades con pacientes estandarizados, lo cual permite que los estudiantes pongan de manifiesto sus habilidades en un ambiente controlado recibiendo retroalimentación de los mismos pacientes con pautas previamente conocidas, lo cual elimina el sesgo de subjetividad que esta pueda llegar a tener.

Finalmente estudiantes y tutores de práctica coinciden en que la retroalimentación ayudaría a potenciar habilidades de comunicación y trato con los usuarios, lo cual se condice con la literatura respecto al uso de las retroalimentaciones en estos contextos académicos.

Conclusiones

1. Los usuarios tienen una buena disposición a participar en las prácticas clínicas de los estudiantes, siempre y cuando les sea solicitado su consentimiento de manera explícita para participar de ésta actividad;
2. La toma del consentimiento informado debe ser el primer paso si la unidad educativa desea involucrar de manera más activa a los usuarios en la evaluación de las prácticas clínicas;
3. Tanto estudiantes como tutores clínicos expresan que los usuarios tienen una buena disposición a participar de las prácticas clínicas de los estudiantes, lo que se refleja en la poca ocurrencia de experiencias negativas con usuarios en práctica;
4. Los usuarios sienten que su rol es fundamental en el desarrollo de las prácticas de los estudiantes. Sienten que este rol es ser un facilitador físico para que el estudiante pueda adquirir sus competencias profesionales;
5. Los estudiantes sienten que el rol del usuario es imprescindible en su formación profesional, sin embargo sienten que son subutilizados en el sentido que sólo son vistos como un "objeto de aprendizaje";
6. Los tutores clínicos sienten que el rol del usuario es fundamental en el desarrollo de las prácticas y, específicamente, corresponde a ser un facilitador físico del logro de las competencias en los estudiantes;
7. Los tres actores involucrados se manifiestan a favor de incluir una retroalimentación del usuario al estudiante en práctica. Todos concuerdan que ésta metodología reforzaría la adquisición de habilidades comunicacionales en los estudiantes;

8. Los resultados de este estudio, contrastados con la revisión de la literatura, reafirman que los usuarios son indiscutiblemente idóneos para evaluar habilidades comunicacionales en los estudiantes, lo cual podría lograr realizar evaluaciones más auténticas de la práctica clínica.

Proyecciones y limitaciones

Aunque la opinión de los directivos del centro investigado (cargos ej. Director del servicio) no se tomó en consideración, a la luz de lo que se encontró en la revisión bibliográfica y el trabajo de campo, se hace importante conocer su impresión respecto a que el centro sea un lugar de práctica docente y la opinión que tiene acerca de la toma de consentimiento informado explícito al usuario que participa en las prácticas clínicas de los estudiantes.

Los directivos académicos (ej. Director(a) de pregrado, coordinador(ra) de campos clínicos, etc) tampoco fueron tomados en cuenta en esta investigación, y podría ser interesante indagar acerca de su disposición respecto a estas metodologías y cómo visualizan ellos estas prácticas docentes en función del nuevo currículum y el perfil de egreso que se busca en los estudiantes.

Además, la investigación podría reproducirse en un centro clínico de la red pública y/o en uno del sector privado, de manera de contrastarlos y comprobar en Chile las diferencias respecto a nivel socioeconómico que se expusieron en la revisión bibliográfica de este trabajo.

Dentro de las limitaciones más importantes de este estudio está la participación de los tutores clínicos, puesto que no se recibieron todos los cuestionarios autoadministrados que fueron entregados. Esto puede tener diversas razones, desde la falta de tiempo producto de la carga de trabajo clínico propia de los tutores hasta falta de motivación para participar en estudios de este tenor.

Otra limitación considerable es el hecho de que la investigación se hizo sólo en un hospital clínico universitario y una escuela formadora, por lo que únicamente puede generalizarse en este contexto. Es por ello que sería pertinente reproducir ésta investigación en otras carreras de la salud y otros centros clínicos.

Referencias

1. Beca J, et.al (2006). "*Relación estudiante - enfermo: Visión del paciente*". *Rev. Med Chile*; 134: 955-959.
2. Devoredsky A, Rosselot E (2009). "*El hospital docente del siglo XXI*". *Rev Hosp Clín Univ Chile*; 20: 296-301.
3. Haffling A (2008). "*Patients consulting with students in general practice: Survey of patient's satisfaction and their role in teaching*". *Med. Teach*; 30: 622-629.
4. Huerta J (2005) "*Guía para los estudios de caso como técnica de evaluación o investigación*" *Universidad de Puerto Rico*.
5. Jha B, et.al (2009). "*What educators and students really think about using patients as teachers in medical education: A qualitative study*". *Medical Education*; 43: 449-456.
6. Ley N° 20584 "*Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud*". *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Fecha consulta 25 de noviembre de 2012.
7. Stacy R, Spencer J (1999). "Patients as teachers: A qualitative study of patient's views on their role in a community-based undergraduate project" *Medical Education* 33: 688-694
8. Davis C, et.al (2008). "*The patient's role in the assessment of student's communication skills*" *Nurse Education Today* 29, 405-412.
9. Médici A (2001). "*Los hospitales universitarios: Pasado, presente y futuro*". *Cuadernos médico sociales*; 79: 119-128.
10. Reyes P, Hernandez A (2008) "*El estudio de caso en el contexto de la crisis de la modernidad*" *Cinta Moebio*; 32: 70-89.
11. Román O, Señoret M (2007). "*La relación docente - asistencial en el nuevo contexto que establece la reforma de salud*". *Rev. Med Chile*; 135: 251-256.

12. Spencer J (2003). *"ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinic"*
13. Millan N (2003). "La gestión de la docencia en los hospitales universitarios". *Educación Médica* 6(3)
14. Quintero G. (). "Consecuencias de la misión académica para los hospitales universitarios". *Centro de gestión hospitalaria. Via Salud* Número 44.
15. Padron, J. (2007). "Tendencias epistemológicas de la Investigación Científica en el Siglo XXI". *Cinta de Moebio* 28: 1-28.
16. Camacho H, et.al. (2005). "La trama de la investigación y su epistemología". *Telos* 7(1): 9-20.
17. Perez A (2002). "Sobre la metodología cualitativa". *Rev. Esp. Salud Pública* 76(5): 373-380.
18. Moron A (2004). *Técnicas de investigación en pedagogía social. Fuentes de documentación e información. Apunte curso Pedagogía Social curso 2004-05.*
19. Contreras C, et.al. (2009). "Perfil del paciente de medicina en un hospital público". *Acta Med Per* 26(4): 212-216
20. Collins J.P, et.al. (1998). "AMEE Medical Education Guide N°13: Real Patients, Simulated Patients and Simulators in clinical examinations". *Medical Teacher* 20(6): 508-521.
21. Bridson J. et.al (2003). "Making consent patient centred". *BMJ* 327: 1159-61.
22. Carmody D, et.al (2011). "Patients perceptions of medical students' involvement in their obstetrics and gynaecology health care". *Australian and New Zealand Journal Of Obstetrics and Gynaecology* 51: 553-58.
23. Howe A, et.al. (2003). "Involving Patients in medical education" *BMJ* 327: 326-28.
24. Jackson A, et.al (2003). "Participating medical education: Views of patients and carers living in deprived communities". *Medical Education* 37: 532-38.

25. Simon S MD, et.al (2000). "Effect of Medical Student Teaching on Patient Satisfaction in a Managed Care Setting". *J Gen Intern Med* 15: 457-61.
26. Jha V, et.al. (2010). "Patient involvement in teaching and assessing intimate examination skills: a systematic review". *Medical Education* 44: 347-57.
27. Noble L, et.al. (2007). "The effect of professional skills training on patient-centredness and confidence in communicating with patients". *Medical Education* 41: 432-40.
28. Sousa RL, et.al. (2011). "Opinión de los pacientes sobre su participación en la enseñanza práctica de medicina en un hospital universitario de Brasil" *Educ. Med.* 14(1): 35-37
29. Spencer, J, et.al. (2000). "Patient-Oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students" *Medical Education* 34: 851-57.
30. Spencer J. (2004). "Education and Practice: Patients in Medical Education" *The Lancet* 363: 1480
31. Tsimtsiou, et.al. (2007). "Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey". *Medical Education* 41: 146-53.
32. Boudreau J, et.al. (2008). "Preparing medical student to become skilled at clinical observation". *Medical Teacher* 30: 857-62
33. Lorin M, et.al. (2008). "What is a clinical pearl and what is its role in medical education?". *Medical Teacher* 30: 870-74.
34. Parsell G, et.al. (2001). "Recent Perspectives on clinical teaching". *Medical Education* 35: 409-14.
35. Towle A, et.al. (2011). "The neglect of chronic disease self-management in medical education: Involving patients as educators". *Academic Medicine* 86(11): 1350.

36. Worley P, et.al. (2006). *“Epirical evidence for symbiotic medical education: a campatarive analysis of community and tertiary-based programmes”*. *Medical Education* 40: 109-16.
37. Yeates P, et.al. (2008). *“What can we expect of clinical teachers? Establishing consensus on applicable skills, attitudes and practices”* *Medical Education* 42: 134-42.
38. Dent J. (2005). *“AMEE guide N° 26: clinical teaching in ambulatory care settings: making the most of learning opportunities with outpatients”* *Medical Teacher* 27(4): 302-15.
39. Ferenchick G, et.al. (1997). *“Strategies for efficient and effective teaching in the ambulatory care setting”* *Academic Medicine* 72: 277-80.
40. Fields S, et.al. (2000). *“Teaching medical students in the ambulatory setting: Strategies for success”* *JAMA* 283(18): 2362-64.
41. Irby D, et.al. (1991). *“Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine”* *Academic Medicine* 66: 54-55.
42. Irby D. (1995). *“Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic review of the literature”* *Academic Medicine* 70: 898-931.
43. Williamson J. (2012). *“Teaching and learning in out-patients clinics”* *The Clinical Teacher* 9: 304-07.

ANEXO

Documento 1: Entrevista semi estructurada a usuarios

Apertura

Buenos días/tardes, mi nombre es _____ , soy investigador y responsable de realizar la entrevista. Nosotros estamos trabajando en este estudio cuyo objetivo es conocer su impresión acerca de ciertos aspectos relacionados con las prácticas clínicas que se realizan en algunos centros de salud.

Le agradecemos mucho su buena disposición a cooperar con esta investigación, sabiendo que dispone de escaso tiempo.

Antes de empezar quiero recordarle que le pedimos su autorización para grabar la entrevista y así no perder información valiosa para el estudio

Desarrollo

En primer lugar, como usted debe saber, éste es un hospital docente, lo que quiere decir que éste es un lugar donde existe la posibilidad que estudiantes, supervisados siempre por profesionales, efectúen su atención de salud. El estudiante que aquí realiza su práctica clínica tiene la oportunidad de entrenar en un contexto clínico real los procedimientos propios de su quehacer profesional y obtendrá una nota que será considerada con un porcentaje importante dentro de una asignatura, motivo por el cual ésta actividad es relevante para el estudiante.

Es por ésta razón que quisiera saber, en su caso particular,

1. ¿Qué opinión le merece a usted el que su atención de salud sea una forma en la cual un estudiante pueda practicar un procedimiento clínico?
2. Si usted ha participado ó llegase a participar en una práctica clínica, ¿Cuál es el rol que usted siente que juega como usuario en el aprendizaje de ese estudiante?
3. ¿Siente ese rol relevante?, ¿Por qué?
4. ¿Qué opinión le merecería el saber que en éste hospital docente, los usuarios pueden entregar una retroalimentación al estudiante que lo atiende?
5. Si usted tuviera la oportunidad de entregar una retroalimentación al estudiante luego de que practicara la atención de salud, ¿En qué habilidades cree usted que su colaboración puede ser importante?

Documento 2: Cuestionario auto administrado a estudiantes

Estimado estudiante.

Este cuestionario forma parte de la tesis para optar al grado de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud titulada "*Disposición de los usuarios a participar en prácticas clínicas y su rol en proceso de enseñanza-aprendizaje*". Con este instrumento se pretende recoger información acerca de cómo el estudiante siente su relación con el usuario en el contexto de las prácticas clínicas en la carrera de tecnología médica a partir de la percepción que se tiene de su predisposición a la participación, la atención que usted entrega al usuario y la valoración que tiene del rol que el usuario juega en su proceso educativo profesional.

Para contestar este cuestionario sólo debe marcar una cruz (x) en la opción de respuesta que considere más adecuada.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

1. Según su paso en prácticas clínicas de la carrera, ¿Cómo siente usted que es la prestancia ó disposición de los usuarios a ser atendidos por usted?
 - A. Buena
 - B. Regular
 - C. Mala

2. ¿Ha tenido usted experiencias negativas con usuarios en su práctica clínica?
 - A. Si
 - B. No

- 2a. En caso de responder si, ¿De qué tipo fue esa experiencia?
 - A. El usuario se negó rotundamente a ser atendido por usted
 - B. El usuario no estuvo conforme con la atención que usted le brindó
 - C. Otra, ¿Cómo fué? _____

3. En los centros donde usted ha realizado su práctica clínica, ¿Con qué frecuencia solicita consentimiento informado por escrito al usuario antes de que sea usted quien lo atienda?

A. Siempre se solicita

B. En la mayoría si se solicita

C. En la mayoría no se solicita

D. Nunca le ha solicitado consentimiento informado por escrito a un usuario

4. En los centros donde usted ha realizado su práctica clínica, ¿Con qué frecuencia solicita consentimiento informado de manera verbal al usuario antes de que sea usted quien lo atienda?

A. Siempre se solicita

B. En la mayoría si se solicita

C. En la mayoría no se solicita

D. Nunca le ha solicitado consentimiento informado de manera verbal a un usuario

5. En caso de haber respondido A, B o C en la pregunta anterior: ¿Ha existido una forma donde se consigne el consentimiento dado verbalmente al usuario?

A. Si, ¿Cómo? _____

B. No

6. Según su percepción ¿Cuál es el lugar que nuestro sistema le asigna al usuario en la formación profesional de los estudiantes?

7. Desde su mirada personal: ¿cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica?

A. (___) Si, ¿por qué? _____

B. (___) No, ¿por qué? _____

8. ¿Estaría usted de acuerdo con recibir una retroalimentación acerca de su desempeño durante la atención, de parte del usuario?

A. (___) Si. ¿por qué? _____

B. (___) No, ¿por qué? _____

En caso de responder Si, favor continuar. En caso de responder No, muchas gracias por su colaboración

8.a ¿Y estaría usted de acuerdo con que esa retroalimentación sea considerada en su calificación final de práctica clínica?

A. (___) Si. Por qué? _____

B. (___) No. Por qué? _____

9. ¿En el fortalecimiento de qué habilidades profesionales cree usted que la retroalimentación del usuario puede serle útil en su formación?

10. Marque los elementos actuales que usted cree que son **facilitadores** para que esta retroalimentación algún día se concrete (máximo 3)

- a) Voluntad del campo clínico
- b) Motivación de los tutores clínicos
- c) Motivación de los estudiantes
- d) Motivación de la escuela
- e) Motivación de los usuarios
- f) Tiempo destinado a las prácticas

g) Experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas

h) Otra _____

12. Marque los elementos actuales que usted cree que **dificultan** el hecho que esta retroalimentación algún día se concrete (máximo 3)

a) Poca voluntad del campo clínico

b) Poca motivación de los tutores clínicos

c) Poca motivación de los estudiantes

d) Poca voluntad de la escuela

e) Poca motivación de los usuarios

f) Poco tiempo de práctica clínica

g) Poca ó nula experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas

h) Otra _____

Documento 3: Cuestionario auto administrado a tutores clínicos

Estimado colega.

Este cuestionario forma parte de la tesis para optar al grado de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud titulada "*Disposición de los usuarios a participar en prácticas clínicas y su rol en proceso de enseñanza-aprendizaje*". Con este instrumento se pretende recoger información acerca de cómo usted como tutor siente la relación que el usuario tiene con el centro de salud donde se desempeña en el contexto de las prácticas clínicas en la carrera de tecnología médica a partir de la percepción que se tiene de su disposición a la participación, la atención que el estudiante entrega al usuario y la valoración que tiene del rol que el usuario juega en el proceso educativo profesional del estudiante

Para contestar este cuestionario sólo debe marcar una cruz (x) en la opción de respuesta que considere más adecuada.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración

1. Dada su experiencia como tutor clínico de los estudiantes de Tecnología Médica, ¿Cómo ha sido la disposición de los usuarios a participar en las prácticas de los estudiantes a su cargo?
 - A. Muy buena
 - B. La mayoría de las veces es buena
 - C. La mayoría de las veces no es buena
 - D. Muy mala

2. ¿Ha tenido usted experiencias negativas con usuarios en la práctica de los estudiantes?
 - C. Si
 - D. No

2a. En caso de responder si, ¿De qué tipo fue esa experiencia?

D. (___) El usuario se negó rotundamente a ser atendido por el estudiante

E. (___) El usuario no estuvo conforme con la atención que el estudiante le brindó

F. (___) Otra, ¿Cómo fue? _____

3. En el centro donde usted se desempeña como tutor clínico, ¿Cuál es la forma en cómo se recibe el consentimiento del usuario para participar en la práctica clínica?

4. ¿Cuál es el lugar que usted siente que nuestro sistema le ha asignado al usuario en la formación profesional de los estudiantes de Tecnología Médica?

5. Desde su mirada personal: ¿cree usted que ese lugar que el usuario ocupa en nuestro sistema, es suficiente para el desarrollo integral de la práctica clínica?

A. (___) Si, ¿por qué? _____

B. (___) No, ¿por qué? _____

6. ¿Estaría usted de acuerdo con que el usuario pueda dar una retroalimentación acerca del desempeño del estudiante durante la atención?

A. (___) Si. ¿por qué? _____

B. (___) No, ¿por qué? _____

En caso de responder Si, favor continuar. En caso de responder No, muchas gracias por su colaboración

6.a ¿Cree conveniente que esa retroalimentación sea considerada en la calificación final de práctica clínica del estudiante?

C. (___) Si. ¿Por qué? _____

D. (___) No. ¿Por qué? _____

7. ¿En el fortalecimiento de qué habilidades profesionales cree usted que la retroalimentación del usuario puede ser útil en la formación de los estudiantes?

8. Marque los elementos actuales que usted cree que son **facilitadores** para que esta retroalimentación algún día se concrete (marque las 3 más importantes)

- a) Voluntad del campo clínico
- b) Motivación de los tutores clínicos
- c) Motivación de los estudiantes
- d) Motivación de la escuela
- e) Motivación de los usuarios
- f) Tiempo destinado a las prácticas
- g) Experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas
- h) Otra

9. Marque los elementos actuales que usted cree que **dificultarían** el hecho que esta retroalimentación algún día se concrete (marque las 3 más importantes)

- a) Poca voluntad del campo clínico
- b) Poca motivación de los tutores clínicos
- c) Poca motivación de los estudiantes
- d) Poca voluntad de la escuela
- e) Poca motivación de los usuarios

f) Poco tiempo de práctica clínica

g) Poca ó nula experiencia del equipo docente en involucramiento del usuario en las prácticas

h)Otra _____

Documento 4: Consentimiento informado de usuarios

Consentimiento informado de usuarios

Por medio del presente documento , yo _____,

(Nombre completo)

CI _____, voluntariamente y sin recibir ningún tipo de recompensa a cambio, acepto ser entrevistado(a) por el candidato a Magister en Educación en Ciencias de la Salud, Sr. Patricio Riquelme Contreras, CI 16.413.786-4, con el fin de colaborar en el desarrollo de la investigación titulada **"Disposición de los usuarios a participar de las prácticas clínicas y su rol en el proceso de enseñanza-aprendizaje"**.

Además declaro haber recibido de parte del Sr. Riquelme toda la información acerca de la investigación, sus objetivos y relevancia de esta investigación, así como también autorizo la grabación de la entrevista que se me realizará, audio que solo será usado por el investigador individualizado para el logro de los objetivos que he declarado conocer a cabalidad.

Patricio Riquelme Contreras M.Ed (c)

Usuario colaborador

Investigador

En Santiago, a de de 2014

Documento 5: Consentimiento informado de estudiantes

Consentimiento informado de Estudiantes

Por medio del presente documento , yo _____,

(Nombre completo)

CI _____, voluntariamente y sin recibir ningún tipo de recompensa a cambio, acepto contestar el cuestionario auto administrado entregado por el candidato a Magister en Educación en Ciencias de la Salud, Sr. Patricio Riquelme Contreras, CI 16.413.786-4, con el fin de colaborar en el desarrollo de la investigación titulada **"Disposición de los usuarios a participar de las prácticas clínicas y su rol en el proceso de enseñanza-aprendizaje"**.

Además declaro haber recibido de parte del Sr. Riquelme toda la información acerca de la investigación, sus objetivos y relevancia de esta investigación, así como también autorizo la utilización de las respuestas entregadas con el fin de contribuir a los objetivos de la investigación.

Patricio Riquelme Contreras M.Ed (c)

Estudiante colaborador

Investigador

En Santiago, a de de 2014

Documento 6: Consentimiento informado de tutores clínicos

Consentimiento informado de Estudiantes

Por medio del presente documento , yo _____,

(Nombre completo)

CI _____, voluntariamente y sin recibir ningún tipo de recompensa a cambio, acepto contestar el cuestionario auto administrado entregado por el candidato a Magister en Educación en Ciencias de la Salud, Sr. Patricio Riquelme Contreras, CI 16.413.786-4, con el fin de colaborar en el desarrollo de la investigación titulada **"Disposición de los usuarios a participar de las prácticas clínicas y su rol en el proceso de enseñanza-aprendizaje"**.

Además declaro haber recibido de parte del Sr. Riquelme toda la información acerca de la investigación, sus objetivos y relevancia de esta investigación, así como también autorizo la utilización de las respuestas entregadas con el fin de contribuir a los objetivos de la investigación.

Patricio Riquelme Contreras M.Ed (c)

Tutor clínico colaborador

Investigador

En Santiago, a de de 2014

Documento 7: Transcripción de entrevistas semi estructuradas a usuarios

Preguntas de la entrevista

1. ¿Qué opinión le merece a usted el que su atención de salud sea una forma en la cual un estudiante pueda practicar un procedimiento clínico?
2. Si usted ha participado ó llegase a participar en una práctica clínica, ¿Cuál es el rol que usted siente que juega como usuario en el aprendizaje de ese estudiante?
3. ¿Siente ese rol relevante?, ¿Por qué?
4. ¿Qué opinión le merecería el saber que en éste hospital docente, los usuarios pueden entregar una retroalimentación al estudiante que lo atiende?
5. Si usted tuviera la oportunidad de entregar una retroalimentación al estudiante luego de que practicara la atención de salud, ¿En qué habilidades cree usted que su colaboración puede ser importante?

Usuario 1

1. Me parece bien, porque los estudiantes tienen que aprender y se aprende con la práctica. La teoría sirve, pero si no se practica mal se podría aprender sólo la teoría si no hay práctica. (el entrevistador pregunta) ¿Cuál sería su disposición entonces si yo le dijera que un estudiante va a realizarle el procedimiento clínico? (Paciente responde) Yo creo que buena, mientras no me duela, si no ¿cómo uno va a ir al médico después?
2. Yo creo que es importante, porque estoy aportando para llevar a cabo aprendizajes. La práctica hace al monje, dicen.
3. Lo dijo anteriormente
4. Me parecería bien, a mi me encanta que haya una retroalimentación. Normalmente estamos muy acostumbrados a decir lo malo, y personalmente a mí me gusta decir lo bueno y lo malo.

5. Yo creo que el trato, que no sea esta cosa mecánica (dice palabras que ejemplifican un trato impersonal, poco cercano), pero el ser deferente con el paciente influye mucho porque el paciente se entrega más confiado. Todo esto parte desde la acogida.

Usuario 2

1. Me parece bien, porque sé que siempre va a estar respaldado por un profesor.
2. Soy un elemento más que ellos van a poder analizar y estudiar. No siento que vaya a haber un rol más, va a estudiar el caso, éste estudiante me va a preguntar los síntomas, el posible diagnóstico.
3. Si es importante, porque cada paciente es individual y distinto de otro (se infiere que gracias a esto, si el estudiante examina muchos pacientes va a adquirir mejores competencias)
4. No respondida
5. Solamente tendría que ser a nivel de trato, porque yo no voy a saber más acerca de lo que él está haciendo. Me imagino que si él está siendo muy amable o me ha atendido bien y yo se lo digo, para el estudiante será una satisfacción. (Entrevistador): ¿Pero, también estaría dispuesta a decir las cosas que ese estudiante hizo mal?. (Paciente): ¿Que fué un mal educado? ¿Puede ser? (risas) Es que es lo único que le podría decir, todo a nivel de relaciones humanas, de trato. Yo no sé cómo tiene que poner la placa ni como me tengo que poner yo.

Usuario 3

1. Uno tiene claro que las cosas son así, o sea para que los chicos aprendan tienen que practicar, me imagino que bajo la supervisión de un profesor. Siendo así, que esté en el último año, que ya se esté por recibir, tenga el conocimiento suficiente y bajo supervisión, no tendría problema que me lo hicieran. (Entrevistador pregunta) ¿Y si el estudiante fuera más chico? (Paciente responde) Me preocuparía y tal vez le diría que no.

2. Yo me presto para que él avance, me examine, me diagnostique. (Entrevistador pregunta) ¿Usted aportaría con su caso entonces? (paciente responde) Claro.
3. Yo creo que es fundamental, porque el estudiante va a desplegar sus conocimientos en ese contexto y avanzará en sus estudios.
4. Estoy de acuerdo, porque mi opinión es importante. Si a mí me preguntan cómo me sentí, cómo me atendió el estudiante y yo puedo darle esa opinión; para ese chico va a ser muy importante.
5. (En una primera instancia da ejemplos que llevan a pensar que podría evaluar la calidad del diagnóstico que el estudiante le entrega, ya que pone el supuesto de que el estudiante efectivamente coincida con el diagnóstico que ella maneja) Entrevistador pregunta: ¿Y siente que puede haber alguna otra área en la que su opinión pueda ser importante?. (Paciente responde): Cómo trata al paciente, que uno pueda decir "sí, quedé conforme con la atención, quedé contenta, me atendió bien" (entrevistador agrega): Hay aspectos en la práctica clínica donde se evalúa el trato que el estudiante le da al paciente, pero ese es el trato que observa el tutor clínico, el profesional que lo está supervisando. (paciente responde) Con esto me refiero a que sea amable, que escuche, porque hay médicos que uno no se alcanza ni a sentar y ya están haciendo la receta. Esto es importante para un paciente, que el médico que a uno lo está atendiendo le dé la confianza y que lo escuche, porque de ahí parte todo. Si yo me siento contenta con el médico que me está atendiendo y se preocupa de mi caso, eso es fundamental

Usuario 4

1. Me parece bien, porque ellos están desarrollando lo que ya han aprendido con el especialista anteriormente.
2. Es una experiencia más para el estudiante. (entrevistador pregunta) Su papel entonces se limitaría a aportar con su caso al aprendizaje del estudiante. (paciente responde) Exacto. (entrevistador pregunta) ¿Siente que hay algo más?. (Paciente responde) No.

3. Si, es importante para el estudiante, porque mi caso lo puede usar en un trabajo, o comentarlo con sus colegas y así van profundizando en los casos de cada paciente.
4. No respondida
5. En el área del conocimiento puede ser. Porque yo sé un poco acerca de mi diagnóstico y uno va pasando por distintos servicios y va comparando diferentes estudiantes y su desempeño. (Entrevistador pregunta) ¿Hay otra área que usted crea que se pueda reforzar? Puede ser más general incluso. Pongámonos en el caso de la mayoría de los pacientes, quienes no tienen mayor conocimiento acerca de su patología. (Paciente responde) Va a contribuir a su experiencia de formación como Tecnólogo.

Usuario 5

1. Me parece súper bueno, porque pienso que la mejor manera de poder aprender y aplicar los conocimientos que adquieren es con un paciente real, no con un "mono" o con algún muñeco, no lo sé. Yo me atiendo bien a menudo aquí, hemos sido atendidos por estudiantes de medicina y nunca hemos tenido ningún problema.
2. Yo creo que es fundamental porque para cualquier profesional es mucho más específico, la forma de aprender es mejor si se aprende con un paciente de carne y hueso.
3. Si, porque el aprendizaje es mucho mejor si se practica con pacientes reales
4. Yo no creo que sea relevante lo que un paciente pueda decir. No corresponde que un paciente le de sugerencias a un médico o una enfermera, no me parece. No estoy de acuerdo.
5. En cuanto a conocimientos nada, porque es el profesional el que sabe. Quizás ciertas habilidades blandas como la empatía con los pacientes, cosas así; pero más allá, como ponerme a dar sugerencias de un tema que yo no conozco, no creo.

Usuario 6

1. Yo lo viví, porque estuve hospitalizada aquí mismo en febrero, y para ellos es ventajoso, porque conviven con los pacientes y nos preguntan a cabalidad todo nuestro historial médico. Entonces yo creo que ellos van practicando distintas cosas, no las que tienen que ver exclusivamente con la dolencia de ese minuto. Para el paciente resulta un poco incómodo y agotador, porque las entrevistas con los alumnos son todo el día cuando se está hospitalizada. (entrevistador agrega) Pongámonos en el caso no de la hospitalización, sino que aquí. ¿Qué pasaría si quien le tomara la radiografía ahora aquí fuera un estudiante de Tecnología Médica? ¿Qué opinión tendría usted de que su radiografía sea una forma como un estudiante practica? (Paciente responde) Yo soy abierta a que lo hagan siempre y cuando haya un profesional con él, eso me daría confianza, no tendría ningún problema. Estoy a favor, prefiero que practiquen cuando están estudiando a que hagan mal las cosas cuando ya están titulados.
2. De partida tener la disposición para aceptar que el estudiante haga el procedimiento, darle confianza.
3. Yo creo que es importante porque uno es como "el conejillo de indias". Uno puede entregarle el historial que ha tenido y en base a eso el estudiante puede practicar sus conocimientos, yo creo que el paciente juega un rol importante.
4. Yo creo que también es positivo, porque se va creciendo juntos en el conocimiento lo que le está ocurriendo al paciente. Un paciente tampoco tiene que ser mudo.
5. El trato al paciente, seguridad en expresar sus conocimientos, interés que presta en la dolencia que tiene el paciente, porque uno también se puede enfrentar con gente que no da esa confianza, porque no baja. De repente también hay estudiantes que se sienten semidioses, como existen médicos iguales. He conocido distintos tipos de médicos y distintos tipos de estudiantes también.

Usuario 7

1. Está bien para darle la oportunidad de aprender al estudiante. Yo estaría dispuesto a que practicara
2. Mi papel es el de facilitar que el estudiante haga el examen, ser un facilitador físico.
3. Si, es importante para el estudiante y para mí también porque finalmente también me realizo el examen con esa atención. Es importante para el estudiante porque aprende
4. Estaría bien, porque ayudaría al desarrollo de su práctica. Sería bueno para el estudiante, porque es como un incentivo para ellos decirles que lo hicieron bien. Pero sería igualmente útil si fuera algo negativo.
5. Trato con el público. Lo primero que debe tener un médico es el trato con el público, que sea un buen trato, que no sea apático, que converse con el paciente. A veces ni siquiera saben a quién están atendiendo, ni siquiera levantan la cabeza. Hace mucha falta comunicación entre el profesional y el paciente, porque eso genera confianza en el paciente

Usuario 8

1. Me parece fenomenal, porque es una forma como un estudiante se va preparando para el futuro. Es conveniente que un estudiante realice prácticas con pacientes reales. Me parece bien, porque sino ¿cómo va a tener experiencia el estudiante?. Yo estaría dispuesto que un estudiante me haga la radiografía, pero siempre acompañado por un profesional.
2. El rol mío sería aportar algo para que este estudiante se supere en su profesión. Uno es un vehículo para que el estudiante se supere y vaya aprendiendo.
3. Muy importante, porque es el futuro de un profesional que va a atender a gente como nosotros. Si un estudiante no tiene esa oportunidad de aprender ¿Qué va a ser de su futuro como profesional? Va a aprender la mitad.

4. Sería fenomenal, sería algo muy importante, porque así su autoestima va creciendo, su seguridad, al ver que él hizo bien las cosas, que dejó contento al enfermo. (entrevistador pregunta) ¿Pero usted estaría dispuesto solo si esa retroalimentación es positiva? ¿Si lo hizo mal igual le diría?. (paciente responde) Tendría que ser franco con él, para que él sepa de que va a fracasar si no hace las cosas mejor. La retroalimentación es importante para bien o para mal.
5. En su trato con el enfermo, en su manera de atenderlo. Yo no tengo el conocimiento profesional

Documento 8: Focus group a tutores clínicos

En el cuestionario que les aplicó había un par de preguntas que decían relación con el rol del usuario (Paciente) en práctica clínica, su importancia y su suficiencia. En virtud de esto quisiera saber:

1. ¿Qué roles creen ustedes que los usuarios (pacientes) pueden tomar en la práctica clínica de nuestros estudiantes?
3. ¿Qué es para ustedes retroalimentación al estudiante en práctica?

En el cuestionario que se les aplicó había una pregunta que decía relación con la opinión de ustedes acerca que el usuario (paciente) pudiera dar una retroalimentación al estudiante en práctica clínica.

4. Quisiera saber qué opinan respecto a que el estudiante en práctica, reciba ésta retroalimentación
5. ¿Ustedes estarían de acuerdo que esa retroalimentación sea considerada en la nota final de práctica clínica del estudiante?

Documento 9: Transcripción focus group a tutores clínicos

El focus group, debido a disponibilidad de colegas para su realización, fue realizado en dos tandas. La primera de un tutor y la segunda de tres tutores. Estas transcripciones son las que se presentan a continuación.

Focus 1

Entrevistador: En el cuestionario que se aplicó a ustedes de tutores clínicos, había un par de preguntas que decía relación con el papel que el paciente tenía en práctica clínica, no sé si te acuerdas de esa pregunta, como del papel que cumplía el paciente en la práctica clínica del estudiante, cuál era la importancia de ese papel, y si ese papel era suficiente o no. En virtud de esas preguntas, yo quisiera saber ¿Qué roles crees tú, que los pacientes podrían tomar en una práctica clínica? Los que se te ocurran. ¿hay uno solo? ¿hay varios?

Tutor: (...)

Entrevistador: En base a tu experiencia, ¿sientes que los roles que tú puedes proyectar o los que puedes tener presente, crees que el rol que tienen ahora es suficiente?, que no pueden tener más? ¿Qué roles crees tú que los pacientes pueden tener en una práctica, donde tú los visualizas?

Tutor: Yo entiendo que el rol de un paciente en una práctica clínica es fundamental, ahora, definir el rol del paciente lo encuentro un poco complicado, pero... sí necesito de algunas definiciones, podría decir que es como, es el instrumento, en el fondo, que los estudiantes utilizan, para obtener ciertos aprendizajes, y al ser ese instrumento de aprendizaje ayuda a que el estudiante cumpla con los objetivos de aprendizaje que se establecen en una práctica clínica, ya sea, lograr la interacción con el paciente, ya sea anamnesis, comunicación con el paciente, etc. Y desarrollo de un correcto examen o procedimiento clínico, de acuerdo a los antecedentes de este paciente, otra definición que podría dar, es de que el paciente tiene el rol de llevar a la realidad algo que se vio en forma teórica. No sé si me entiendes

Entrevistador: Sí, perfectamente. ¿Crees tú que puede haber otro rol más aparte de ese? Según tu experiencia, según lo que tú pudiste visualizar más adelante. ¿o no hay más?

Tutor: Yo creo que los roles son esos que mencione, que son los que ayudan a cumplir los objetivos de aprendizaje en la práctica clínica y que pueden ser para fortalecer aprendizaje de aspectos teóricos de la práctica y de aspectos transversales o comunicativos por ejemplo, o que le ayuden al alumno a poder desenvolverse en un ambiente de trabajo, como a poder enfrentar bien a las personas

Entrevistador: ¿Pero esto siempre desde el punto de vista, como instrumento de practica?

Tutor: Si, si, de esa forma lo veo yo.

Entrevistador: Bien, en el cuestionario que también se les aplico a ustedes, había otra pregunta que decía relación a la opinión de ustedes, acerca de que el paciente pudiera dar una retroalimentación al estudiante en práctica clínica. Según las respuestas que se recogieron a mi me surgió una duda ¿Qué es para ustedes o que entienden por “retroalimentación al estudiante en práctica”?

Tutor: La retroalimentación, tiene que ver con comunicarse con el estudiante y darle a conocer aspectos positivos o negativos, que el paciente pudo observar en la atención, y que en el fondo el estudiante ocupe esa retroalimentación para obtener cierto aprendizaje de esta, lograr mejorar los aspectos negativos y reforzar los positivos o que bien que él pueda conocer los aspectos positivos que él pueda tener en la práctica con el paciente. Sin embargo esa retroalimentación debe ser guiada también, es decir supervisada. No debe ser solo paciente-alumno, tiene que ser paciente-docente-alumno.

Entrevistador: Correcto, ahora, en base a eso quiero saber ¿Qué opinas tu respecto a que un estudiante en práctica reciba esa retroalimentación del paciente? ¿Qué opinas? ¿Te parece bien, te parece mal, te parece que no corresponde?, ¿sería una instancia de aprendizaje importante?, ¿o no tan importante?

Tutor: Yo creo que lo más adecuado es que la retroalimentación se haga, entre el paciente y el docente, y que el docente pueda transmitirle lo que le dijo el paciente, al alumno posteriormente, en el fondo, que la retroalimentación sería ideal más que alumno-paciente, fuera docente-paciente, y que a través de eso el docente pueda canalizar lo que estime conveniente hacia el alumno y poder transmitirle lo que dijo el paciente.

Entrevistador: A ver si te entiendo bien, tu propondrías entonces que el paciente en este caso, le dijera las impresiones, al docente y que el docente se las dijera al estudiante.

Tutor: Sí, correcto.

Entrevistador: Tú estarías de acuerdo como tutor en práctica, que la retroalimentación del paciente sea considerada en la nota final de la práctica del estudiante?

Tutor: Yo creo que sí, que es importante, porque la apreciación que tiene el paciente, a veces incluye ciertos factores, que nosotros no logramos evaluar en el contacto con el alumno durante la práctica, ya que el paciente tiene la facultad de percibir otros aspectos, y esos también son importantes en el desempeño de la práctica del alumno, por lo tanto, son factores que son relevantes en el desarrollo de la práctica clínica, y por lo tanto deben ser evaluados también. Por lo tanto si es importante o relevante la opinión del paciente como evaluación

Entrevistador: Pero estas de acuerdo con que, eso sea parte de la nota?, porque uno puede evaluar formativamente, sin poner nota. ¿Pero estas de acuerdo con que esa retroalimentación implique o sea considerada en la nota del estudiante?

Tutor: Yo creo que si debe ser considerada, porque no estoy claro en este momento de los objetivos de aprendizaje de las practicas o las competencias que se desean lograr, pero yo creo que la relación con el paciente es uno de los factores importantes a los que debemos aspirar o llegar, en el desarrollo de una práctica profesional. Por eso si deben ser considerados en la evaluación

Entrevistador: Muchas gracias.

Focus 2

Entrevistador: A ustedes se les aplico un cuestionario acerca del rol del paciente en la práctica clínica y cuál era ese rol, importancia y si ese rol era suficiente o no. Hay algunos aspectos que a mí no me quedaron del todo claro y por eso quiero hacerles las siguientes preguntas. La primera pregunta que quisiera saber es que roles sientes ustedes que los usuarios pueden tener en la práctica clínica de los estudiantes? ¿hay uno o pueden haber más?

Tutor 1: Bueno el paciente puede tener incluso un rol evaluador de el alumno, ya que si el paciente está de acuerdo le puede pasar una encuesta de satisfacción, y él puede decir si le gusto la atención del alumno, o si encontró alguna falencia. Mas que ser un objeto de estudio o aprendizaje, también puede tener un rol evaluador.

Entrevistador: ¿Ustedes están de acuerdo con eso?

Tutor 2: Si

Tutor 3: Si, porque yo creo que puede ser algo aplicable la evaluaciones en la práctica, aunque no sé si podría ser aplicable en la clínica a todos los pacientes, por el flujo de pacientes que hay, pero si al momento de evaluar a los alumnos, seria valioso

Tutor 2: Como cuando hacen el examen, el examen final, en donde hacen un examen práctico y donde nosotros los evaluamos, a lo mejor podía ser considerado en un ítem

Entrevistador: ¿Sólo en una instancia de examen práctico?

Tutor 2: Es que en la instancia de flujo el paciente no se podría

Tutor 1: Es que a lo mejor no con todos, pero podría ser un sistema aleatorizado con algunos pacientes, para que puedan retroalimentar al alumno durante toda la pasantía, así como al inicio, al medio y al final

Entrevistador: Perfecto.

Tutor 2: Aunque yo no le daría una validez al 100%

Entrevistador: Esa pregunta se las hare después. De acuerdo al cuestionario que se les aplico, había una pregunta también que tenía relación con la opinión que ustedes tenían acerca de que los pacientes pudieran darle una retroalimentación a los estudiantes en práctica, que opinaban ustedes de eso. En virtud de eso quiero preguntarles ¿Qué entienden ustedes por retroalimentación?

Tutor 1: Yo creo que sería, que el paciente le diga como lo hizo, a pesar de que no tienen muchas responsabilidades, ya que ellos no participarían en la evaluación practica. Pero pueden evaluar aspectos más subjetivos, como la empatía, la amabilidad

Tutor 3: Y que el paciente de cuenta de los aspectos positivos y negativos, ya que ambos deben ir en una retroalimentación.

Entrevistador: Entonces ustedes estarían de acuerdo con que el paciente le diera en algún momento la retroalimentación al estudiante, en algún momento. ¿Y estarían de acuerdo de que esa retroalimentación sea parte de la nota final del estudiante? ¿O sino una evaluación formativa?

Tutor 2: A mi opinión, formativa, porque encuentro que la opinión del paciente es subjetiva, que puede ser que le cayó mal por X motivo, si a veces pasa eso, que llegan pacientes súper complicados, de hecho nosotros mismos hacemos que los alumnos no tomen a ese tipo de pacientes, porque uno los nota desde cuando entra... entonces es muy subjetivo y depende mucho del paciente.

Tutor 1: si, tendría que ser eso o en un porcentaje mínimo, aparte los alumnos siempre van a funcionar dependiendo de lo que van a tener de recompensa o no, y esa recompensa puede ser si va a tener una buena evaluación o no. Entonces podría ser expresado en un porcentaje mínimo y evaluando términos generales de como el paciente se sintió atendido, si se dio a entender

Tutor 3: Yo también encuentro que se debe dar importancia a lo formativo, pero además debe ser una evaluación sumativa, ya que al final nosotros evaluamos que el

alumno llego a tal resultado que por ejemplo es tomar bien el examen, pero no sabemos cómo fue el proceso, y el paciente es quien está con el alumno en ese momento. Ya que igual es importante, ya que por ejemplo pudo haber tratado mal al paciente, o no se percato de que le dolía algo y haberle pedido que hiciera una maniobra que a él le dolía

Tutor 2: Pero para mí eso es súper subjetivo, porque hasta a nosotros mismos nos pasa eso. Y como nosotros también estamos presentes en la toma de exámenes, nosotros también podemos medir el grado de amabilidad y de respeto que tiene el paciente, en cambio para el paciente ya su dolor provoca mucha subjetividad.

Tutor 1: Pero ahí también está la evaluación de nosotros, en como poder balancear lo que dice el paciente con respecto a lo que podemos ver nosotros

Tutor 3: No sé si se podría hacer según una variante dicotómica de sí o no, o escalarlo aunque puede ser más complicado, pero más que nada por el hecho de que el alumno, va a funcionar siempre por una evaluación de recompensa

Entrevistador: Bien, gracias.

Documento 10: Resúmenes de congresos

Esta investigación ha generado 2 trabajos, el primero fue presentado en el 1er congreso de Educación Superior en Carreras de Tecnología Médica, celebrado en la Universidad de Talca los días 11 y 12 de octubre de 2013.

El segundo fue presentado en el VII Congreso Internacional en Educación en Ciencias de la Salud, que se celebró los días 14 y 16 de Enero de 2015 en la Universidad de la Frontera, Temuco.

ESTADO DEL ARTE EN EL INVOLUCRAMIENTO DE LOS USUARIOS EN PRÁCTICA CLÍNICA (Patients involvement in clinical teaching: State of art)

Riquelme. P(1)(2)

(1): Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

(2): Centro de Habilidades Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Contacto: TM. Patricio Riquelme Contreras. priquelme@med.uchile.cl

Introducción: En el contexto de salud actual, el paciente pasa a ser un usuario, entendiéndolo como una persona que es consciente y exige sus derechos en salud, así como también se informa acerca de los procedimientos a los cuales será sometido. Incluso estos derechos ahora son resguardados mediante el cuerpo legal de derechos y deberes de los pacientes, el cual los prestadores deben cumplir, incluidos los que tienen función docente. Por otra parte, las instituciones de educación superior están viviendo una etapa de cambio curricular, pasando de basarse en objetivos a competencias, lo cual ciertamente tiene repercusiones a nivel de la docencia clínica en el sentido de lograr una evaluación más auténtica de la práctica. Dado este contexto es necesario que los usuarios tomen un rol más activo en práctica clínica. La literatura nos ofrece experiencias donde el involucramiento de usuarios en la práctica ha sido exitoso. En este trabajo hacemos una revisión de estas experiencias, de manera de conocer el estado del arte del involucramiento de los usuarios en las prácticas clínicas de los estudiantes.

Sujetos, materiales y métodos: Se revisaron en total 19 artículos relacionados con involucramiento de usuarios en práctica clínica, sobre todo en áreas de evaluación formativa. Finalmente se diseñó un consolidado con las experiencias más importantes en centros donde la metodología está más arraigada.

Resultados: Según la literatura, los usuarios tienen una buena disposición a participar en las prácticas clínicas, siempre y cuando sean informados con antelación que serán atendidos por estudiantes y que los procedimientos no sean demasiado invasivos. En cuanto al involucramiento, este se puede realizar de múltiples formas, tales como incentivo desde el propio docente guía a que el usuario retroalimente al estudiante. También se resalta la necesidad de tener un trabajo previo con el estudiante en el sentido de prepararlo para enfrentarse a un usuario que juega un rol activo en su práctica. La simulación clínica con pacientes estandarizados es una alternativa que se acomoda perfectamente a esta necesidad.

Conclusiones: Los usuarios están motivados a participar en prácticas clínicas, siempre y cuando se les informe. Esta disposición puede ser usada como un recurso en las escuelas de la salud para lograr la tan anhelada evaluación auténtica a la que aspiramos en nuestros nuevos currículum por competencias. Sin embargo, para lograrlo debemos invertir tiempo y recursos en preparar al estudiante en este nuevo escenario. Por otra parte debemos motivar el cambio de mentalidad del prestador de salud, de manera que entienda que involucrando al usuario ganamos todos.

Palabras clave: Rol del usuario en práctica clínica, ley de derechos y deberes del paciente, simulación clínica, pacientes estandarizados, evaluación auténtica, currículum basados en competencias.

Presentado en el I Congreso de Educación en Tecnología Médica. 11 y 12 de Octubre 2013. Universidad de Talca.

DISPOSICIÓN DE LOS USUARIOS A PARTICIPAR DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE UNA CARRERA DE TECNOLOGÍA MÉDICA: PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES

Riquelme, P

Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: Las prácticas clínicas son comunes a las carreras de la salud. Los usuarios están más empoderados de sus problemas de salud y sus derechos, esto obliga a los hospitales docentes a compatibilizar mejor sus funciones asistencial y docente. Los usuarios tradicionalmente han jugado un rol pasivo en las prácticas, pero este nuevo escenario puede ser tomado como una oportunidad en los currículum basados en competencias con el fin de involucrar a los usuarios en la evaluación de éstas prácticas

Objetivo: Conocer la percepción de estudiantes de quinto año de una carrera de Tecnología Médica acerca de la disposición de los usuarios a participar en prácticas clínicas y su rol en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Metodología: Se entregó voluntariamente un cuestionario a 15 estudiantes, el que contenía preguntas de selección múltiple y preguntas abiertas. Los aspectos consultados fueron: Disposición de usuarios hacia las prácticas, valoración del rol del usuario en práctica, grado de acuerdo en recibir retroalimentación del usuario durante la práctica.

Resultados: Todos los estudiantes declararon que la disposición de los usuarios era "Buena"; 9 estudiantes (60%) consideraron que el lugar que el usuario ocupa en práctica no es suficiente para el desarrollo de esta; 14 estudiantes (90%) declararon estar de acuerdo con recibir retroalimentación del usuario luego de su desempeño. En preguntas abiertas se infieren percepciones como subestimación del rol del usuario en la práctica, necesidad de humanizar la atención del usuario en práctica clínica e interés de los estudiantes por conocer la opinión del usuario acerca de su desempeño.

Conclusiones: Los estudiantes reconocen el valor que el usuario tiene en práctica clínica. Sin embargo existe una proporción no menor que cree que ese rol es insuficiente. Casi la totalidad de los estudiantes manifiesta su voluntad de saber desde el usuario cómo fue su desempeño. Esta información puede ser útil para ejecutar medidas tendientes a involucrar más a los usuarios en la práctica, pudiendo incluso hacerlos participar en la evaluación de ellas.

Presentado en el VII Congreso Internacional de Educación en Ciencias de la Salud. 11 y 12 de Octubre de 2015. Universidad de la Frontera. Temuco.