



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

Ilumina el futuro

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEDE DE LA PATAGONIA

Autoevaluación de tutores clínicos en Atención Primaria de Salud (APS) en Puerto Montt: relación entre la formación en habilidades pedagógicas y nivel de conocimiento pedagógico autopercebido como guía de estudiantes de pregrado

Tesis para optar al Grado de Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud

Profesor Guía: Mg. Jorge Alfaro Urrutia.

Alumnas: Javiera Parada Meza.

Fernanda Soto Cárdenas.

Puerto Montt, Chile

2024 - 2025

Agradecimientos

Quisiéramos expresar mucha gratitud a las personas que contribuyeron con el desarrollo de la investigación en sus diferentes etapas y procesos en momentos de estrés y alegría durante este largo y retador camino.

A la universidad por brindar la oportunidad de crecer académicamente, por su espera y plazos establecidos.

No menos importante agradecer a quienes nos acompañaron y dieron apoyo en este trayecto como lo fueron nuestras parejas, familia y por el apoyo emocional e incondicional de los hijos gatunos y perrunos.

ÍNDICE

Tabla de Contenido

Resumen	6
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
1.1 Introducción.....	8
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Justificación de la investigación.....	14
1.4 Delimitaciones	16
1.4.1 Cobertura geográfica	16
1.4.2 Cobertura temporal	17
1.5 Pregunta de investigación	18
1.6 Objetivos	18
1.6.1 General.....	18
1.6.2 Específicos	18
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 La supervisión y práctica clínica en el desarrollo curricular de profesionales de salud.	19
2.2 Retroalimentación y evaluación en la práctica clínica.....	21
2.3 El tutor clínico de atención primaria de salud en Chile (aps)	23
2.4 Autoevaluación del desempeño docente.	25
3. METODOLOGÍA.....	28
3.1 Tipo de investigación.....	28
3.2 Alcance de investigación	28
3.3 Diseño de investigación.....	28
3.4 Objeto y/o grupo de estudio	28
3.4.1 Criterios de inclusión.....	29
3.4.2 Criterios de exclusión.....	29
3.4.3 Criterios éticos y/o Consentimiento Informado	29
3.5 Operacionalización de variables	38

3.6 Técnica(s) de recolección de datos e instrumentos	40
3.6.1 Instrumentos de recolección de datos	40
3.6.2 Validación de instrumentos de recolección de datos	41
3.7 Técnicas de análisis	43
4. RESULTADOS	45
5. DISCUSIÓN	65
6. CONCLUSIONES	74
7. LIMITACIONES	76
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
9. ANEXOS	92
Anexo 1: Consentimiento Informado	92
Anexo 2: Instrumento	96
Anexo 3: Carta Gantt	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables independientes del estudio	39
Tabla 2. Variables dependientes del estudio	40
Tabla 3. Validez de instrumento	42
Tabla 4. Características de los participantes	46
Tabla 5. Resultados. Dimensión Entorno de Aprendizaje	47
Tabla 6. Resultados. Dimensión Planificación de Tutoría Clínica	50
Tabla 7. Resultados. Dimensión Supervisión de Práctica	52
Tabla 8. Resultados. Dimensión Pensamiento Científico Reflexivo	53
Tabla 9. Estadísticas de Resumen por Dimensión	56
Tabla 10. Dimensión I respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico	57
Tabla 11. Dimensión II respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico	59
Tabla 12. Dimensión III respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico	60

Tabla 13. Dimensión III respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico	61
Tabla 14. Distribución de frecuencias para Nivel de Conocimiento.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de Frecuencias, Entorno de Aprendizaje.....	49
Figura 2. Distribución de Frecuencias, Planificación de Tutoría Clínica.....	51
Figura 3. Distribución de Frecuencias, Supervisión de Práctica.....	53
Figura 4. Distribución de Frecuencias, Pensamiento Científico Reflexivo.....	54
Figura 5. Distribución de Medias por Dimensión, según rango de experiencia profesional.....	62
Figura 6. Distribución de Medias por Dimensión, según grado académico	63
Figura 7. Distribución de Nivel de Conocimiento, según presencia de habilidades pedagógicas	64

Resumen

Introducción: La supervisión clínica en Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental en la formación de pregrado; sin embargo, los tutores suelen ejercer este rol sin necesariamente contar con formación docente formal. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue analizar la autopercepción del conocimiento pedagógico y su relación con la formación en habilidades pedagógicas en tutores clínicos de un centro de salud en Puerto Montt. **Metodología:** Consiste en estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra, seleccionada por conveniencia, consistió en 20 profesionales de la salud (N=20). Se utilizó un cuestionario que evalúa cuatro dimensiones: entorno de aprendizaje, planificación, supervisión y pensamiento reflexivo. **Resultados:** Predominó una autopercepción positiva, con un 95% situándose en niveles “Alto” o “Muy Alto”. No se evidenciaron diferencias sustanciales según la presencia de formación pedagógica. Sin embargo, los tutores con mayor experiencia (>15 años) puntuaron más bajo en supervisión de práctica, fenómeno que podría vincularse a conflictos de rol y carga asistencial. **Conclusiones:** La alta autoeficacia reportada, independiente de la capacitación formal, sugiere una práctica intuitiva o un posible sesgo de sobreestimación de habilidades. Resulta relevante formalizar la docencia clínica mediante capacitación específica y tiempos protegidos para asegurar la calidad educativa en APS.

Palabras Clave: Tutores clínicos, Atención Primaria de Salud, Conocimientos pedagógicos, Autoevaluación docente, Supervisión clínica.

Abstract / Summary

Introduction: Clinical supervision in Primary Health Care (PHC) is fundamental in undergraduate training; however, tutors often exercise this role without necessarily having formal teaching training. **Objective:** The objective of this study was to analyze the self-perception of pedagogical knowledge and its relationship with training in pedagogical skills in clinical tutors at a health center in Puerto Montt. **Methodology:** This was a quantitative, descriptive, and cross-sectional study. The sample, selected by convenience, consisted of 20 health professionals (N=20). The survey questionnaire measures pedagogical knowledge in four dimensions: Learning environment, planning, supervision and reflective thinking. **Results:** A positive self-perception prevailed, with 95% placing themselves at “high” or “very high” levels. No substantial differences were evidenced based on the presence of pedagogical training. However, tutors with more experience (>15 years) scored lower in practice supervision, a phenomenon that could be linked to role conflict and care workload. **Conclusion:** The high self-efficacy reported, independent of formal training, suggests intuitive practice or a possible bias of skills overestimation. It is

relevant to formalize clinical teaching through specific training and protected time to ensure educational quality in PHC.

Keywords: Clinical tutors, Primary Health Care, Pedagogical knowledge, Teacher self-assessment, Clinical supervision.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

Los estudiantes de las carreras del área de salud deben cursar un internado o práctica clínica como parte de su proceso curricular. Esta actividad es clave en su aprendizaje, ya que busca integrar el conocimiento teórico y las habilidades prácticas mediante un enfoque de trabajo basado en objetivos claros, preparación previa, comunicación efectiva y reflexión crítica (Sánchez, 2009). En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) se posiciona no solo como un espacio para el desarrollo de habilidades procedimentales, sino como un entorno que fomenta la autonomía, la gestión de recursos y la vinculación comunitaria (Pesse-Sorensen et al., 2022)

La atención primaria de salud juega un papel importante dentro de los programas educativos de la salud, ya que no solo aplica y refuerza habilidades clínicas de los estudiantes en cuanto a procedimientos, sino que les permite actuar con mayor autonomía dentro de su quehacer. Además, fomenta la continuidad del cuidado y vinculación profesional-paciente integrando a las familias y la comunidad. Los estudiantes desarrollan actividades de prevención y promoción de salud centradas en la comunidad, lo que les enseña a gestionar eficazmente los recursos disponibles (Pesse-Sorensen et al., 2022).

En este contexto, los tutores o supervisores clínicos desempeñan un papel fundamental como modelos y guías en la formación clínica. Las habilidades y técnicas que los estudiantes adquieren durante su estancia clínica dependen en gran medida de la interacción con estos profesionales (Álvarez-Helle et al., 2018).

Según García et al. (2005) el tutor clínico es *“aquel que tiene especialmente encomendado a un estudiante (o grupo de estudiantes) para asesorarlo y ayudarlo en su proceso educativo, como medio de contribuir al desarrollo de las competencias genéricas y disciplinares definidas para cada titulación; procurando que el estudiante alcance el máximo desarrollo en lo cognitivo, lo personal, lo*

académico y lo profesional.” (p.3) En este contexto, la función del tutor clínico resulta esencial en la formación profesional, pues su rol no se limita a la supervisión técnica, sino que exige un alto nivel de competencias pedagógicas, comunicativas y reflexivas que le permiten guiar este proceso formativo. Por lo tanto, el desempeño de esta función requiere un perfil profesional diferenciado, sustentado en la integración de saberes disciplinares y didácticos que favorezcan la formación integral del estudiante (García et al., 2012).

Para alcanzar estos objetivos, los tutores o supervisores clínicos deben poseer un nivel adecuado de conocimientos pedagógicos que les permita estimular el razonamiento clínico, fomentar la creación de redes de conocimiento en el estudiante y facilitar la transferencia de dicho conocimiento al ámbito práctico, alejándose de enfoques educativos más tradicionales (Hiebert et al., 2007). En la actualidad, los tutores clínicos enfrentan el desafío de ser facilitadores del aprendizaje, promoviendo una mayor autonomía de los estudiantes en el entorno clínico, proporcionando una guía y la evaluación más directa y concreta.

Las experiencias personales y profesionales de los tutores, también se involucran en el proceso de aprendizaje clínico (Bettancourt et al., 2011). Diversos factores, como las características personales, las relaciones interpersonales, la formación docente del tutor y los factores institucionales del campo en el que se encuentra el estudiante de pregrado (Otárola Millar et al., 2021), pueden beneficiar u obstaculizar el proceso de supervisión clínica de pregrado.

Una tarea crucial durante la enseñanza clínica es la retroalimentación, que proporciona información valiosa sobre el desempeño del estudiante, permitiendo al tutor identificar el nivel de preparación necesario para mejorar el proceso de aprendizaje (Espinoza, 2021; Valenzuela-Valenzuela et al., 2021). Sin embargo, para ofrecer una retroalimentación efectiva, no basta tener conocimientos teóricos sobre su metodología; se requiere conocimiento y una práctica continua (Rodríguez et al., 2018). Frecuentemente, la retroalimentación efectuada del tutor hacia el

alumno es insatisfactoria, rápida e inespecífica (Folkford y Risa, 2023), debido a una falta de capacitación del docente (Embo y Valke, 2019). Por lo que una autoevaluación ayudaría a los profesionales a asegurarse que poseen las competencias técnicas, actitudinales, interpersonales y docentes necesarias para desempeñar con su rol docente (Carrasco et al., 2020).

Considerando la importancia de la formación de los tutores clínicos en el proceso educativo en salud, la complejidad que implican la retroalimentación y la autoevaluación como herramientas pedagógicas, así como la necesidad de fortalecer las competencias docentes en los escenarios clínicos, esta investigación analizará la autopercepción de conocimiento pedagógico de tutores clínicos respecto a la formación en habilidades pedagógicas al trabajar con estudiantes de pregrado en un centro de salud de la comuna de Puerto Montt durante los años 2024 - 2025. Lo anterior, dado que este aspecto ha sido poco estudiado desde la perspectiva de los propios docentes en Chile, por lo que los resultados de este estudio podrían evidenciar la necesidad de formar y capacitar a los funcionarios de la salud para ejercer de manera efectiva su rol docente con los estudiantes en su etapa de internado.

1.2 Formulación del problema

El entorno clínico es el espacio donde los estudiantes aplican sus conocimientos previos, desarrollan habilidades clínicas y se integran a las actividades propias de su área. Además, promueve un proceso reflexivo sobre el rol que ejerce el futuro profesional en su trabajo y dentro de la comunidad (Esnouf et al, 2020)

Sin embargo, los tutores clínicos suelen desempeñar esta labor sin necesariamente haber adquirido habilidades pedagógicas mediante una formación específica en docencia (Illesca et al, 2010). En el contexto chileno, Prieto Villalobos (2019) aborda esta temática dentro de las características demográficas de su estudio, señalando que solo un 15% de los profesionales encuestados había realizado algún curso o diplomado en el ámbito educativo. La ausencia de

competencias pedagógicas en un tutor clínico puede dificultar la comprensión de las necesidades de los estudiantes y los requerimientos propios de las prácticas, por lo que dependen en gran medida de su experiencia profesional previa en el campo (Luo et al, 2021).

La relación que se establece entre el estudiante y el tutor tiene un impacto significativo en la experiencia de práctica clínica, influyendo en su proceso de aprendizaje, el desarrollo profesional y la forma en que se enfrenta a su labor ante los pacientes y el equipo de trabajo (Flores, 2019; Ebbeling et al, 2018) El internado o práctica clínica es un ambiente estresante para los estudiantes (Bradshaw, 2018), y una experiencia negativa puede estar asociada con deterioros en su salud física, mental y en su rendimiento general (Capper et al., 2021; Bradshaw et al, 2018)

Estudios previos han desarrollado instrumentos para evaluar el desempeño docente en entornos clínicos, principalmente en ambientes intrahospitalarios. Uno de estos instrumentos es el Cuestionario de enseñanza clínica de Maastricht (MCTQ), desarrollado en los Países Bajos. Este instrumento, basado en modelos de aprendizaje cognitivo, fue validado metodológicamente y diseñado para medir el desempeño de los docentes clínicos en diversas dimensiones y en sus entornos laborales. Evalúa aspectos como el acompañamiento docente en la reflexión, la exploración y la creación de un ambiente seguro. A través de una escala Likert, se aplicó a estudiantes de dos hospitales vinculados a la Universidad de Maastricht para evaluar a docentes durante sus rotaciones clínicas. El análisis de validez y confiabilidad del instrumento sugiere que se requieren entre 7 y 10 evaluaciones por docente para obtener una calificación confiable. El estudio respalda la hipótesis de que un ambiente de aprendizaje seguro es fundamental para una enseñanza clínica eficaz (Stalmeijer et al., 2010)

Otro ejemplo es el instrumento chileno MEDUC30, desarrollado por Bitran et al. (2010) y adaptado mediante un estudio de metodología mixta para evaluar el desempeño de docentes clínicos de postgrado de medicina. La versión adaptada, conocida como MEDUC-PG14, fue validada para su aplicación en residentes de especialidades médicas de la escuela de Medicina de la Universidad Católica de

Chile y en docentes clínicos de centros propios de la institución como en hospitales públicos (Pizarro et al., 2015) Los resultados muestran una alta confiabilidad y reflejan una buena percepción general de los residentes sobre sus docentes, destacando como área de mejora la retroalimentación o feedback.

Por último, Navarro-Hernández et al. (2021) realizaron una investigación de metodología mixta para validar un instrumento de evaluación docente en escala Likert, diseñado a partir de una revisión bibliográfica y de una exploración cualitativa con grupos focales y entrevistas en profundidad con docentes y estudiantes de diversas carreras de la salud. El estudio, realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, asegura su validez de constructo y alta confiabilidad, permitiendo a los docentes recibir retroalimentación sobre su desempeño. Entre los aspectos a mejorar, se destaca la “necesidad de contar con docentes clínicos expertos que brinden seguridad a los estudiantes, facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje y sirvan como modelos de referencia”. Además, se concluye que la retroalimentación es una habilidad esencial que debe ser fortalecida en los docentes (Navarro-Hernández et al., 2021)

Sin embargo, estos estudios se han enfocado para ser aplicado en la perspectiva de estudiantes y pares docentes, sin abordar la visión del propio docente sobre su desempeño. Asimismo, proporcionan una visión del estado actual de la tutoría clínica intrahospitalaria, pero no son generalizables a entornos extrahospitalarios.

En Chile, la autoevaluación del desempeño de tutores clínicos constituye un área poco explorada. Uno de los pocos estudios sobre esta temática es el de Reinoso-González et al. (2019) de carácter cuantitativo y aplicado a tutores clínicos de Kinesiología en la provincia de Concepción. En dicha investigación, el cuestionario de competencias para tutores clínicos (CCTC) fue validado mediante juicio de expertos y evidenció una alta confiabilidad, identificando las áreas de menor competencia como la planificación, evaluación y desarrollo de recursos. Se observó que la evaluación fue percibida como la actividad más difícil y demandante en términos de conocimientos técnicos; sin embargo, los mismos tutores

reconocieron que, de contar con las herramientas pedagógicas, podrían considerarse evaluadores más competentes. Este estudio, no obstante, abarcó únicamente a tutores clínicos vinculados a cinco universidades específicas del sector, que suelen estar generalmente orientados a procesos formativos y a la supervisión académica de los estudiantes, dejando afuera la perspectiva de tutores clínicos pertenecientes a los propios centros de salud que, además de su función formadora, cumplen simultáneamente con labores asistenciales propias de su profesión.

El estudio que más se ha acercado a la autoevaluación de tutores clínicos en centros de atención primaria es el estudio de Palma et al. (2022), que abordó esta temática mediante entrevistas cualitativas a tutores clínicos de la carrera de medicina de la Universidad Finis Terrae, utilizando un guion validado por expertos. Este estudio también resaltó la necesidad de herramientas pedagógicas para mejorar su labor docente y de retroalimentación, tanto desde los estudiantes como desde la misma universidad. Sin embargo, los hallazgos de un estudio cualitativo no son generalizables, sino que solo pueden ser transferibles cuando existe una similitud en relación con las características de la población del contexto del estudio (Ventura-León y Barboza-Palomino, 2017).

Considerando la importancia de la formación de los tutores clínicos, la complejidad que se supone entregar retroalimentación y promover procesos como la autoevaluación, así como la necesidad de fortalecer las competencias docentes en los escenarios de práctica, se plantea la presente investigación que busca responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la autopercepción de conocimiento pedagógico de acuerdo a la formación en habilidades pedagógicas de tutores clínicos para guiar a estudiantes de pregrado en un centro de atención primaria de salud de la comuna de Puerto Montt? Para ello, se considerarán variables como la experiencia previa en enseñanza y la capacitación en habilidades pedagógicas, comparando tutores clínicos con distintos niveles de experiencia, formación y conocimientos.

El análisis de la autoevaluación del tutor clínico respecto a la relación entre su formación en habilidades y conocimientos pedagógicos contribuirá a que las universidades del territorio identifiquen las áreas de mejora y comprendan el impacto de la formación pedagógica en la enseñanza clínica de sus estudiantes. Esto resulta especialmente relevante para fomentar un entorno de aprendizaje seguro, reflexivo y de calidad en la formación de futuros profesionales de la salud en la Atención Primaria de Salud (APS), ámbito que ha sido escasamente explorado en la literatura nacional.

1.3 Justificación de la investigación

En la literatura existen diferencias significativas entre tutores capacitados y no capacitados en la enseñanza, lo que impacta en los enfoques de aprendizaje aplicados durante la supervisión. Los tutores sin capacitación pedagógica suelen centrarse en la transmisión de conocimientos teóricos y en adaptar al estudiante a su propia metodología de enseñanza, mientras que aquellos con formación pedagógica tienden a centrarse en el estudiante, evaluando sus competencias y desempeño clínico (Rose, 2020).

A pesar de la información valiosa que la evaluación del desempeño docente en prácticas clínicas podría aportar sobre la calidad de la formación de estudiantes, en Chile no existe un alineamiento y/o parámetros claros que evalúe a los profesionales de la salud que, sin pertenecer a las universidades, asumen el rol de supervisores clínicos en los centros asistenciales. Los instrumentos disponibles suelen ser encuestas validadas y aplicadas por cada institución universitaria, dirigidas a los docentes de aula, laboratorios o vinculados a su centro educativo, excluyendo a aquellos que supervisan sus estudiantes dentro de su jornada laboral y carecen de una relación contractual con la institución. Esto puede ocasionar un vacío en la evaluación de la calidad del aprendizaje ofrecido por los tutores clínicos, quienes, en su mayoría, no reciben formación pedagógica formal. En su lugar, suelen basarse en la formación básica recibida en pregrado, replicando modelos tradicionales de enseñanza y ejerciendo la tutoría clínica de manera intuitiva (Palma et al., 2020).

La evaluación es una herramienta útil para orientar y mejorar la práctica de la docencia, ya que promueve cambios que benefician la calidad de la formación de los estudiantes. En este contexto, la autoevaluación se presenta como una estrategia clave para fomentar la reflexión crítica de los tutores clínicos, quienes no se encuentran inmersos en un ambiente universitario tradicional (Vaughan, 2020). La autoevaluación permite que los tutores, quienes a menudo carecen de una formación pedagógica formal, reflexionen sobre su desempeño e implementen mejoras efectivas. Para que esta reflexión sea productiva, es fundamental que los tutores sean abiertos a la crítica y conscientes de sus fortalezas y debilidades del desempeño de su rol (García et al., 2012).

Es importante destacar que, aunque los docentes sean los mejores jueces de su desempeño, la autoevaluación requiere ser realizada con madurez y responsabilidad. Para eso es necesario un proceso de sensibilización con el objetivo del estudio para reducir el sesgo en el uso de cuestionarios de autoevaluación (Elizalde y Reyes, 2008). Este enfoque no solo facilita una evaluación más objetiva, sino que promueve un mayor compromiso con la mejora de las prácticas docentes, fomentando la apertura hacia la formación pedagógica.

Desde 2007, una normativa conjunta del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional Docente-Asistencial regula la asignación de campos clínicos las universidades en Chile (Subsecretaría de redes asistenciales, 2010). En este contexto, los recintos de salud se convierten en establecimientos asistenciales docentes, asumiendo sus profesionales el rol de ser tutores clínicos o supervisores de internados y prácticas, muchas veces sin capacitación previa. Además, el aumento de estudiantes de las carreras de la salud, sumado a la creciente demanda de los servicios de salud, impone una carga de trabajo adicional en los profesionales que se desempeñan como tutores (Huang et al., 2024).

Cabe destacar la importancia del entorno y del rol del tutor de las prácticas clínicas para la salud mental de los estudiantes. La falta de una formación adecuada de los tutores puede generar situaciones de estrés y maltrato, afectando negativamente en el bienestar psicológico de los estudiantes de la salud y

repercutiendo en su posterior desempeño profesional (Arriagada et al., 2023) Como antecedente, durante 2024, dos estudiantes de pregrado en Chile pusieron fin a sus vidas tras haber experimentado malos tratos sistemáticos durante sus internados, lo que subraya la gravedad del problema (Paúl y Caro, 2024). Esta situación evidencia no solo la necesidad de fortalecer las competencias pedagógicas de los profesionales, sino también a crear ambientes de aprendizaje seguros y de apoyo que prioricen el bienestar mental de los estudiantes.

La relevancia de esta investigación radica en explorar si la formación en habilidades pedagógicas -ya sea a través de cursos, diplomados o programas de postgrado- se relaciona con la autopercepción de conocimiento pedagógico que poseen los tutores clínicos en su rol de supervisores de estudiantes en los centros de salud. Se busca comprender cómo dicha formación influye en la manera en que valoran sus propios saberes y prácticas docentes. Este enfoque es pertinente, dado que una mayor formación pedagógica no necesariamente se traduce en una autopercepción más positiva; incluso podría generar mayores cuestionamientos sobre la práctica educativa. Analizar esta relación permitirá disponer de información para el diseño de programas de capacitación ajustados a las necesidades de los tutores clínicos, con el propósito de fortalecer los procesos de enseñanza en entornos asistenciales y aportar a la calidad de la educación en salud en Puerto Montt y en contextos similares del país. Asimismo, esta investigación busca contribuir a la literatura nacional respecto de la formación pedagógica de tutores clínicos de atención primaria, un campo poco explorado y de creciente relevancia en el contexto actual.

1.4 Delimitaciones

1.4.1 Cobertura geográfica

La investigación se realizó en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) perteneciente a la red de atención primaria de la comuna de Puerto Montt, en la zona sur del país. Sus orígenes se remontan a mediados del siglo XX, cuando funcionaba como una pequeña posta de salud que fue ampliando progresivamente su oferta de prestaciones en respuesta a las necesidades de la población local. Con

la reestructuración del sistema estatal de salud a fines de la década de 1970, los servicios y establecimientos de atención primaria fueron traspasados a la administración municipal, lo que marcó el inicio de una nueva etapa institucional caracterizada por el fortalecimiento de la gestión local y la consolidación de los programas de salud familiar.

Durante las décadas siguientes, el establecimiento experimentó un sostenido crecimiento en su infraestructura, cobertura y complejidad de servicios. En este periodo se implementaron los programas básicos de atención de salud - dirigidos a la infancia, adolescencia, adultez y personas mayores-, junto con los programas de la mujer, salud, bucal, promoción y participación comunitaria. Paralelamente, se promovió la creación de espacios de participación social, como el Consejo de Desarrollo, y se incorporaron dispositivos complementarios como el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y la Sala de Estimulación.

En el marco de las políticas nacionales de calidad, el CESFAM ha participado de procesos de acreditación, con el propósito de fortalecer la gestión clínica y garantizar la seguridad de las atenciones. Estos procesos han permitido evidenciar el cumplimiento de estándares vinculados con la dignidad del usuario, la calidad asistencial, la continuidad de la atención, las competencias del recurso humano y la seguridad de las instalaciones.

Actualmente, el centro continúa avanzando en la consolidación de una cultura organizacional orientada a la calidad, manteniendo su compromiso con el mejoramiento continuo y con el fortalecimiento del modelo de atención familiar y comunitario. De esta manera, se ha posicionado como un referente en la red de atención primaria de la región, destacado por su trayectoria, innovación en la gestión y enfoque centrado en las personas y sus familias.

1.4.2 Cobertura temporal

La investigación se llevó a cabo durante el periodo de junio 2024 a noviembre 2025 donde el instrumento se aplicó en los meses de Mayo - Junio - Julio 2025.

1.5 Pregunta de investigación

¿Cuál es la autopercepción de conocimiento pedagógico de acuerdo con la formación en habilidades pedagógicas de tutores clínicos para guiar a estudiantes de pregrado en un centro de atención primaria de salud de la comuna de Puerto Montt?

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Analizar la autopercepción de conocimiento pedagógico de tutores clínicos respecto a la formación en habilidades pedagógicas al trabajar con estudiantes de pregrado en un centro de salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024 – 2025.

1.6.2 Específicos

1. Caracterizar a los tutores clínicos que trabajan con estudiantes de pregrado respecto de su edad, sexo, profesión, experiencia profesional, grado académico, formación pedagógica y tutorías realizadas en un Centro de Salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024-2025.
2. Describir el nivel de conocimiento pedagógico autopercebido por los tutores clínicos que supervisan a estudiantes de pregrado en un centro de salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024 - 2025.
3. Comparar el nivel de conocimientos pedagógicos con respecto a la formación en habilidades pedagógicas de los tutores clínicos que supervisan a estudiantes de pregrado en un Centro de Salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024-2025.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 La supervisión y práctica clínica en el desarrollo curricular de profesionales de salud.

La práctica clínica, según Luders et al. (2021), implica la adquisición de conocimientos en un entorno clínico, donde se integran saberes teóricos, se desarrollan habilidades clínicas y se integran a las actividades propias de su área profesional. Por su parte, Bradshaw et al. (2018) destaca que las pasantías clínicas contribuyen al desarrollo de profesionales autónomos y seguros, ya que se consolidan los conocimientos teóricos-prácticos, fomentan habilidades prácticas y de razonamiento clínico (Da Bove et al., 2022), fortalecen la confianza en su desempeño y permiten alcanzar las competencias profesionales necesarias.

Dos factores relevantes influyen en el desarrollo de la práctica clínica del estudiante: el entorno de aprendizaje y la relación entre el tutor-estudiante.

El entorno de aprendizaje

Un entorno adecuado debe proporcionar al estudiante orientación, oportunidades de reflexión y desarrollo, así como una retroalimentación efectiva centrada en las necesidades del estudiante (Pitkänen et al., 2018). El internado o práctica clínica es un entorno desafiante para los estudiantes, por lo que requieren de un ambiente que estimule el progreso del estudiante, le brinde confianza y lo proteja, facilitando el logro de las competencias necesarias para su desarrollo profesional (Folkvord y Risa, 2023)

La relación tutor-estudiante

El tutor clínico, según Ryan et al. (2024), cumple múltiples roles dentro del proceso de supervisión, actuando como docente, mentor, compañero y *coach*, lo que hace que la interacción entre docente y estudiante sea un aspecto fundamental en el proceso (Flores, 2019) Este profesional debe poseer las habilidades necesarias para trabajar la asociación de conocimientos, enseñar habilidades, evaluar y apoyar el aprendizaje del estudiante de manera integral, basándose en su

experiencia clínica y trabajando como parte del equipo de salud (Pitkänen et al., 2018)

Respecto a la experiencia clínica del tutor, éste refiere a su conocimiento práctico, su capacidad de enseñar y guiar una práctica real donde incluye su habilidad para integrar la teórica, la práctica y el desarrollo de habilidades para el estudiante, donde incluye dentro de su papel como tutor clínico la empática, escucha activa y la promoción de la reflexión ética y la toma de decisiones (Carrasco y Dois, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que el tutor clínico debería contar con al menos dos años de experiencia clínica a tiempo completo y preparación docente formal antes o poco después de iniciar su papel como tutor (WHO, 2016).

Dicha aseveración se relaciona fuertemente con otros estudios que han explorado las expectativas de los estudiantes respecto de sus tutores, donde dentro de varios parámetros se destaca la relevancia de la experiencia y las habilidades clínicas específicas en el área de desempeño del tutor que les permitirían guiar de forma clara a los estudiantes en su práctica clínica (Carrasco y Dois, 2020). En relación con el tiempo de experiencia clínica de los tutores en Chile, no hay un tiempo considerado como mínimo.

Formación pedagógica de tutores clínicos

La formación pedagógica de los profesionales juega un rol importante en el desempeño de los tutores clínicos. Estudios como el de Vaughan (2020) han señalado que los profesionales con una capacitación específica en tutoría clínica tienden a desempeñarse mejor que aquellos con formación general en docencia universitaria. Sin embargo, la oferta de este tipo de formación sigue siendo limitada en muchos contextos (Vaughan, 2020)

En Chile, diversas universidades y centros formadores ofrecen cursos y diplomados dirigidos a profesionales de la salud que ejercen la tutoría clínica. Estos

programas buscan fortalecer competencias docentes desde la planificación y evaluación clínica, además de abordar aspectos como relaciones interpersonales, humanización, bioética y reflexión sobre el rol del tutor. Dichas instancias formativas -ofrecidas, por ejemplo, por la Universidad Central (s.f), Universidad Finis Terrae (2024), Universidad del Desarrollo (2025), Pontificia Universidad Católica de Chile (2025) y Universidad de Chile (2025)- se desarrollan principalmente en modalidades *e-learning* o semi-presencial concentrándose en su mayoría en la Región Metropolitana). No obstante, la disponibilidad de este tipo de formación en la comuna de Puerto Montt es muy limitada, a ello se suma que, habitualmente, los funcionarios deben enfrentar la barrera económica asociada a este tipo de capacitación, dado a que no se encuentran incorporados dentro de los ejes educativos de los centros asistenciales docentes. En respuesta a una solicitud de información realizada vía transparencia activa a la I. Municipalidad de Puerto Montt, el administrador municipal señaló que este tipo de capacitación no forma parte de los ejes estratégicos del plan anual de capacitación anual de los funcionarios de salud (E. Cáceres, comunicación personal, 18 de junio 2024), por lo que no constituye un requisito para desempeñarse como tutor clínico de pregrado.

2.2 Retroalimentación y evaluación en la práctica clínica.

De acuerdo con la revisión bibliográfica de Espinoza (2021), la evaluación del aprendizaje se entiende como un proceso sistemático y riguroso de recolección y análisis de información que se encuentra orientado a evidenciar el aprendizaje del estudiante, emitir juicios de valor y adoptar medidas para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En este proceso, la retroalimentación o *feedback* se presenta como una evaluación formativa que permite al docente y al estudiante reconocer su nivel de preparación y, de esta forma, generar cambios en la estrategia de enseñanza para alcanzar los resultados de aprendizaje propuestos (Espinoza, 2021; Valenzuela-Valenzuela et al., 2021). De acuerdo con Hattie y Timplerley (2007), el feedback corresponde a la información que un agente -como el profesor, un compañero o el propio estudiante- entrega respecto del desempeño o la comprensión, con el fin de reducir la distancia entre lo que el estudiante sabe y lo que se espera que logre. En

esta misma línea, Nicol y Macgfarlane-Dick (2006) plantean que la retroalimentación es un componente esencial del aprendizaje autorregulado, ya que permite al estudiante comparar su desempeño con los objetivos y criterios establecidos, generando información que orienta a la mejora y promueve una participación activa en su proceso formativo. Desde esta perspectiva, el feedback no solo cumple una función informativa, sino también formativa, al favorecer la reflexión, la autoevaluación y el desarrollo de la autonomía del estudiante. Según Rodríguez-Salvador y Arboniés-Ortiz (2018) el *feedback* se estructura en cuatro etapas: fomentar la autoevaluación, destacar aspectos positivos a mantener, valorar aspectos mejorables y elaborar un plan de mejora.

Diversos autores señalan que la retroalimentación en la práctica clínica suele ser percibida como insatisfactoria, rápida e inespecífica (Folkford y Risa, 2023; Rodríguez y Arboniés, 2019; Valenzuela et al., 2021). Esta situación puede explicarse por distintos factores, entre ellos, la ausencia de una formación sistemática de los tutores en habilidades de retroalimentación y el temor a que una retroalimentación crítica incomode al estudiante o afecte la relación docente-estudiante (Rodríguez-Salvador y Arboniés-Ortiz, 2018). A ello se suma la sobrecarga laboral y el desgaste asociado al ejercicio clínico, que dificultan la posibilidad de destinar el tiempo necesario para proporcionar un feedback de calidad (Folkford y Risa, 2023; Mcleod et al., 2021).

Por su parte, los estudiantes valoran la retroalimentación como un proceso esencial y bidireccional, en el que participan activamente y que consideran fundamental para consolidar aprendizajes, fortalecer su seguridad en la práctica y desarrollar competencias profesionales (Nerali et al., 2021). Para que este proceso cumpla su propósito formativo, se requiere que el docente posea las habilidades pedagógicas necesarias que permitan orientar al estudiante en la reflexión crítica sobre su desempeño y en la mejora continua de sus prácticas (Ótarola et al., 2021; Mcleod et al., 2021; Olascoaga et al., 2021; Folkford y Risa, 2023). Esto evidencia la necesidad de capacitar a los docentes en habilidades específicas de

retroalimentación (Embo y Valke, 2019; Noble et al. 2020, Valenzuela-Valenzuela, 2021; Folkford y Risa, 2023).

2.3 El tutor clínico de atención primaria de salud en Chile (aps)

El sistema nacional de salud en Chile fue implementado en 1952, constituyéndose en la principal institución de atención sanitaria bajo un funcionamiento centralizado. Paralelamente coexistían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, empresas públicas, fuerzas armadas y policiales, que mantenían una cobertura limitada hasta 1973 (Bastías Silva, G., 2023). En 1963 se estableció la Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) con el propósito de formalizar las relaciones entre instituciones universitarias e instituciones de salud en la formación de profesionales (Prieto Villalobos, 2020) Posteriormente, estas relaciones se oficializaron a través de convenios establecidos por el artículo n.º89 de decreto n.º908 (Decreto nº908, art.89, 1991). A partir de 1973, las reformas estructurales modificaron el rol del Estado reduciendo su participación directa y adoptando un enfoque subsidiario. Esto se tradujo en una disminución de financiamiento y del personal del sistema público, lo que concluyó en el traspaso de la atención primaria a la administración municipal. El hito más significativo ocurrió en 1979 con la organización del Ministerio de Salud y la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (Bastías Silva, G., 2023).

En 1978, la Declaración Alma-Ata posicionó a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia fundamental para la salud comunitaria (Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, 1978, Declaración Alma-Ata). En Chile, este enfoque se comenzó a implementar gradualmente durante la década de 1980 con la municipalización de la APS y, entre 1981 y 1986, se concretó el traspaso de la mayoría de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades (Bastías Silva, G., 2023). Este proceso culminó con la reforma de salud del año 2001 (Soto et al., 2021)

Posteriormente, el CONDAS fue reemplazado por la unidad de Relación Asistencial- Docente (RAD), que articuló los servicios de salud con entidades

formadoras y reguló la asignación y uso de campos clínicos. En este marco, Norma General Administrativa n°18, promulgada en 2007, establece disposiciones para la protección de funcionarios, académicos, estudiantes y usuarios, incluyendo la incorporación de los centros de salud públicos y privados como espacios formativos de instituciones universitarias (Prieto-Villalobos, 2020) En 2017, se realizó la modificación más reciente, estableciendo que las actividades formativas deben realizarse durante la jornada laboral, como parte de las funciones propias de cada cargo (Norma técnica administrativa, 2017), sin mencionar alguna obligación de capacitación ni la voluntariedad del profesional para desempeñarse como tutor (López et al., 2022) sin dejar de lado que usualmente estos tutores no reciben un pago monetario por dicha labor (Res. Ex. N°1416, Universidad de Chile, 2023). Este vacío en la norma plantea una limitación que podría afectar a la calidad de la supervisión y la formación de los estudiantes en APS, especialmente cuando se considera que algunos tutores cuentan experiencia asistencial, pero carecen de habilidades pedagógicas para guiar de manera efectiva a los estudiantes.

Por ello, la APS requiere de profesionales capacitados y comprometidos tanto con el trabajo comunitario como con la función docente (Esnouf et al., 2020) Parada-Lezcano et al. (2020) señala que el internado de APS busca involucrar al estudiante en acciones de gestión, promoción, prevención y tratamiento de problemáticas de salud de la comunidad, con un enfoque en la salud familiar. Según los autores, algunos estudiantes describieron el internado de APS como una actividad poco diversa, desmotivante y con elevada carga laboral; por lo tanto, es responsabilidad del tutor motivar al estudiante para alcanzar los objetivos del internado.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto en la formación de profesionales de la salud en Chile. El cambio en las metodologías de enseñanza, como clases en línea, el retraso en el ingreso a la práctica clínica de algunas carreras y aumento de la demanda asistencial en los centros de salud, afectaron en el proceso de aprendizaje, la resolución de dudas y prácticas de habilidades clínicas con pacientes reales, lo que aumentó la responsabilidad al tutor clínico (Ballart et al.,

2020 y Kishore, 2023) Por otro lado, se fortalecieron nuevas e innovadoras estrategias, como la simulación clínica y otras tecnologías que permitieron recrear situaciones críticas de la interacción con el paciente (Carvajal Tello et al., 2023)

Al mismo tiempo, la APS en la región de Los Lagos experimentó un aumento de la población inscrita desde 2020, debido al movimiento de personas hacia el sur de Chile y a la reciente crisis del sistema privado de salud (Isla, 2023) Según informes de FONASA, la salud primaria de la comuna de Puerto Montt ha recibido un total de 21,432 personas nuevas y 8,594 personas inscritas desde diciembre 2020 hasta diciembre 2023 en los CESFAM que integran este estudio (Fonasa, 2023)

2.4 Autoevaluación del desempeño docente.

La autoevaluación puede ser un proceso clave en el desarrollo profesional, especialmente para los docentes y supervisores clínicos, ya que permite reflexionar sobre su desempeño y su rol en el proceso educativo. Para Kambouroba (2020), la autoevaluación implica dar valor a sí mismo, ser su propio evaluador. Este concepto ha sido abordado a lo largo de la historia de la educación, y se destacan múltiples beneficios, como la mejora de las competencias cognitivas y metacognitivas, el desarrollo personal y un mejor desempeño en el rol docente (Falchikov, 2005). Según De Diego y Rueda (2012), la autoevaluación se define como “un ejercicio de reflexión acerca de uno mismo, de los conocimientos, las capacidades, las potencialidades y las necesidades que se poseen en contextos particulares” (p. 63), lo que subraya su carácter introspectivo y formativo.

Para los docentes, la autoevaluación facilita la toma de conciencia sobre sus fortalezas y áreas de mejora, lo que favorece su crecimiento tanto personal como profesional. Este proceso reflexivo permite ajustar estrategias metodológicas y mejorar el desempeño en la enseñanza, orientado a alcanzar los objetivos de aprendizaje de los estudiantes (Rico-Reintsch, 2019; García, et al., 2012). Rico-Rintsch (2019), afirma que la autoevaluación no solo involucra la revisión del conocimiento, sino también la reestructuración de actitudes, habilidades y expectativas, lo cual permite generar un aprendizaje innovador, tanto para los

docentes como para los estudiantes. Elizalde y Reyes (2008) refuerzan esta idea, señalando que la sensibilización previa de los docentes sobre el proceso evaluativo es fundamental para que la autoevaluación se desarrolle de manera más objetiva y con menor influencia de posibles sesgos. Fomentar una reflexión constante sobre la práctica clínica y metodologías de enseñanza, se pueden identificar áreas de mejora que son esenciales para fortalecer los programas de internados en APS.

A nivel internacional, diversos instrumentos han sido validados para autoevaluar el desempeño docente en la supervisión clínica. Un ejemplo es el Clinical Supervision Self-Assessment Tool (CSAT), de Health Workforce Australia (2014), aunque no se encontraron registros en la literatura sobre su desarrollo original. Este instrumento fue modificado y validado para su aplicación para enfermeras supervisoras clínicas de Australia (Chigavazira et al., 2018) y China (Luo et al., 2021). Ambos estudios muestran que las enfermeras que han recibido formación en supervisión clínica obtienen mejores resultados, subrayando la importancia de la capacitación en esta temática. Sin embargo, cuando se comparan años de experiencia con desempeño, no se encontró una correlación significativa, lo que pone en evidencia el impacto de la formación para un mejor desempeño (Chigavazira et al., 2018 y Luo et al., 2021).

El Physician Teaching Self-Efficacy Questionnaire (PTSQ), desarrollado y validado por Dybowski et al. (2016) para médicos en Alemania, es otro ejemplo de instrumento que a pesar de que no mide directamente la formación en docencia, permite identificar las dificultades en la enseñanza. Los autores sugieren modificar este cuestionario para que los supervisores clínicos lo completen antes de recibir capacitaciones, lo que permitiría detectar áreas problemáticas en su enseñanza y diseñar planes de formación específicos y adecuados (Dybowski et al., 2016).

Este tipo de enfoques también se reflejan en el trabajo de Vaughan (2020) quién adaptó herramientas como el *the Osteopathy Clinical Teaching Questionnaire (OCTQ)* (vaughan, 2015) y el *the Self-Efficacy in Clinical Teaching (SECT) questionnaire* (McArthur, 2016), encontrando que la formación general en docencia no necesariamente mejora el desempeño. Vaughan concluyó que es más eficaz una

capacitación específica para educación clínica, y este hallazgo resalta la importancia de diseñar programas de formación continua para supervisores clínicos, aunque evidencia que es muy limitada la oferta de este tipo de formación para quienes se dedican a la educación clínica.

En el contexto chileno, el estudio de la autoevaluación en tutores clínicos ha sido muy limitado, pero comienza a adquirir relevancia. Los trabajos de Reinoso-González et al. (2019) y Palma et al. (2020), ya descritos anteriormente en esta investigación, constituyen referentes iniciales en la caracterización de las competencias pedagógicas de tutores en distintas disciplinas de la salud, destacando la necesidad de fortalecer la formación docente y disponer de herramientas que favorezcan la reflexión sobre la propia práctica. En esta línea, el estudio de Sánchez (2022), representa un avance al desarrollar y validar un instrumento que evalúa competencias pedagógicas en cuatro dimensiones -entorno de aprendizaje clínico, planificación de tutoría clínica, supervisión de prácticas y pensamiento científico reflexivo-, ofreciendo una herramienta con potencial para orientar los programas de formación y retroalimentación en la Atención Primaria de Salud (APS).

Este estudio puede aportar significativamente al desarrollo de programas de capacitación en APS, ya que al incorporar herramientas de autoevaluación se podrán identificar las necesidades formativas de los supervisores clínicos y docentes en educación clínica.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación presenta un enfoque de tipo cuantitativo, dado que su propósito es medir y establecer patrones de comportamiento en una población frente a un fenómeno determinado, con el fin de dar respuesta a una pregunta de investigación (Vega-Malagón et al., 2014; Hernández-Sampieri et al., 2018).

3.2 Alcance de investigación

La investigación corresponde al tipo descriptivo, dado que su propósito es caracterizar, describir y comparar de forma precisa y detallada el conjunto de variables asociadas al fenómeno de estudio (Hernández-Sampieri et al., 2018). En este caso, se busca caracterizar la autopercepción de conocimientos pedagógicos de los tutores clínicos con su formación en habilidades pedagógicas, a partir de la recopilación y análisis de datos que permitan representar adecuadamente dicha dimensión.

3.3 Diseño de investigación

El diseño corresponde a un estudio de tipo descriptivo, de acuerdo con los objetivos planteados, y de corte transversal puesto que la recolección de datos se realizará en un único momento temporal (Hernández-Sampieri et al., 2018).

3.4 Objeto y/o grupo de estudio

La población objeto de estudio estuvo constituida por profesionales pertenecientes a distintos estamentos de la atención primaria de salud (médicos, odontólogos, enfermeros, matrones, kinesiólogos, nutricionistas y terapeutas ocupacionales) del CESFAM. La muestra se conformó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con las características de la investigación y considerando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos (Hernández-Sampieri et al., 2018). Finalmente, participaron 20 profesionales de distintas áreas.

3.4.1 Criterios de inclusión

Dentro de los criterios de inclusión encontramos los siguientes:

- Profesionales de Salud que trabajen en el centro de APS de la ciudad de Puerto Montt.
- Profesionales que hayan desempeñado funciones como tutoría y/o supervisión clínica en el último año.
- Profesionales de salud que pertenezcan a los estamentos Médicos; Odontólogos, Matronas; Enfermeras; Kinesiólogos; Nutricionistas; Fonoaudiólogos y Terapeuta ocupacionales.

3.4.2 Criterios de exclusión

Dentro de los criterios de exclusión encontramos los siguientes:

- Profesionales que cuenten con labores administrativas y no clínicas en box.
- Profesionales que no hayan recibido estudiantes en el último año.
- Profesionales que pertenezcan al equipo investigador.

3.4.3 Criterios éticos y/o Consentimiento Informado

➤ Valor social o científico

Para la mayoría de las carreras de salud impartidas por universidades chilenas dentro de las prácticas curriculares, estas deben pasar por diferentes internados y uno en APS, donde los tutores son profesionales del área ejerciendo en dichos establecimientos, muchas veces recién egresados y/o con años de experiencia, ahora bien a estos profesionales no se les exige tal formación académica respecto al ámbito pedagógico, por lo que genera estrés adicional tanto para el profesional que recibe alumnos como para el mismo alumno. El profesional ejerce el papel de tutor clínico donde debe contribuir de manera positiva y guiarlo en el proceso educativo en el que se encuentra llevando a cabo actividades correspondientes al nivel y así generar instancias de aprendizaje, muchas veces por desconocimiento los tutores estos van aprendiendo a medida que los estudiantes van llegando al recinto, sin una base teórica que pueda respaldar cómo de manera

eficiente entregar conocimiento al alumno y este poder desarrollarse el día de mañana en el ámbito laboral.

Por otro lado, también existen tutores que prestan atención e interés en el ámbito pedagógico, muchas veces adquieren cursos o algún tipo de formación por universidades de donde provienen los alumnos o bien por estudios autogestionados, de esta forma podemos tener dos tipos de tutores con y sin conocimiento en el área sin dejar de lado que ambos ejercen la misma profesión y pueden hacerlo de manera satisfactoria con y sin estudios.

Como se dijo anteriormente no hay un lazo fuerte entre tutores y la universidad de algunas carreras por lo que hay un desconocimiento en sí los tutores de verdad asumen su papel como corresponde y cómo éste está evaluando a los alumnos. Estudios como este se hacen necesarios para evaluar el conocimiento y aprendizaje que el tutor tiene frente al estudiante.

Con ésta investigación intentamos visualizar el papel del tutor frente a los estudiantes y cómo influye en la última etapa en la universidad donde para la mayoría de los alumnos es un desafío y visualizar si para los tutores de APS es fundamental indagar en el ámbito pedagógico para tener herramientas necesarias para enfrentarse día a día con estudiantes en práctica, también poder comparar y tener un número concreto en cuantos tienen estudios en la pedagogía y cuáles no pueden influir en la que hacer. Es así como la generación de datos sirvió para dar mayor importancia a un tema crucial para el alumno en su última etapa de formación y dar paso a instancias de nuevas investigaciones ya sea en otras ciudades, universidades y/o a diferentes niveles, proporcionar información útil para la toma de decisiones educativas en las generaciones actuales y futuras. Lo que se condice con lo manifestado en la Pauta 1 de la Norma CIOMS (2017) referente a que la información generada por una investigación debe ser lo suficientemente novedosa. Para la siguiente investigación se requirió la participación de los profesionales de salud de APS de la ciudad de Puerto Montt, dentro de los cuales involucra a: Médicos, Odontólogos, Enfermeros, Matronas, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Kinesiólogo y Terapeuta ocupacional ejerciendo el año 2024, solicitándoles su

participación voluntaria y consentida, informándoles debidamente del proceso de investigación que se llevará a cabo. Además, se hará hincapié que la información recopilada será tratada confidencialmente y que en los resultados no se expondrán datos personales como nombres y/o rendimiento académico que pudieran vulnerar sus derechos a la privacidad.

3.4.3.2 Validez Científica

Según la Norma CIOMS, en su Pauta 1, (2017) define como valor científico a “la capacidad de un estudio de generar información confiable y válida que permita alcanzar los objetivos enunciados de la investigación”. Este es el primer requisito ético indispensable para que una investigación sea justificable; como sostiene Ezekiel Emanuel (2003), un estudio que no es científicamente riguroso resulta poco ético, pues expone a los sujetos a riesgos o molestias sin posibilidad de generar conocimiento válido. En esta investigación, la validez científica se aseguró mediante una estrecha coherencia entre la pregunta de investigación y el diseño metodológico cuantitativo y descriptivo adoptado.

La validez interna se resguardó mediante el uso de un instrumento previamente validado (Escala de Sánchez-Rodríguez y Torres-Esperón). Este instrumento reporta un alfa de Cronbach de 0.897, lo que aseguró que la medición de los conocimientos pedagógicos sea consistente y confiable.

Siguiendo el marco de Emanuel, la validez también se sustenta en la suficiencia de los datos para responder a los objetivos específicos. Al ser la APS un escenario crítico para la formación de pregrado, el estudio adquiere validez al proporcionar un diagnóstico real sobre la atopercepción docente de los profesionales clínicos. Para minimizar sesgos, el análisis estadístico se realizó de forma objetiva, asegurando que la interpretación de los resultados no fuera distorsionada por las expectativas de las investigadoras, cumpliendo así con el estándar de que la investigación sea socialmente responsable y metodológicamente sólida.

➤ Selección equitativa de los sujetos

Este requisito ético, según Emanuel, exige que la inclusión de participantes responda exclusivamente a objetivos científicos y no a criterios de vulnerabilidad o

conveniencia injustificada (Emanuel, 2003). En este estudio la selección de los participantes se fundamentó en su rol estratégico como tutores clínicos de internado, figuras que sostienen la etapa final de formación de las carreras de la salud.

La equidad se garantizó mediante una convocatoria abierta y voluntaria, donde los profesionales (médicos, enfermeros, kinesiólogos, odontólogos, entre otros) que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión tuvieron la misma probabilidad de participar. Se evitó cualquier tipo de coacción o discriminación por jerarquía profesional, asegurando que la carga de responder el instrumento se distribuyera de manera justa entre los distintos estamentos.

Desde la perspectiva de Manuel Kottow (2003), la selección equitativa implica también una protección de los sujetos. En este caso, se protegió a los participantes de cualquier estigmatización derivada de sus resultados de autoevaluación mediante la anonimización absoluta de la información. La muestra obtenida, si bien es pequeña refleja una distribución natural de la fuerza laboral en la APS (predominio de mujeres jóvenes 26 a 35 años), lo que permite que los hallazgos sean pertinentes para este grupo específico. Así se cumple con el mandato ético de que los beneficios potenciales de esta investigación - como la identificación de necesidades de capacitación- se orientan a quienes realmente asumen la labor docente en el campo clínico.

➤ Razón riesgo/beneficio favorable

De acuerdo con el marco ético de Ezekiel Emanuel (2003), la investigación clínica y social solo se justifica cuando los riesgos potenciales para los participantes se minimizan y los beneficios potenciales son proporcionales o superan dichos riesgos. Este requisito se articula en tres etapas: la evaluación de riesgos, la minimización de estos y la determinación de que el valor del conocimiento que se obtendrá compensa las posibles cargas impuestas a los sujetos.

En la presente investigación, al tratarse de un estudio de carácter cuantitativo-descriptivo basado en la autopercepción, los riesgos físicos son inexistentes. No obstante, siguiendo a Manuel Kottow (2003), se identificaron y

mitigaron riesgos de índole psicosocial y laboral. El principal riesgo detectado fue la vulnerabilidad emocional o el estrés que podría generar en el tutor clínico la confrontación con sus propias brechas de conocimiento pedagógico, además del temor a que un “bajo desempeño” autopercebido pudiera tener repercusiones en su evaluación laboral o en su relación con las universidades en convenio.

Para minimizar estos riesgos, se implementaron medidas como la confidencialidad y anonimato –garantizando que los datos no contuvieran nombres ni identificadores que permitieran vincular las respuestas con un funcionario específico- y el entorno seguro –el instrumento se aplicó de forma que el profesional pudiese responder con total libertad, sin supervisión de su jefatura directa-.

Por otro lado, los beneficios de este estudio son significativos y superan las molestias menores en el tiempo que requiere completar la escala. Los resultados e interpretación de estos, permitieron evaluar de manera profunda y certera el nivel de profesionales de salud inmersos en APS de Puerto Montt sobre las formaciones académicas y pedagógicas que puedan presentar hoy y como este proporciona herramientas para el quehacer del día a día frente a la formación de estudiantes que ejercen sus prácticas en dichos recintos asistenciales, por lo que la investigación sirve como base para una intervención reparadora; en este caso, los resultados permitirán diseñar planes de capacitación en habilidades pedagógicas y de buen trato, mejorando el clima organizacional y calidad de la supervisión clínica.

En conclusión, la proporción es favorable ya que el estudio no implica procedimientos invasivos, protege la integridad moral y profesional del tutor. Por otro lado, podemos garantizar la reciprocidad del estudio, ya que terminada la investigación se enviará vía correo electrónico a cada participante del estudio un resumen y análisis de los resultados obtenidos favoreciendo así la transparencia de la investigación.

➤ Evaluación independiente

El requisito de evaluación independiente, según postula Ezekiel Emanuel (2003), es fundamental para garantizar la integridad de la investigación y minimizar los conflictos de interés. Dado que los investigadores pueden tener sesgos inherentes debido a su compromiso con el proyecto, una revisión externa asegura

que el estudio cumple con los estándares éticos antes de su inicio y durante su ejecución. En este sentido, Emanuel sostiene que la transparencia y la rendición de cuentas públicas son pilares que transforman una investigación privada en un acto de responsabilidad social.

Para esta tesis, la evaluación independiente se materializó mediante la evaluación por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Reloncaví (ID 44-2024) y por el Comité Ético Asistencial del Departamento de Salud Municipal (DESAM) de Puerto Montt. En diciembre de 2024, el primer comité emitió observaciones metodológicas y éticas, solicitando aclaraciones respecto al tipo de muestreo, el análisis estadístico y el procedimiento del consentimiento informado, incluyendo el resguardo de los datos según la Ley 20.584. Dichas observaciones fueron atendidas y se realizaron los ajustes correspondientes. En marzo 2025 se requirió una segunda corrección relacionada con la incorporación de los datos de contacto del investigador principal y la explicitación del proceso de anonimización de las encuestas, la cual también fue implementada. El proyecto obtuvo informe favorable mediante el Ordinario N.º 42-2025, emitido el 31 de marzo 2025, y fue posteriormente autorizado por el Comité Docente Asistencial (COLDAS) con firma del director del DESAM de Puerto Montt el 11 de abril de 2025.

Finalmente, la independencia del estudio se ve reforzada por la ausencia de conflictos de interés. Las investigadoras no poseen vínculos jerárquicos directos que pudiese coaccionar la participación de los tutores en el centro. Esta separación valorada tanto por Emanuel (2003) y Kottow (2003), garantiza que la recolección de datos sea un proceso transparente y que los resultados obtenidos sean un reflejo honesto de la realidad de la docencia clínica de APS, sin presiones externas que busquen alterar las conclusiones en favor de intereses institucionales o personales.

3.4.3.6 Consentimiento informado

El consentimiento informado es un componente crucial de cualquier investigación científica. En este estudio, los participantes podrán decidir libre y voluntariamente si desean participar, tras ser informados de todos los aspectos de la investigación. El estudio fue autorizado previamente por un comité de ética científica, conforme a lo establecido en la Declaración del Helsinki, particularmente

en sus artículos 25 y 26 (1964), y en el informe de Belmont (1978), que destaca tres elementos clave del proceso de consentimiento informado: la información, comprensión y voluntariedad.

Las normas CIOMS (2017) definen el consentimiento informado, en la pauta n°9, como *“un proceso comunicativo en dos sentidos que empieza cuando se establece el contacto inicial con un posible participante y finaliza cuando se proporciona y documenta el consentimiento”*. Este proceso *“protege la libertad de elección de la persona y respeta su autonomía.”*

En este estudio, los participantes fueron informados sobre los “aspectos esenciales de la investigación, en especial su finalidad, beneficios, riesgos y los procedimientos a realizar”, *conforme a la legislación chilena, específicamente la Ley 20.120*. También se les informará sobre su voluntariedad y el derecho de *“no autorizar la investigación o de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier medio, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno”* Es por lo que, en caso de revocación del consentimiento sus datos serán retirados de la investigación.

El documento de consentimiento proporcionó información clara y comprensible para los participantes sobre el objetivo del estudio y la metodología. Se les informó sobre el proceso, donde una encuesta digital se envió vía correo electrónico institucional o personal. También proporcionó los nombres, correos electrónicos y teléfono de las investigadoras, así como el contacto del comité de ética para resolver cualquier duda sobre el estudio.

La investigación presentó riesgos mínimos para los participantes. Para asegurar la confidencialidad y protección de datos personales del participante según la Ley 19.628, los datos se recogerán de forma anónima y por grupos muestrales, sin identificar a los individuos, con el fin de evitar posibles filtraciones que puedan generar prejuicios sobre el desempeño de los participantes. Basándose en el artículo 9 de la declaración de Helsinki.

Para minimizar el grado de vulnerabilidad de los participantes, el equipo investigador gestionó toda entrega y almacenamiento de respuesta en un mail al tienen acceso único, desde esta plataforma se enviaron los formularios correspondientes asociados a los correos electrónicos, la encuesta de evaluación fue diseñada para no recopilar información de contacto del participante, para eso se desactivó la recopilación direcciones de correo electrónico. Asimismo, las preguntas formuladas no solicitaron información que permita la identificación de los encuestados. De esta manera, se resguardan la privacidad y la confidencialidad de los datos conforme a los principios éticos establecidos; las respuestas y análisis fueron resguardados en una carpeta asegurada con PIN en Google Drive.

El proceso de consentimiento informado autorizado por el CEC fue realizado por medio de la plataforma Google Form, compuesto de dos secciones, que se describen a continuación:

- Primera sección: Consentimiento Informado
 - o Invitación a participar y presentación de las investigadoras
 - o Consentimiento Informado
 - o Casillas dicotómicas donde acepta o no participar
 - o Nombre y Apellidos
 - o Correo Electrónico
 - o Compromiso del investigador a enviar un documento PDF con el consentimiento informado generado automáticamente luego de su respuesta con la aceptación del participante e información de las investigadoras
- Segunda sección: Compuesto de preguntas preliminares para determinar los criterios de elegibilidad de los participantes, se explicó que serán contactados aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
 - o Pregunta: “¿Cuál es su profesión?”
 - Alternativas en menú desplegable: Médicos, Odontólogos, Enfermeros, Matrones, Kinesiólogos, Nutricionistas,

Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Psicólogo,
Trabajador social, Tecnólogo Médico, Directivos,
Administrativos, Otro

- o Pregunta: “¿Cuál es su lugar de trabajo?”
 - Alternativas en menú desplegable: CESFAM Alerce, CESFAM Antonio Varas, CESFAM Angelmó, CESFAM Carmela Carvajal, CESFAM Padre hurtado, Equipo Rural, Otro
- o Pregunta dicotómica: ¿Desempeña de labores clínicas?: SI/No
- o Pregunta: ¿Ha desempeñado labores de tutoría clínica durante los años 2024-2025?: Si/No
- Finalización del Formulario con agradecimiento

Posterior al llenado del formulario, se generó un documento por medio de la extensión de Google “Form Publisher” y fue enviado por correo electrónico en formato PDF a los participantes que contestaron el consentimiento informado en un plazo máximo de 48 hrs. Con esta información se procedió a enviar mediante correo electrónico el cuestionario de evaluación por la plataforma “Google Form” a aquellos profesionales que cumplían con los criterios de elegibilidad.

➤ Respeto por los sujetos inscritos

El respeto por los sujetos inscritos representa el último de los requisitos éticos de Ezequiel Emanuel (2003), y establece que la responsabilidad del investigador no termina con la firma del consentimiento, si no que persiste durante todo el estudio. Esta sección se fundamenta en garantizar la autonomía y el bienestar de los tutores clínicos de APS que decidieron participar voluntariamente.

Basándose en las directrices de Emanuel y en la ética de protección de Kottow (2003), este requisito se operativizó mediante 4 acciones. La primera de ellas, el respeto a la autonomía y derecho de retiro, garantizando que la participación fuera un proceso dinámico, permitiendo que cualquier tutor pudiera revocar su consentimiento y retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin enfrentar sanciones o actos “punitivos” en su

contexto laboral., En tales casos los datos recopilados hasta ese momento serían eliminados definitivamente de la investigación.

En segundo lugar, la protección de la privacidad y confidencialidad, como sostiene Emanuel, el respeto implica manejar la información de manera que se proteja la identidad de los sujetos. En esta tesis los datos fueron tratados de forma confidencial y codificados, asegurando que solo el equipo investigador tuviera acceso a ellos. La información fue resguardada en carpetas digitales con acceso restringido bajo PIN, cumpliendo con la ley 19.628 y la ley 20.584.

En tercer lugar, la comunicación de resultados y reciprocidad, siguiendo el principio, se estableció el compromiso de enviar a cada participante un resumen y análisis de los datos obtenidos vía correo electrónico una vez finalizada la investigación. Esta acción busca devolver el valor social del estudio a quienes lo hicieron posible, permitiéndoles reflexionar sobre su propia práctica docente.

Por último, la vigilancia del bienestar, durante la aplicación del instrumento, se mantuvo comunicación abierta para resolver dudas, proporcionando los contactos directos de las investigadoras y el comité de ética. Este monitoreo constante asegura que el participante se sienta valorado no solo como una fuente de datos, sino como un colaborador esencial en el desarrollo del conocimiento pedagógico en salud.

Al implementar estas medidas, la investigación cumplió con la visión de Kottow de no instrumentalizar al profesional clínico, sino de proteger su integridad moral y profesional dentro de la organización de salud (Kottow, 2003).

3.5 Operacionalización de variables

A continuación, se presentan las variables independientes y dependientes consideradas en el estudio, junto con sus respectivas definiciones conceptual y operacional, dimensiones, indicadores y escala de medición.

Tabla 1. Variables independientes del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Edad	Cantidad de Años que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha de aplicación del estudio.	Pregunta cerrada sobre la edad en años del participante	No aplica	Rangos de Edad <25 años 26-35 años 36 – 45 años 46 – 55 años 56 – 65 años +66 años	Cualitativa Ordinal
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Pregunta cerrada sobre el sexo del participante	No Aplica	Femenino Masculino Otro	Cualitativa Nominal
Profesión	Ocupación o área de trabajo en la que una persona ejerce su actividad laboral.	Pregunta cerrada sobre la profesión o estamento al que pertenece el participante	No aplica	Médico Odontólogo Matrón Kinesiólogo Enfermero Nutricionista Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional	Cualitativa Nominal
Experiencia profesional	Cantidad de años que una persona se ha desempeñado en su área profesional	Pregunta cerrada sobre la cantidad de años ejerciendo su profesión	No aplica	Rango de Años <5 6-15 16-25 26-35 36+	Cualitativa Ordinal
Grado Académico	Nivel máximo de educación formal alcanzado por una persona	Pregunta cerrada sobre el grado académico del profesional	No aplica	Licenciado Magíster Doctorado	Cualitativa Ordinal
Formación en habilidades pedagógicas	Capacitación formal o académica recibida en técnicas de enseñanza y pedagogía	Pregunta cerrada sobre la presencia de formación en habilidades pedagógicas	Formación pedagógica	Sí/No	Escala Nominal

Fuente: Elaboración propia (2024)

Tabla 2. Variables dependientes del estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Nivel de desempeño docente autopercibido	Valor o juicio que un profesional tutor hace sobre su propio rendimiento como docente al supervisar estudiantes de pregrado en su centro de salud.	Grado en el que un tutor clínico considera que está cumpliendo su desempeño docente mediante un instrumento autoadministra do sobre conocimientos pedagógicos. Cada dimensión contiene una serie de afirmaciones a las que el tutor debe responder de acuerdo con la frecuencia con la que percibe que realiza cada acción a través de una escala Likert de 5 puntos	Entorno de aprendizaje Planificación de tutoría clínica Supervisión de práctica Pensamiento científico reflexivo	Puntaje del instrumento Muy bajo conocimiento pedagógico 33 – 59 pts Bajo conocimiento pedagógico 60-85 pts Moderado conocimiento pedagógico 86-111 pts Alto conocimiento pedagógico 112-137 pts Muy alto conocimiento pedagógico 138-165 pts	Por medio de escala de Likert para 33 ítem Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indeciso (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)

Fuente: Elaboración propia (2024)

3.6 Técnica(s) de recolección de datos e instrumentos

3.6.1 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento destinado para obtener la información necesaria y alcanzar los objetivos de la investigación propuestos es una escala que mide conocimientos pedagógicos del tutor clínico, desarrollado por Sánchez Rodríguez et al. (2022)

entre los años 2019 – 2020 en Chile. Dicha investigación presenta estudio de fiabilidad y validez, con un alfa de Cronbach de 0.897.

Para realizar la investigación se enviará vía correo electrónico en primera instancia un formulario con el Consentimiento Informado, una vez autorizado éste se enviará un segundo formulario el cual está dividido en dos partes:

Sección 1 Categorización sociodemográficos – Datos que son complementarios para hacer un mejor análisis de los resultados como: edad, sexo, profesión, años de experiencia profesional, nivel de formación académica en su área y grado académico en habilidades pedagógicas en docencia.

Sección 2 Instrumento – Escala para medir conocimiento pedagógico: tiene un total de 33 aseveraciones que están subdivididos en 4 ítem que son los siguientes: “Entorno de aprendizaje clínico”, “Planificación de tutoría clínica”, “Supervisión de práctica” y “Pensamiento científico reflexivo”. Se usa un formato de respuesta rápida utilizando la escala de Likert numerado de 1 a 5, donde 1 muy en desacuerdo y 5 es muy de acuerdo.

El instrumento fue digitalizado en la plataforma de Google Form para ser enviado a cada profesional que autorizó la participación en el presente estudio, el cual se envió a los correos institucionales de toda la población dando un plazo máximo de 15 días para la respuesta del instrumento.

3.6.2 Validación de instrumentos de recolección de datos

Para la presente investigación se utilizará un instrumento que fue validado por el autor mediante un juicio por siete expertos en contextos académicos y clínicos de América Latina, los cuales fueron seleccionados por un muestreo intencional. A continuación, se detalla el proceso de análisis según los autores Sánchez Rodríguez y Torres Esperon (2022):

Dentro de los criterios de inclusión para el comité de expertos fue ser académicos con experiencia en realidades educativas universitarias con conocimiento del proceso enseñanza-aprendizaje en escenarios clínicos, con grado

de doctor en enfermería y que contarán con un mínimo de 15 años de experiencia laboral.

La validez del instrumento se logró por el método Delfhy modificado que a su vez siguió un proceso análogo con análisis cuantitativo y cualitativo por expertos en cinco rondas de revisión, donde se evaluaron criterios como: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia para garantizar validez y contenido de la escala. Se realizó en el momento un pilotaje de este con criterios de inclusión.

Tabla 3. Validez de instrumento

Técnica	Análisis realizado	Valores obtenidos
Panel de Expertos	Índice de validez de contenido estimado	0.75
	Razón de validez de contenido (CVR)	Más 76%
	Coefficiente concordancia externa Kendall	Más 60% $p < 0.05$
	Índice Kappa	Más de 60
Estadística de Fiabilidad	Alfa de Cronbach (AFE) con 33 ítems	0.897

Fuente: Sánchez-Rodríguez y Torres-Esperon (2019 - 2020)

Para la utilización del instrumento se realizaron dos modificaciones para una mejor comprensión y globalización en relación con los ocho estamentos a quienes se les aplicará; dichas modificaciones fueron las siguientes:

Factor II

Genero interacción de mis estudiantes con enfermera clínica, buscando códigos de la profesión.

Modificado: Genero interacción de mis estudiantes con el profesional clínico, buscando códigos de la profesión.

Factor III

El pase de visita de enfermería es útil para conducir la práctica clínica de mis alumnos.

Modificado: El pase de visita es útil para conducir la práctica clínica de mis alumnos.

3.7 Técnicas de análisis

Las técnicas de análisis para el estudio se desglosan por cada objetivo específico de la siguiente forma:

Para el objetivo específico 1 “Caracterizar a los tutores clínicos que trabajan con estudiantes de pregrado respecto de su edad, sexo, profesión, experiencia profesional, grado académico, formación pedagógica y tutorías realizadas en un Centro de Salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024-2025” se utilizará una tabla de frecuencias integrando todos los factores sociodemográficos: sexo, rango etario, profesión, experiencia profesional y grado académico. Los estadígrafos utilizados son frecuencia y porcentajes.

Para el objetivo específico 2 “Describir el nivel de conocimiento pedagógico autopercebido por los tutores clínicos que supervisan a estudiantes de pregrado en un centro de salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024 – 2025” se utilizarán tablas de frecuencia tomando cada ítem de forma horizontal, y presentando frecuencia (porcentaje) para cada alternativa de la escala de Likert. Se marcarán en negrita aquellas que sean mayorías absolutas o compartidas. Además, se acompañará de un gráfico de barras apiladas, dispuesto de forma horizontal, donde cada sub-gráfico corresponde a la distribución porcentual de cada ítem.

Para el objetivo específico 3 “Comparar el nivel de conocimientos pedagógicos con respecto a la formación en habilidades pedagógicas de los tutores clínicos que supervisan a estudiantes de pregrado en un Centro de Salud de la comuna de Puerto Montt durante 2024-2025” se utilizará una tabla de frecuencias en donde se presenta la distribución del nivel de conocimiento (desde ‘muy bajo’ a

‘muy alto’) respecto de la muestra total, y desagregada con respecto a los que declararon tener habilidades pedagógica y los que no lo hicieron.

4. RESULTADOS

Los resultados analizados del instrumento aplicado se desglosarán de acuerdo con los objetivos específicos de la investigación junto a otras conclusiones que derivan de los datos recogidos por el estudio comenzando con los objetivos específicos.

Para el primer objetivo específico sobre la caracterización de los tutores clínicos que trabajan con estudiantes de pregrado se presenta una tabla descriptiva (Figura 1) el cual para cada característica presenta una dicotomización entre los que presentan Habilidades Pedagógicas (HP) y los que declararon no tenerla.

En base a las respuestas, se observa en primera instancia la participación de 20 profesionales quienes conforman la muestra, compuesta casi en su totalidad por mujeres (90%, n=18) con un rango etario predominante entre 26 y 35 años (55%, n=11). La profesión con mayor representatividad en el estudio es Odontología (30%, n=6) seguido de enfermería (20%, n=4)

La mitad de los participantes declara tener habilidades pedagógicas para efectuar la tutoría clínica (50%, n=10). A partir de esta distribución, el 100% es de sexo femenino (n=10, 55.6% del total de mujeres), con edades principalmente entre 26 a 35 años (50%, n=5, 55% del total del rango). Dentro de los profesionales que declaran tener habilidades pedagógicas son enfermeros/as con un 40% (n=4) y seguido del 30% de odontología (n=3, 50% de los de su tipo).

En cuanto a la experiencia profesional en años se observa que tanto para '<5 años' y '6 – 15 años' comparten el 40% (n=4 ambos). Finalmente, para el grado académico, se observa que el 40% de los que presentan habilidades pedagógicas tienen estudios especializados en magíster (n=4).

Tabla 4. Características de los participantes

Variable (n, %)	H.P.= Sí (n=10)	H.P.= No (n=10)	Total (n=20)
Sexo			
Femenino	10 (100%)	8 (80%)	18 (90%)
Masculino	0 (0%)	2 (20%)	2 (10%)
Edad			
26 – 35 años	5 (50%)	6 (60%)	11 (55%)
36 – 45 años	2 (20%)	3 (36%)	5 (25%)
>46 años	3 (30%)	1 (10%)	4 (20%)
Profesión			
Odontólogo/a	3 (30%)	3 (30%)	6 (30%)
Enfermero/a	4 (40%)	0 (0%)	4 (20%)
Matrona/ón	1 (10%)	2 (20%)	3 (15%)
Médico/a	1 (10%)	2 (20%)	3 (15%)
Nutricionista	1 (10%)	1 (10%)	2 (10%)
Kinesiólogo/a	0 (0%)	1 (10%)	1 (5%)
Terapeuta Ocupacional	0 (0%)	1 (10%)	1 (5%)
Experiencia Profesional			
<5 años	4 (40%)	2 (20%)	6 (30%)
6 – 15 años	4 (40%)	5 (50%)	9 (45%)
16 – 25 años	1 (10%)	2 (20%)	3 (15%)
>25 años	1 (10%)	1 (10%)	2 (10%)
Grado Académico			
Licenciado	6 (60%)	10 (100%)	16 (80%)
Magíster	4 (40%)	0 (0%)	4 (20%)

Fuente: Elaboración propia (2025)

Para el desarrollo del segundo objetivo específico se desarrollará de acuerdo con tablas de frecuencia tomando cada ítem de forma horizontal, y presentando frecuencia (porcentaje) para cada alternativa de la escala de Likert. Además, se acompañará de un gráfico de barras apiladas, dispuesto de forma horizontal, donde cada sub-gráfico corresponde a la distribución porcentual de cada ítem.

La primera dimensión “Entorno de Aprendizaje” en la tabla 5 presenta los resultados donde indican un nivel relevante de “Muy de Acuerdo” en 13 de los 15 ítems, con 10 superando el 50% en preferencias de esta alternativa. El ítem con mayor porcentaje se presenta en cuanto a la retroalimentación periódica para avances (Ítem 13). Los ítems 2 y 5 tienen mayoría porcentual en la opción “De Acuerdo”; mientras que los ítems 10 y 11 tienen una leve tendencia hacia la opción “Indeciso”.

Tabla 5. Resultados. Dimensión Entorno de Aprendizaje

Ítem (n, %)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1 La tutoría clínica que Ud. aplica con los estudiantes; se genera en base a un clima de acogida.	2 (10%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	15 (75%)
2 Ud. como tutor, dedica más tiempo a escuchar a sus alumnos y observarlos; más que a controlarlos.	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	11 (55%)	7 (35%)
3 Procuro que el estudiante se sienta en protegido; siendo yo un aliado de su aprendizaje, no un juez.	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	13 (65%)
4 Toda la práctica se desarrolla en un ambiente de confianza que genera aprendizajes significativos	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	5 (25%)	13 (65%)
5 Minimizo las interrupciones externas de la práctica en lo posible	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	11 (55%)	5 (25%)
6 El contexto del servicio es propicio para que el estudiante brinde acciones de cuidados.	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	5 (25%)	12 (60%)
7 Al supervisar prácticas complejas en los estudiantes, prima el valor formativo más que el juicio correctivo-punitivo.	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	7 (35%)	10 (50%)

8 Conduzco la práctica en una atmósfera donde los estudiantes trabajan por motivación intrínseca.	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	5 (25%)	12 (60%)
9 Ud. fue seleccionado previamente para ser tutor	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	12 (60%)
10 La universidad toma en cuenta la disponibilidad de recursos para la práctica de los alumnos	1 (5%)	2 (10%)	5 (25%)	6 (30%)	6 (30%)
11 Conduzco la práctica clínica con mis alumnos según modelo de mi alma mater	2 (10%)	0 (0%)	4 (20%)	5 (25%)	9 (45%)
12 Realizo feedback para conocer las impresiones y sensaciones de los estudiantes.	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	5 (25%)	13 (65%)
13 La retroalimentación periódica con los estudiantes permite avanzar en sus habilidades procedimentales.	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	18 (90%)
14 Para conducir los alumnos en la práctica clínica priorizo en ellos el pensamiento reflexivo y creativo.	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	8 (40%)	10 (50%)
15 Aprovecha los posibles errores de sus alumnos para estimular la discusión como una oportunidad de aprendizaje.	1 (5%)	1 (5%)	0 (0%)	4 (20%)	14 (70%)

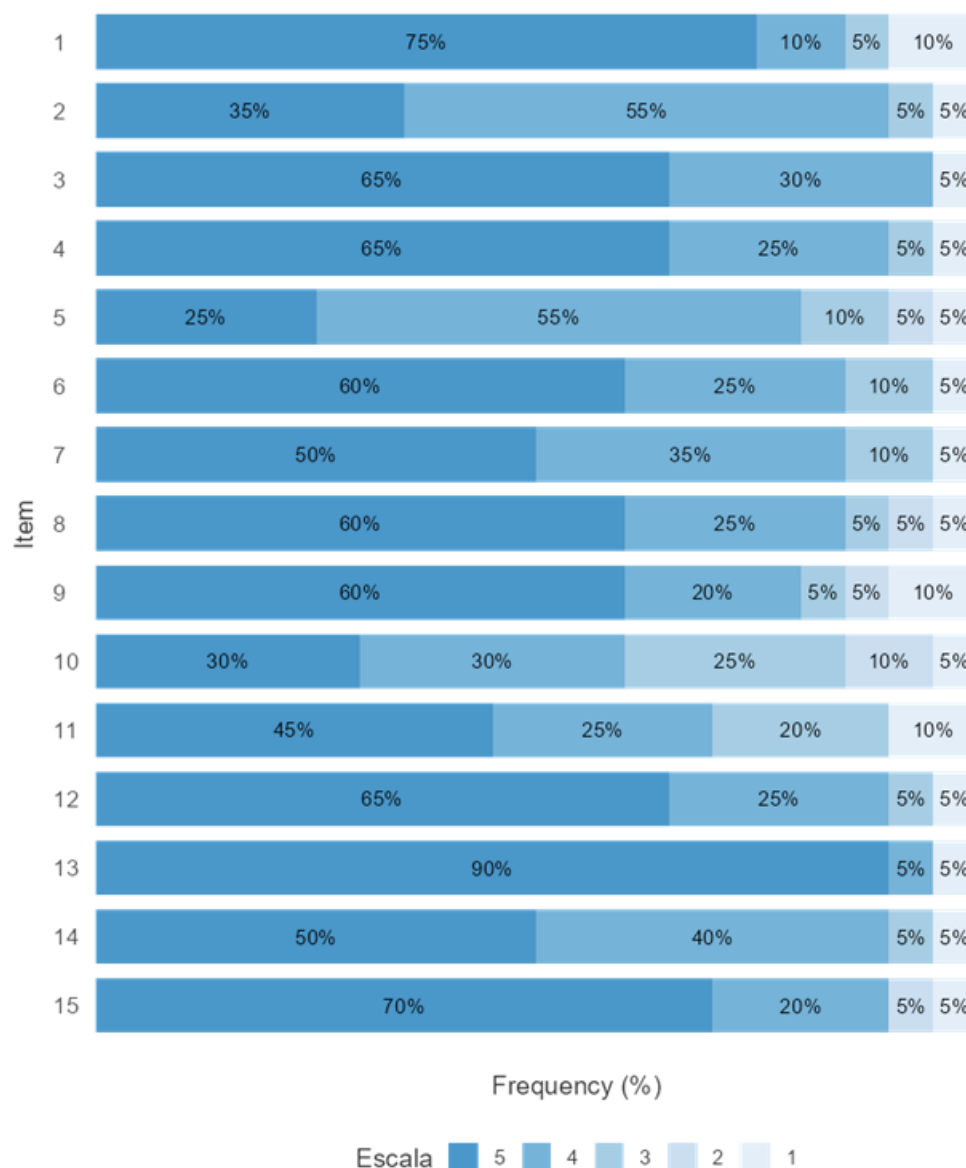
(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la figura 1 se observa que la mayoría de los ítems obtienen respuestas mayoritariamente positivas (escala 5 y 4), con muy poca tendencia negativa. Esto sugiere una percepción globalmente favorable hacia los enunciados evaluados.

Figura 1. Distribución de Frecuencias, Entorno de Aprendizaje

(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo



Respecto a la presente dimensión se destaca con un 90% que los participantes están muy de acuerdo en el ítem 13 que dice “La retroalimentación periódica con los estudiantes permite avanzar en sus habilidades procedimentales” seguido del ítem 1 “La tutoría clínica que Ud. aplica con los estudiantes; se genera en base a un clima de acogida”, ambos tienen relación directa con su rol de tutor clínico y de cómo conllevar un ambiente adecuado en el alumno en práctica.

Para la segunda dimensión “Planificación de Tutoría Clínica” en la tabla 6 se presentan los resultados que indican un nivel relevante de “Muy de Acuerdo” en 6 de los 7 ítems, superando el 50% en 5 de ellos.

Tabla 6. Resultados. Dimensión Planificación de Tutoría Clínica

Ítem (n, %)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16 Ante de la llegada de los estudiantes al servicio Ud. crea un clima de recepción para los alumnos.	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)	6 (30%)	10 (50%)
17 En mi estilo de enseñanza clínica prima el carácter transmisivo de conocimientos	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	13 (65%)
18 La relación que se tiene con el supervisor del servicio facilita los aprendizajes de los estudiantes.	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (25%)	12 (60%)
19 Genero interacción de mis estudiantes con el profesional clínico, buscando códigos propios de la profesión.	2 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (20%)	14 (70%)
20 La cantidad de estudiantes que superviso me permite proporcionar una conducción oportuna del grupo.	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	16 (80%)
21 La reflexión sobre temas puntuales con mis estudiantes en la práctica facilita sus habilidades de aprendizajes.	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	13 (65%)
22 Mi supervisión clínica está más enfocada a transmitir contenido, más que el logro de aprendizaje de los estudiantes.	2 (10%)	7 (35%)	4 (20%)	2 (10%)	5 (25%)

(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo

Fuente: Elaboración propia (2025)

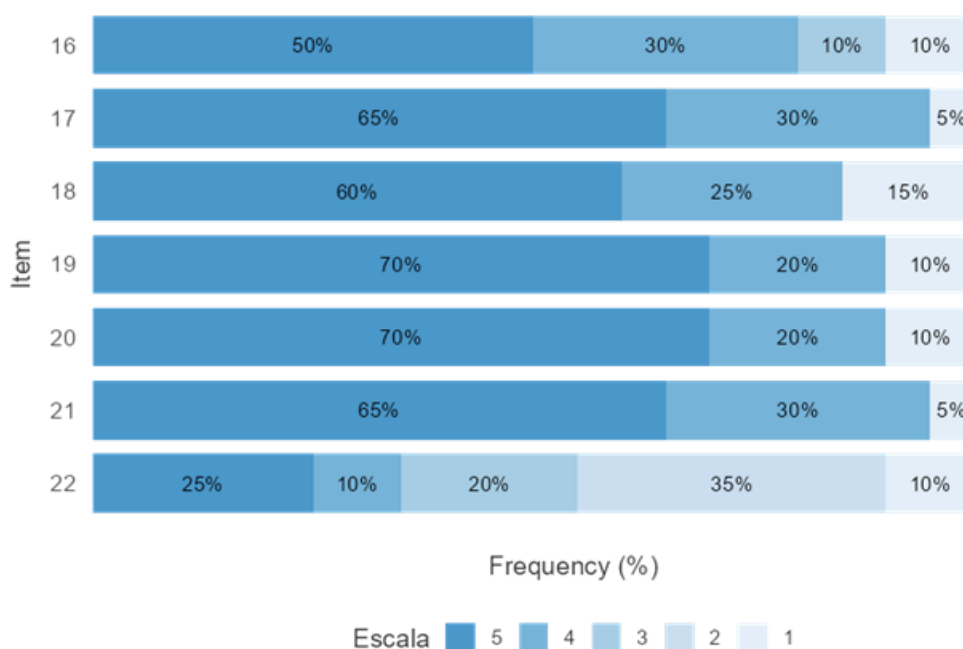
El ítem con mayor porcentaje se presenta en cuanto a la conducción oportuna según el número de estudiantes (Ítem 20) con un 80% de las respuestas. Se observa de forma notoria respecto al ítem donde hay un 35% en desacuerdo que habla sobre el enfoque de la práctica clínica, deja en evidencia que esta no está enfocada en transmitir contenido más allá del logro sobre el aprendizaje, esto se

puede deber a varios factores de la atención desde el tiempo por paciente hasta la complejidad de los casos.

Luego en la figura 2 se observa que la mayoría de los ítems (16–21) reciben valoraciones mayoritariamente positivas en las escalas altas, mientras que el ítem 22 muestra una distribución mucho más dispersa, indicando áreas potenciales de mejora o menor consenso en ese aspecto específico.

Figura 2. Distribución de Frecuencias, Planificación de Tutoría Clínica

(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo



Para la tercera dimensión se presenta la tabla 7 sobre la Supervisión de Práctica. En esta dimensión los ítems están mayormente repartidos en las alternativas, se destaca el ítem 27 con un 50% de elección de “muy de acuerdo”.

Tabla 7. Resultados. Dimensión Supervisión de Práctica

Ítem (n, %)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23 Los aprendizajes progresivos de mis estudiantes los tengo claro antes de iniciar la práctica clínica.	3 (15%)	4 (20%)	1 (5%)	4 (20%)	8 (40%)
24 El primer día de práctica, Ud. diagnósticas habilidades cognitivas de sus estudiantes	1 (5%)	3 (15%)	3 (15%)	9 (45%)	4 (20%)
25 El pase de visita es útil para conducir la práctica clínica de mis alumnos.	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	7 (35%)	7 (35%)
26 Conozco plan de estudio (curriculum) de los estudiantes que superviso.	2 (10%)	3 (15%)	3 (15%)	6 (30%)	6 (30%)
27 Conozco programa y objetivos de asignatura de práctica que superviso.	0 (0%)	3 (15%)	1 (5%)	6 (30%)	10 (50%)

(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo

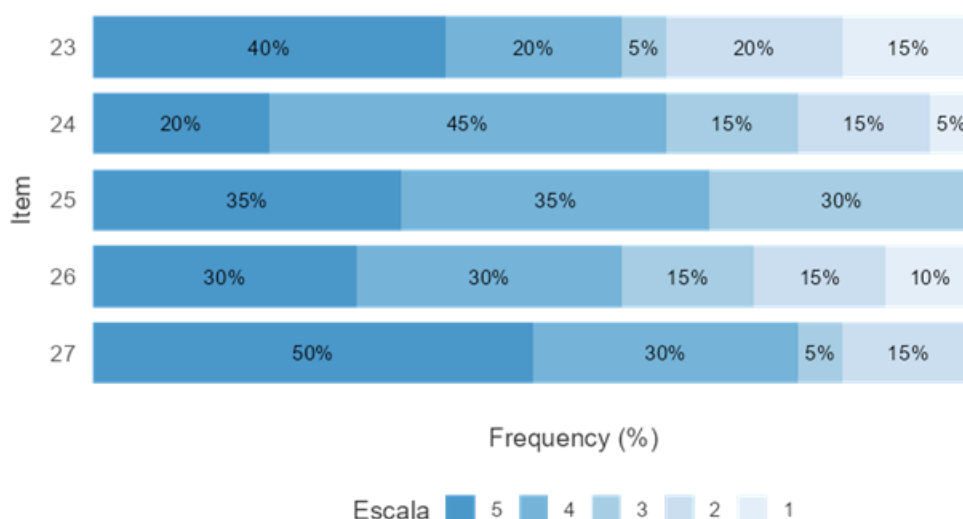
Fuente: Elaboración propia (2025)

Si bien se observan los porcentajes sin una tendencia clara destacan con el parámetro “muy de acuerdo” el ítem 27 donde se da a conocer que los tutores conocen el programa, objetivos y asignatura a la cual están supervisando la práctica seguidos de los ítems 24 y 26 tienen mayoría en “De Acuerdo” y en relación con el ítem 25 se observa una opinión dividida.

En la figura 3 se observa lo siguiente: que mientras que los ítems 23, 24 y 26 reflejan posiciones más divididas con una porción significativa de respuestas críticas o neutras, el ítem 27 se destaca por una percepción más positiva y menor rechazo. El ítem 25 aparece como el más equilibrado, repartiendo opiniones entre alta, media y baja adhesión.

Figura 3. Distribución de Frecuencias, Supervisión de Práctica

(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo



Para la última dimensión se presenta la tabla 8 sobre el Pensamiento Científico Reflexivo. El comportamiento de los ítems tiene en la mayoría de los casos en la opción “Muy de Acuerdo” con porcentajes iguales o mayores al 40%, destacando el ítem 29 con un 60% de casos que corresponde a la apertura de espacios para conocer creencias, expectativas y motivación de sus alumnos.

Tabla 8. Resultados. Dimensión Pensamiento Científico Reflexivo

Ítem (n, %)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28 Tengo presente la suficiencia de pacientes ante de iniciar la práctica con mis estudiantes.	0 (0%)	2 (10%)	2 (10%)	7 (35%)	9 (45%)
29 Abro espacios con mis alumnos, para conocer sus creencias, expectativas y motivación con la carrera.	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	6 (30%)	12 (60%)
30 En el proceso de enseñanza aprendizaje, de mis estudiantes priorizo el saber práctico.	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	7 (35%)	9 (45%)
31 En el proceso de enseñanza aprendizaje, de mis estudiantes priorizo el saber teórico.	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	8 (40%)	8 (40%)

32 Compartir los espacios de práctica con distintas universidades me permiten optar por otras alternativas de aprendizajes con mis estudiantes	1 (5%)	2 (10%)	7 (35%)	5 (25%)	5 (25%)
33 Ud. proporciona oportunidades para la reflexión con sus estudiantes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (45%)	11 (55%)

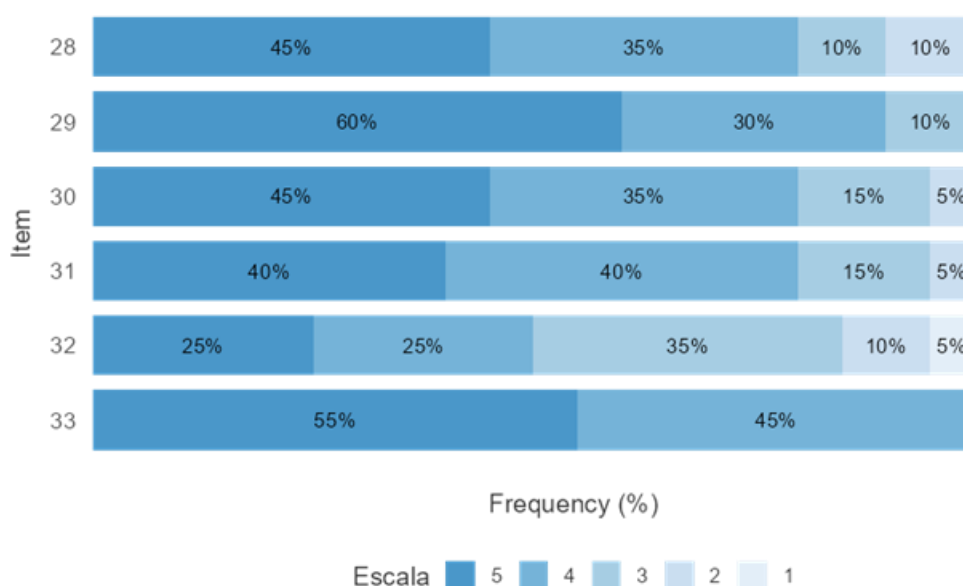
(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo

Fuente: Elaboración propia (2025)

Por su parte, el ítem 32 tiene mayoría de indecisión con un 35%, y se trata sobre el proporcionar oportunidades para la reflexión con los estudiantes.

Figura 4. Distribución de Frecuencias, Pensamiento Científico Reflexivo

(1) Muy en desacuerdo; (2) En desacuerdo; (3) Indeciso; (4) De acuerdo; (5) Muy de acuerdo



En la figura 4, se reporta que la mayoría de los ítems reflejan percepciones favorables, especialmente los ítems 29 y 33. El ítem 32 se distingue como el de mayor diversidad de opiniones, mientras que el resto mantiene tendencias positivas consistentes.

En forma global se presenta la tabla 9 donde se analizan los resultados promedio de cada dimensión, para la muestra total, y desagregado por los factores de experiencia profesional (hasta 15/ sobre 15 años), y grado académico (magíster/ licenciado).

En el caso de experiencia profesional (Figura 5), los profesionales con menos experiencia (0–15 años) tienden a puntuar más alto en todas las dimensiones comparados con los de mayor trayectoria (15 o más años). Para entorno de aprendizaje quienes llevan menos años califican en promedio 4,5 (DE=0,5) frente a 4,4 (DE=0,9) del grupo con mayor años de experiencia, sugiriendo una percepción ligeramente más positiva de los espacios formativos entre los noveles; en planificación de tutoría clínica la diferencia es más marcada: 4,6 (DE=0,7) vs. 4,0 (DE=0,4), lo que indica que los recién incorporados valoran mejor la estructuración de la tutoría clínica que sus colegas de más de 15 años; por otro lado en supervisión de práctica, el contraste es pronunciado, 4,2 (DE=1,2) para el grupo con menos años de experiencia frente a 3,2 (DE=0,8) de los profesionales mayores, reflejando quizá expectativas distintas sobre el acompañamiento práctico; finalmente, en pensamiento científico reflexivo, se obtuvo una diferencia en puntajes 4,3 (DE=0,6) vs. 3,8 (DE=0,5), mostrando mayor valoración de la reflexión científica entre los menos experimentados.

Luego, para el grado académico (Figura 6), las diferencias entre licenciados y magísteres son mínimas en la mayoría de las dimensiones, lo que sugiere que el nivel de formación no condiciona fuertemente estas percepciones. Para entorno de aprendizaje, licenciados 4,4 (DE=0,7) y magísteres 4,5 (DE=0,5) se encuentran casi empatados; en planificación de tutoría clínica, licenciados 4,3 (DE=0,6) frente a magísteres 4,2 (DE=0,8) indican diferencias menores; luego para supervisión de práctica, licenciados 3,8 (DE=1,1) y magísteres 3,6 (DE=2,1), se mostraron con alta variabilidad y puntuaciones similares; y por último, en pensamiento científico reflexivo, licenciados 4,2 (DE=0,5) versus magísteres 4,3 (DE=1,1), mostrando consistencia en la valoración de la competencia reflexiva.

Para la muestra total, las medias totales reflejan una valoración global positiva en todas las dimensiones: entorno de aprendizaje 4,4 (DE=0,7), planificación de tutoría clínica 4,3 (DE=0,8), supervisión de práctica 3,8 (DE=1,4); y pensamiento científico reflexivo 4,2 (DE=0,8).

En conjunto, los resultados sugieren que la experiencia influye más en las percepciones del entorno, la planificación y la supervisión de la práctica que el grado académico, mientras que el pensamiento científico reflexivo se valora consistentemente alto en todos los subgrupos.

Tabla 9. Estadísticas de Resumen por Dimensión

	0-15 años	15 o + años	Licenciado	Magíster	Total
Dimensión	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
Entorno de Aprendizaje	4.5 (0.5)	4.4 (0.9)	4.4 (0.7)	4.5 (0.5)	4.4 (0.7)
Planificación de Tutoría Clínica	4.6 (0.7)	4.0 (0.4)	4.3 (0.6)	4.2 (0.8)	4.3 (0.8)
Supervisión de Práctica	4.2 (1.2)	3.2 (0.8)	3.8 (1.1)	3.6 (2.1)	3.8 (1.4)
Pensamiento Científico Reflexivo	4.3 (0.6)	3.8 (0.5)	4.2 (0.5)	4.3 (1.1)	4.2 (0.8)

Fuente: Elaboración propia (2025)

A continuación, se desarrollará de forma específica para cada dimensión en cuanto a los años de experiencia, formación de habilidades pedagógicas y en cuanto a grado académico, observando la media y su desviación estándar propiamente tal.

Tabla 10. Dimensión I respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico

	Experiencia en años		Habilidades Pedagógicas		Grado académico	
	Menos de 15 años	Más de 15 años	SI	NO	Licenciado	Magister
Dimensión I Entorno de Aprendizaje	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
1. La tutoría clínica que Ud. aplica con los estudiantes; se genera en base a un clima de acogida	4,33 (1,45)	4,6 (0,55)	4,3 (1,34)	4,5 (1,27)	4,44 (1,36)	4,25 (0,96)
2. Ud. como tutor, dedica más tiempo a escuchar a sus alumnos y observarlos; más que a controlarlos	4,07 (1,03)	4,4 (0,55)	4,4 (0,52)	3,9 (1,2)	4,12 (1,02)	4,25 (0,5)
3. Procuro que el estudiante se sienta en protegido; siendo yo un aliado de su aprendizaje, no un juez	4,53 (1,06)	4,4 (0,55)	4,7 (0,48)	4,3 (1,25)	4,5 (1,03)	4,5 (0,58)
4. Toda la práctica se desarrolla en un ambiente de confianza que genera aprendizajes significativos	4,47 (1,06)	4,4 (0,89)	4,7 (0,48)	4,2 (1,32)	4,38 (1,09)	4,75 (0,5)
5. Minimizo las interrupciones externas de la práctica en lo posible	3,93 (1,16)	3,8 (0,45)	4,2 (0,63)	3,6 (1,26)	3,81 (1,05)	4,25 (0,96)
6. El contexto del servicio es propicio para que el estudiante brinde acciones de cuidados	4,33 (1,11)	4,4 (0,89)	4,7 (0,67)	4 (1,25)	4,31 (1,08)	4,5 (1)
7. Al supervisar prácticas complejas en los estudiantes, prima el valor formativo más que el juicio correctivo-punitivo	4,27 (1,1)	4,2 (0,84)	4,6 (0,52)	3,9 (1,29)	4,12 (1,09)	4,75 (0,5)
8. Conduzco la práctica en una atmósfera donde los estudiantes trabajan por motivación intrínseca	4,27 (1,22)	4,4 (0,89)	4,7 (0,67)	3,9 (1,37)	4,25 (1,18)	4,5 (1)
9. Ud. fue seleccionado previamente para ser tutor	4 (1,51)	4,6 (0,55)	4,5 (0,71)	3,8 (1,75)	4,75 (0,5)	4 (1,46)
10. La universidad toma en cuenta la disponibilidad de recursos para la práctica de los alumnos	3,8 (1,21)	3,4 (1,14)	3,9 (0,88)	3,5 (1,43)	3,62 (1,26)	4 (0,82)
11. Conduzco la práctica clínica con mis alumnos según modelo de mi alma mater	4,13 (1,19)	3,4 (1,52)	4 (1,33)	3,9 (1,29)	4,12 (1,15)	3,25 (1,71)

12. Realizo feedback para conocer las impresiones y sensaciones de los estudiantes	4,4 (1,12)	4,6 (0,55)	4,8 (0,42)	4,1 (1,29)	4,44 (1,09)	4,5 (0,58)
13. La retroalimentación periódica con los estudiantes permite avanzar en sus habilidades procedimentales	4,67 (1,05)	5 (0)	4,9 (0,32)	4,6 (1,26)	4,75 (1)	4,75 (0,5)
14. Para conducir los alumnos en la práctica clínica priorizo en ellos el pensamiento reflexivo y creativo	4,27 (1,03)	4,4 (0,89)	4,7 (0,48)	3,9 (1,2)	4,19 (1,05)	4,75 (0,5)
15. Aprovecha los posibles errores de sus alumnos para estimular la discusión como una oportunidad de aprendizaje	4,33 (1,23)	4,8 (0,45)	4,5 (0,97)	4,4 (1,26)	4,38 (1,2)	4,75 (0,5)
Total	4.25	4.32	4.51	4.03	4.28	4.38

Fuente: Elaboración propia (2025)

De acuerdo a los resultados expuestos de forma específica para cada ítem y tomando en consideración la muestra total del estudio (N=20) para la Dimensión I, se observa que en cuanto a los años de experiencia ambos grupo (menores de 15 años y mayores) muestran valoraciones muy similares donde las medias son bastante cercanas, se destaca una mayor discrepancia en el ítem 11 con la aseveración “Conduzco la práctica clínica con mis alumnos según modelo de mi alma mater” donde el grupo con menos de 15 años de experiencia presenta un valor significativamente elevado en razón del grupo con más de 15 años de experiencia; para el grupo con Formación en habilidades pedagógicas se observa que los que resultados a modo general son más positivos en casi todos los ítem en comparación con los que no presentan formación en habilidades pedagógicas; y por ultimo para el grupo según grado académico se observan resultados levemente más positivos para los que presenta grado de Magister con una desviación estándar acotada en comparación con el grupo que solo presenta licenciatura.

Tabla 11. Dimensión II respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico

	Experiencia en años		Habilidades pedagógicas		Grado académico	
	Menos de 15 años	Mas de 15 años	SI	NO	Licenciad o	Magister
Dimensión II Planificación de tutoría clínica	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
16. Ante de la llegada de los estudiantes al servicio Ud. crea un clima de recepción para los alumnos.	4 (1,36)	4,4 (0,89)	4,2 (1,32)	4 (1,25)	4,06 (1,34)	4,25 (0,96)
17. En mi estilo de enseñanza clínica prima el carácter transmisivo de conocimientos	4,53 (1,06)	4,4 (0,55)	4,8 (0,42)	4,2 (1,23)	4,44 (1,03)	4,75 (0,5)
18. La relación que se tiene con el supervisor del servicio facilita los aprendizajes de los estudiantes	4,07 (1,62)	4,4 (0,55)	4,7 (0,48)	3,6 (1,84)	4 (1,55)	4,75 (0,5)
19. Genero interacción de mis estudiantes con el profesional clínico, buscando códigos propios de la profesión	4,4 (1,4)	4,4 (0,55)	4,8 (0,42)	4 (1,63)	4,38 (1,36)	4,5 (0,58)
20. La cantidad de estudiantes que superviso me permite proporcionar una conducción oportuna del grupo	4,73 (1,03)	4,2 (0,84)	4,7 (0,67)	4,5 (1,27)	4,69 (1,01)	4,25 (0,96)
21. La reflexión sobre temas puntuales con mis estudiantes en la práctica facilita sus habilidades de aprendizajes	4,53 (1,06)	4,4 (0,55)	4,8 (0,42)	4,2 (1,23)	4,5 (1,03)	4,5 (0,58)
22. Mi supervisión clínica está más enfocada a transmitir contenido, más que el logro de aprendizaje de los estudiantes	3,27 (1,44)	2,4 (1,14)	3,1 (1,2)	3 (1,63)	3 (1,46)	3,25 (1,26)
Total	4.49	4.34	4.56	4.07	4.39	4.41

Fuente: Elaboración propia (2025)

De acuerdo a los resultados expuestos de forma específica para cada ítem y tomando en consideración la muestra total del estudio (N=20) para la Dimensión II, se observan valores relativamente similares entre el grupo de experiencia profesional con leve tendencia del grupo con menos de 15 años de experiencia a valorar más alto en algunos ítem como por ejemplo el 22 “Mi supervisión clínica esta más enfocada a transmitir

contenido, más que el logro de aprendizaje de los estudiantes” donde el grupo con más años de experiencia su media fue de 2.40 versus 3.27 en el grupo con menos años; en relación con los profesionales que tienen formación pedagógica se observa una constante en valoraciones más alta respecto al grupo que no presenta formación en habilidades; frente al grupo que presenta el grado de magister, este tiene una tendencia clara a valorar más positivamente en general la dimensión.

Tabla 12. Dimensión III respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico

	Experiencia en años		Habilidades pedagógicas		Grado académico	
	Menos de 15 años	Mas de 15 años	SI	NO	Licenciad o	Magister
Dimensión III Supervisión de Práctica	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
23. Los aprendizajes progresivos de mis estudiantes los tengo claro antes de iniciar la práctica clínica	3,8 (1,57)	2,6 (1,34)	3,4 (1,71)	3,6 (1,51)	3,56 (1,5)	3,25 (2,06)
24. El primer día de práctica, Ud. diagnostica habilidades cognitivas de sus estudiantes	3,87 (0,99)	2,8 (1,3)	3,5 (1,43)	3,7 (0,82)	3,69 (0,87)	3,25 (2,06)
25. El pase de visita es útil para conducir la práctica clínica de mis alumnos	4,33 (0,72)	3,2 (0,45)	4 (0,94)	4,1 (0,74)	4,06 (0,77)	4 (1,15)
26. Conozco plan de estudio (currículum) de los estudiantes que superviso	3,8 (1,42)	2,8 (0,84)	3,9 (1,2)	3,2 (1,48)	3,56 (1,41)	3,5 (1,29)
27. Conozco programa y objetivos de asignatura de práctica que superviso	4,13 (1,25)	4,2 (0,45)	4,4 (0,97)	3,9 (1,2)	4,06 (1,18)	4,5 (0,58)
Total	3.99	3.12	3.84	3.7	3.79	3.7

Fuente: Elaboración propia (2025)

De acuerdo con los resultados expuestos de forma específica para cada ítem y tomando en consideración la muestra total del estudio (N=20) para la Dimensión III, se observa para el grupo de experiencia una diferenciación más marcada que las otras

dimensiones donde el grupo con menos años de experiencia valora en todos los ítems de manera positiva y más elevada que el grupo con más años de experiencia; según su formación en habilidades pedagógicas se observa que es una dimensión donde ambos grupo valor de forma muy similar cada ítems donde la mayor discrepancia fue el ítem 26 “conozco plan de estudio (curriculum) de los estudiantes que superviso” donde la media para los que si presenta formación en habilidades pedagógicas es de un 3.9 versus un 3.2; para el grado académico es una dimensión a diferencia de la I y II donde los valores son bastante similares observándose incluso un valor mayor en el grupo de licenciado en el ítem 24 “el primer día de práctica, usted diagnostica habilidades cognitivas de sus estudiantes”

Tabla 13. Dimensión III respecto a Experiencia en años, habilidades pedagógicas y grado académico

	Experiencia en años		Habilidades pedagógicas		Grado académico	
	Menos de 15 años	Mas de 15 años	SI	NO	Licencia do	Magister
Dimensión IV Pensamiento Científico Reflexivo	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
28. Tengo presente la suficiencia de pacientes antes de iniciar la práctica con mis estudiantes	4,27 (0,96)	3,8 (1,1)	4,3 (1,06)	4 (0,94)	4,19 (0,91)	4 (1,41)
29. Abro espacios con mis alumnos, para conocer sus creencias, expectativas y motivación con la carrera	4,67 (0,62)	4 (0,71)	4,6 (0,7)	4,4 (0,7)	4,56 (0,63)	4,25 (0,96)
30. En el proceso de enseñanza aprendizaje, de mis estudiantes priorizo el saber práctico	4,2 (0,94)	4,2 (0,84)	4 (1,05)	4,4 (0,7)	4,06 (0,93)	4,75 (0,5)
31. En el proceso de enseñanza aprendizaje, de mis estudiantes priorizo el saber teórico	4,27 (0,96)	3,8 (0,45)	4,2 (0,79)	4,1 (0,99)	4,06 (0,93)	4,5 (0,58)
32. Compartir los espacios de práctica con distintas universidades me permiten optar por otras alternativas de aprendizajes con mis estudiantes	3,67 (1,29)	3,2 (0,45)	4,1 (0,88)	3 (1,15)	3,5 (1,21)	3,75 (0,96)
33. Ud. proporciona oportunidades para la reflexión con sus estudiantes	4,67 (0,49)	4,2 (0,45)	4,6 (0,52)	4,5 (0,53)	4,56 (0,51)	4,5 (0,58)
Total	4.29	3.87	4.3	4.07	4.15	4.29

Fuente: Elaboración propia (2025)

De acuerdo con los resultados expuestos de forma específica para cada ítem y tomando en consideración la muestra total del estudio (N=20) para la Dimensión IV y ultima se observa que para el grupo con menos años de experiencia tiende a valorar más positivamente en casi todos los ítems observándose una mayor discrepancia en el ítem 29 “abro espacios con mis alumnos, para conocer sus creencias, expectativas y motivación con la carrera” donde el grupo con menos años de experiencia valora de mejor forma que el grupo con más años de experiencia; para el grupo con formación en habilidades pedagógicas se observa de formas más consistente medias más altas que el grupo sin formación; para el grupo de licenciados y magister se observa a diferencia de las otras dimensiones una tendencia mixta, observándose de igual forma medias más altas en el grupo de magister que en el de licenciados.

Figura 5. Distribución de Medias por Dimensión, según rango de experiencia profesional

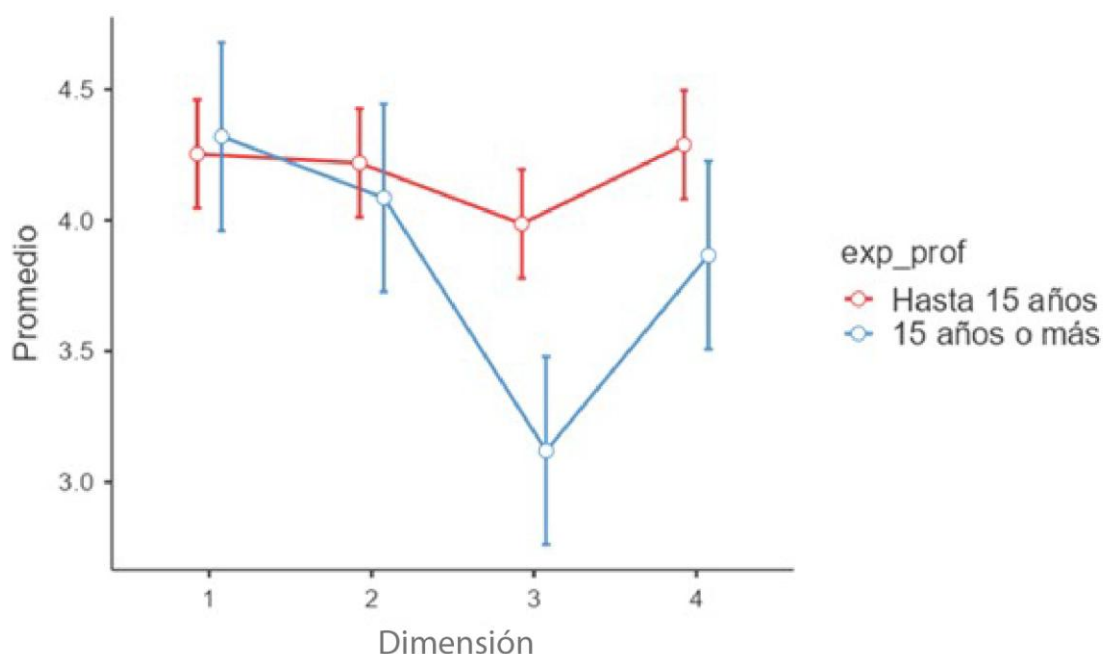
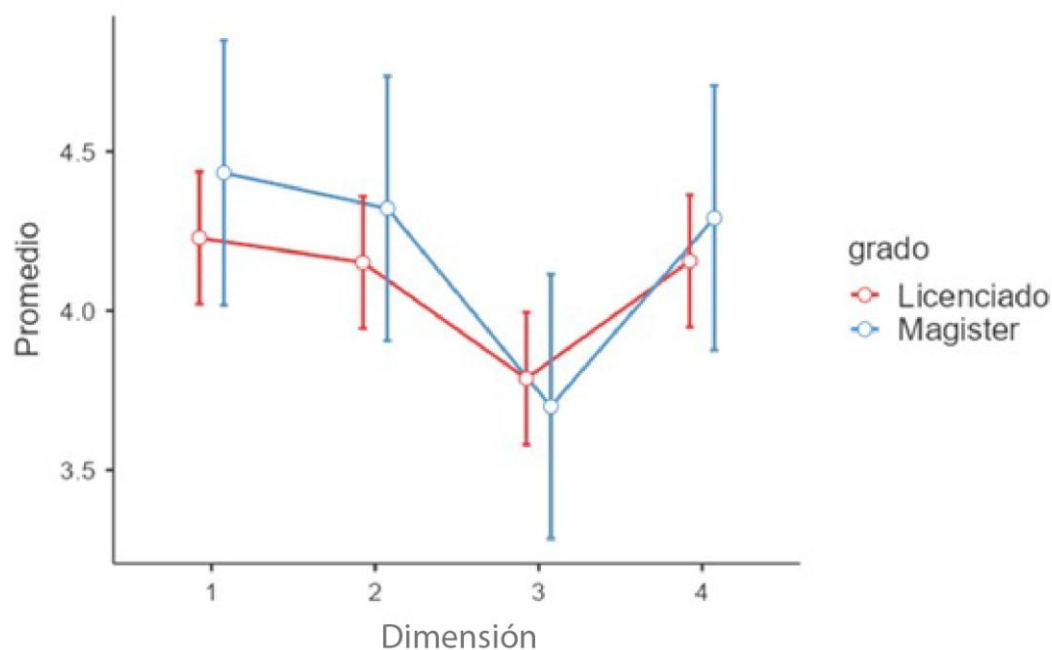


Figura 6. Distribución de Medias por Dimensión, según grado académico



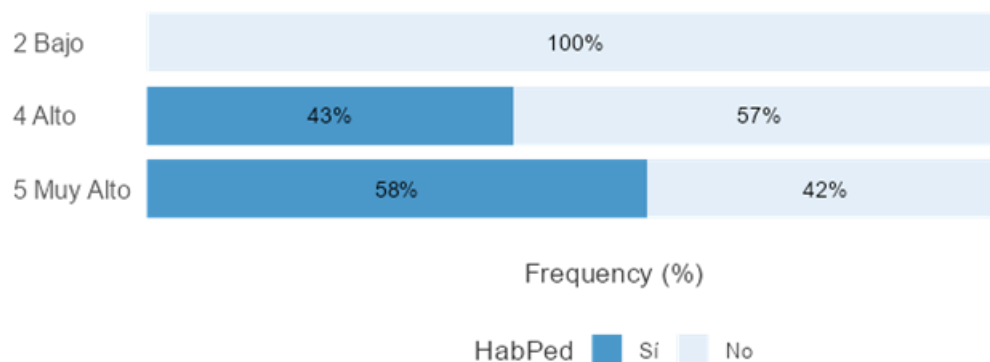
Para el tercer y último objetivo específico y poder realizar la comparación del nivel de conocimientos pedagógicos con respecto a la formación en habilidades pedagógicas de los tutores clínicos se presenta la tabla 7, esta muestra la distribución de casos en relación con poseer habilidades pedagógicas. Dentro del grupo que sí indican tener estas habilidades, el 70% está en un nivel autopercebido de conocimiento 'Muy Alto' (n=7), seguido de 'Alto' con un 30% (n=3). Por su parte, quienes indicaron no tener habilidades pedagógicas, el 50% corresponde a un nivel 'Muy Alto' (n=5) y el 40% en nivel 'Alto'. Sólo un individuo no contaba con estas habilidades y poseía un nivel 'Bajo'.

Tabla 14. Distribución de frecuencias para Nivel de Conocimiento

Variable (n, %)	H.P.= Sí (n=10)	H.P.= No (n=10)	Total (n=20)
Nivel de Conocimiento			
Muy Bajo	--	--	--
Bajo	0 (0%)	1 (10%)	1 (5%)
Medio	--	--	--
Alto	3 (30%)	4 (40%)	7 (35%)
Muy Alto	7 (70%)	5 (50%)	12 (60%)
Medias totales	4.3	3.96	4.1

Fuente: Elaboración propia (2025)

Figura 7. Distribución de Nivel de Conocimiento, según presencia de habilidades pedagógicas



5. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar la autopercepción de conocimiento pedagógico de tutores clínicos de APS y su relación con la formación en habilidades pedagógicas. Dado el tamaño muestral de este estudio ($N=20$), los resultados no son generalizables al universo de tutores en APS. Sin embargo, los hallazgos proporcionan fortalezas y posibles brechas que se manifiestan en este grupo de profesionales.

En términos generales, los hallazgos de esta investigación evidencian una autopercepción predominantemente positiva de conocimientos pedagógicos en tutores clínicos de un centro de APS de Puerto Montt. Esta percepción favorable se refleja en las medias totales por dimensión, que se sitúan en rangos altos o muy altos: entorno de aprendizaje ($M=4.4$, $DE=0.7$), planificación de tutoría clínica ($M=4.3$, $DE=0.8$), supervisión de práctica ($M=3.8$, $DE=1.4$) y pensamiento científico reflexivo ($M=4.2$, $DE=0.8$). Particularmente, el 35% de la muestra se autopercibe en un nivel de conocimiento “Alto” y 60% en nivel “Muy Alto”.

Si bien los resultados locales describen una alta valoración general de las competencias pedagógicas en esta muestra específica, se observan algunas diferencias mínimas al comparar específicamente algunos factores del grupo, por ejemplo, algunas variaciones según experiencia laboral y grado académico en algunas dimensiones lo que obliga a una relectura crítica de la forma en que se concibe y evalúa la función tutorial en el contexto de la APS. La discusión se centrará en ejes temáticos que interrelacionan las variables de estudio y las dimensiones del instrumento para la comprensión del fenómeno estudiado.

Eje I: Experiencia profesional como factor de la supervisión clínica

Para el análisis descriptivo en cuanto al primer objetivo específico acorde a su caracterización, en cuanto a la variable “experiencia profesional” (categorizada en tutores con trayectoria <15 años vs. >15 años), si bien no arrojó diferencias estadísticamente significativas (dada la naturaleza del estudio), si reveló tendencias para comprender la autopercepción en el contexto de la APS. Sugiere que, en esta muestra la trayectoria clínica por sí sola no se traduciría en una alta autopercepción de las competencias pedagógicas para todas las dimensiones del estudio.

En general, los resultados arrojarían que el grupo con menor experiencia laboral reportó medias levemente más altas en las dimensiones estudiadas, la distinción más importante surge al profundizar en la Dimensión III: Supervisión clínica. En este sentido, el grupo de tutores Senior (con mayor trayectoria) registró puntajes de autopercepción más bajas, especialmente en aquellos ítems relacionados con tareas de supervisión planificada, diagnóstico de habilidades y alineación curricular. Esto contrasta con el grupo de tutores de menor trayectoria, quienes reportaron una media más positiva en esta misma dimensión.

El tutor senior, que a menudo posee mayor jerarquía y responsabilidades asistenciales en APS, puede experimentar un conflicto de los roles clínico y docente, por lo que priorizaría las tareas sanitarias sobre las pedagógicas. La literatura indica que la falta de tiempo protegido es el principal obstáculo reportado para ofrecer una supervisión rigurosa y un feedback de calidad (Folkvord y Risa, 2023; Kishore, 2023).

En este sentido, la autoevaluación más baja de grupo senior en la dimensión Supervisión ($M=3.2$ DE 0.8) podría interpretarse como juicio más autocrítico y realista respecto a su capacidad para cumplir con la planificación curricular, el seguimiento individualizado y la evaluación formativa. Lo cual no necesariamente implicaría una menor habilidad, sino que las condiciones operativas de la APS como la alta demanda y el poco tiempo protegido para la docencia, obstaculizarían la aplicación de recursos necesarios a la función pedagógica óptima y estructurada

(Kishore, 2023; Folkvord y Risa, 2023). Esta limitación contextual sugiere que su enfoque se concentra en que el estudiante logre competencias prácticas esenciales, lo que dificulta la preparación anticipada o diagnóstico activo y estructurado de las habilidades iniciales del alumno.

La autoevaluación levemente más baja en algunos aspectos de estas dos dimensiones también podría sugerir una brecha en la actualización de competencias pedagógicas relacionadas a la planificación, observación y reflexión activa.

Los hallazgos que sugieren un menor conocimiento del plan de estudio o de los aprendizajes progresivos por parte del grupo con más trayectoria lo que podría estar relacionado a que tienen más historia de tutorías a distintos estudiantes de esta o distintas universidades a lo largo de los años y/o una falta de orientación previa al plan de estudio de los estudiantes de parte de las instituciones educativas (Mcleod et al., 2021). Esto podría indicar que la experiencia profesional de este grupo no estaría relacionada con el conocimiento pedagógico requerido para una docencia clínica efectiva (Chigavazira et al., 2018; Halton et al., 2024; Luo et al., 2021) en vez de consolidarse a través de los años de trayectoria (Araus Tapia y Lee Muñoz, 2024).

En contraste, el tutor con menor trayectoria laboral (0-15 años) puntúa más alto en estas dimensiones (Dimensión II: $M=4.6$ $DE=0.7$ y Dimensión III: $M=4.2$ $DE=1.2$) valorando la conducción de la tutoría clínica, como el caso del ítem 11 de la Dimensión I, debido a su mayor proximidad a sus propios procesos formativos, los cuales ya enfatizan estos modelos de enseñanza clínica que demandan una supervisión más activa, reflexiva y centrada en el estudiante (Otarola et al., 2021).

Este eje podría subrayar que la disparidad en las puntuaciones observadas en este grupo específico ($N=20$) podría indicar que el desafío en el grupo senior no radica en la voluntad o experticia clínica (Bourne et al., 2021), sino en la actualización pedagógica y mitigación del conflicto de rol relacionado con la sobrecarga asistencial.

La diferencia descriptiva en las medias, y sobre todo en la dimensión Supervisión, es un hallazgo que podría orientar a los programas de desarrollo docente a integrar estrategias de gestión de roles y de los tiempos para la docencia en entornos de alta demanda, para así estandarizar los procesos de supervisión de práctica clínica.

Eje II: Grado académico y la autopercepción de conocimiento pedagógico

El segundo eje analítico respondiendo de igual forma que al primer eje sobre el objetivo de caracterización de profesionales, se centró en explorar si el grado académico (Licenciado vs. Magíster) influiría en la autopercepción de conocimiento pedagógico de los tutores clínicos. La literatura sugiere que la formación de postgrado puede ser un factor influyente en el desempeño docente y la calidad de la tutoría (Vaughan, 2020).

En la muestra estudiada (N=20), la distribución del grado académico fue predominantemente el grado de Licenciado (80% N=16) en contraste con el grupo Magíster (20% N=4). Los resultados de carácter descriptivo indicaron que, si bien la autopercepción de conocimiento pedagógico fue mayormente positiva en ambos casos, las diferencias entre ambos grupos fueron mínimas. Las medias totales del grupo Licenciado se sitúan en torno a 4.1, mientras que el grupo Magíster se ubican casi al mismo nivel, con diferencias leves en solo algunas dimensiones a favor de los profesionales con grado de Magíster. Por ejemplo “Entorno de Aprendizaje” (Licenciados: M=4.4, DE= 0.7 vs Magísteres: M= 4.5, DE=0.5), y “Pensamiento Científico Reflexivo (Licenciados: M=4.2, DE= 0.5 vs Magísteres: M= 4.3, DE=1.1).

La ausencia de una diferenciación marcada en la autopercepción, a pesar de la formación de postgrado, sugiere, en primera instancia, que la obtención de un postgrado no se traduciría en una autopercepción superior de las competencias pedagógicas para ejercer la tutoría clínica. Esta observación es coherente con la posición de diversos autores que enfatizan la necesidad de una capacitación específica y formal en educación clínica, por encima de la formación académica general (Vaughan, 2020; Bourne et al., 2021).

Si bien, las diferencias globales fueron menores, se observaron matices y aspectos puntuales del desempeño autopercebido por el grupo Magíster. Por ejemplo, obtuvieron puntajes levemente mayores en el ítem de minimizar las interrupciones externas de la práctica (Dimensión I) y una mayor concordancia en el conocimiento del programa y objetivos de asignatura del estudiante (Dimensión III). Sin embargo, mostraron una tendencia a la indecisión respecto a diagnosticar las habilidades cognitivas antes de iniciar la práctica (Dimensión III).

Este resultado global, aunque no concluyente debido a la baja representatividad del grupo Magister, refuerza la idea de que la inversión en formación de postgrado no garantiza el fortalecimiento de las habilidades pedagógicas si no está específicamente diseñada para la docencia clínica, ya que la actualización disciplinar no se traduce en mejores competencias docentes (Berlanga Fernández et al., 2022; Vasco Delgado et al., 2025). Este hallazgo subraya la necesidad de desarrollar programas de formación específicos y accesibles para profesionales de la salud que actúan como tutores clínicos en APS.

Eje III: Fortalezas y debilidades metodológicas en la tutoría clínica

Para el desarrollo del tercer eje en cuanto a la descripción del nivel de conocimiento pedagógico correspondiente al segundo objetivo específico, este eje se centra en el análisis de aspectos específicos de la tutoría clínica, revelando un patrón de fortalezas humanistas (clima y confianza) que conviven con debilidades metodológicas (Planificación y reflexión estructurada).

Los resultados descriptivos de la Dimensión I: Entorno de aprendizaje, muestran una percepción consistentemente positiva por parte de los tutores respecto a la creación de un ambiente formativo. Existe un alto acuerdo en que la tutoría se genera en un clima de acogida y confianza, elementos que se perciben como esenciales para la motivación intrínseca del estudiante y para que se sientan protegidos y seguros, actuando más como aliados que como jueces (Folkvord y Risa, 2023; Flores, 2019; Ebbeling et al., 2018; Stalmeijer et al., 2010).

Un hallazgo sobresaliente es el alto nivel “de acuerdo” (90% Muy de acuerdo) en que la retroalimentación periódica permite avanzar en las habilidades procedimentales. Esto sitúa el *feedback* como una práctica valorada y realizada por los tutores en la muestra. No obstante, como se discutió en el Eje I, esta alta autopercepción debe contrastarse con la literatura que frecuentemente reporta que el *feedback* en la práctica clínica real es a menudo insatisfactoria, rápida e inespecífica debido a la falta de capacitación docente y la sobrecarga laboral (Embo y Volke, 2019; Folkvord y Risa, 2023; Huang et al., 2024). Por lo tanto, la alta autopercepción en este ítem (Dimensión I, Ítem 13) podría reflejar más un alto compromiso con la función de guía que una garantía de la calidad o metodología del *feedback* entregado.

Respecto a la planificación y supervisión de la tutoría clínica (Dimensiones II y III), las respuestas se mostraron más divididas, particularmente en ítems relacionados con la preparación curricular. Los tutores demostraron consenso en que su supervisión podría estar más dirigida al logro del aprendizaje y no a la transmisión de contenido (35% “En desacuerdo” en el ítem 22), alineándose con modelos educativos modernos centrados en el estudiante (Pitkänen et al., 2018).

Sin embargo, en el conocimiento de los aprendizajes progresivos antes de iniciar la práctica (ítem 23), solo el 40% estuvo “muy de acuerdo”, con un 35% “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”. Un patrón similar se observó en el ítem de conocer el plan de estudio (currículum) (ítem 26). Esta dispersión, sugiere un desafío contextual de la APS: el tutor, enfocado principalmente en su labor asistencial, a menudo carece de un tiempo protegido y la orientación formal de la universidad para revisar el currículum o los objetivos específicos del programa del internado (Burgues et al., 2014). El contraste observado en el Eje II, donde los profesionales con mayor trayectoria puntuaron más bajo en planificación y supervisión, podría confirmar que la experticia asistencial no supliría la necesidad de competencias formales en la planificación de la práctica (Folkford y Risa, 2023; Reinoso-González et al., 2019).

Finalmente, la dimensión “Pensamiento Científico Reflexivo” mostró una valoración positiva en la mayoría de sus ítems ($M=4.2$; $DE=0.8$), especialmente en la apertura de espacios para conocer las creencias motivaciones de los estudiantes (60% “Muy de acuerdo” en ítem 29). No obstante, el ítem 32, referente a proporcionar oportunidades para la reflexión con los estudiantes, mostró la mayor concentración de indecisión (35%).

Este hallazgo es una brecha crítica que debe destacarse, ya que la reflexión y el razonamiento clínico son componentes esenciales de la tutoría clínica actual. La indecisión puede sugerir que los tutores: a) carecen de metodologías pedagógicas específicas para estructurar y guiar la reflexión de manera efectiva (por ejemplo, a través de diarios de campo o preguntas metacognitivas y no solo a través de la discusión espontánea), y b) el proceso de reflexión, al demandar tiempo protegido, es a menudo sacrificado para priorizar la labor asistencial, evidenciando el conflicto de rol, tratado en el Eje I (Folkford y Risa, 2023; Huang et al., 2024; Rodríguez et al., 2018;).

En resumen, los resultados en este eje sugieren que los tutores de APS en este centro son conscientes y valoran los elementos humanistas (clima y confianza) y procedimentales de su rol. Sin embargo, la dispersión y la indecisión en los ítems de planificación de la práctica, estructuración de la reflexión y gestión de los tiempos indicarían que estas son las áreas críticas que un programa de capacitación debería abordar para fortalecer la calidad pedagógica en los centros de salud.

Eje IV: Autopercepción de conocimientos pedagógicos vs. formación pedagógica

El hallazgo predominante del estudio radica en la elevada autopercepción de conocimiento pedagógico manifestada por los tutores clínicos, desarrollando una comparación de conocimientos pedagógicos con respecto a la formación en habilidades pedagógicas correspondiente al tercer objetivo específico, con un 95% de los participantes posicionados en los niveles “Alto” o “Muy Alto”. Lo más relevante es que esta alta autovaloración se sostuvo sin una diferenciación significativa al

comparar tutores que declararon poseer formación en habilidades pedagógicas (HP) ($M=4.3$) con aquellos que no la tienen ($M=3.96$). Lo cual es consistente con estudios transversales realizados en tutores de formación de enfermería especializada (Berlanga et al., 2023).

Este resultado, si bien podría interpretarse superficialmente como la irrelevancia de la formación formal y teniendo en cuenta que solo un profesional sin HP se auto-percibió con un nivel bajo de conocimiento pedagógico, existe un balance homogéneo de profesionales con y sin formación en HP. Desde una perspectiva académica, la alta valoración en un contexto de autoevaluación sugiere la presencia de un posible sesgo de autoeficacia elevada (Elizalde y Reyes, 2009; Bourne et al., 2021). Este efecto se ha denominado en la literatura como Dunning-Kruger (EDK), donde la falta de conocimiento disminuye la conciencia de las propias limitaciones especialmente en ausencia de una evaluación externa (Rahmani, 2020; Rodriguez et al., 2020). La literatura en educación superior en salud documenta que la autopercepción docente es consistentemente más optimista en comparación con la evaluación de sus estudiantes (Riquelme-Silva y Santelices, 2021; Rivera, 2022).

Es posible que los tutores, que ya poseen una alta competencia asistencial producto de su experiencia clínica, tiendan a extrapolar intuitivamente esta experticia disciplinar a su rol docente, generando una percepción inicial de alta capacidad para enseñar la clínica, lo que podría confundir la competencia clínica con la competencia pedagógica (Arauz y Lee, 2024).

Sin embargo, la falta de distinción en la autopercepción difiere de la evidencia que sustenta la importancia de la formación en HP para el desarrollo de competencias docentes. La literatura argumenta que la adquisición de HP es fundamental para estimular el razonamiento clínico, facilitar la aplicación del conocimiento y asegurar una tutoría de calidad (Hiebert et al., 2007; Navarro-Hernández et al., 2021; Palma et al. 2020). El desafío radica en la necesidad de diferenciar entre el dominio del conocimiento disciplinar y las “competencias” docentes - habilidades pedagógicas- requeridas para la docencia efectiva (Angulo y Redon, 2010).

Esto podría plantear que aquellos autores no han sido expuestos a currículos pedagógicos formales podrían extrapolar su alta competencia asistencial a su rol docente de manera intuitiva (Palma et al., 2020; Rose 2020), lo que, según estudios cualitativos, se relaciona con metodologías basadas en la experiencia personal y la intuición más que en estrategias pedagógicas estructuradas (Carrasco & Dois, 2020). Lo que podría también estar vinculado al compromiso con el rol docente que lleva a estos profesionales a aceptar voluntariamente la función de tutoría clínica teniendo o no capacitación al respecto (López et al., 2022).

A nivel interno, en este alto puntaje global se pueden identificar algunas debilidades, específicamente en algunos ítems. Por ejemplo, en la dimensión III (Supervisión de Práctica) se observa mayor dispersión o medias más bajas, lo que indica un área de indecisión. Esto sugiere que la alta autoeficacia declarada no se traduciría en la aplicación de algunos aspectos metodológicos de la docencia clínica, como el conocimiento del plan curricular y diagnóstico de habilidades cognitivas.

Por lo tanto, este hallazgo no desestima la necesidad de formación docente. En su lugar, refuerza la necesidad de que dicha formación incorpore componentes de reflexión y feedback sistemático que motive al tutor a contrastar su práctica intuitiva con los estándares de una tutoría clínica consciente, reflexiva (Vaughan, 2020) y de calidad basados en la evidencia, evitando, por consiguiente, este tipo de sesgos (Vasco Delgado et al., 2025).

6. CONCLUSIONES

El hallazgo principal que emerge de esta investigación es la existencia de una autopercepción predominantemente positiva y elevada de conocimientos pedagógicos entre los tutores clínicos.

En relación con el objetivo 1, existen los factores demográficos que podrían influir en las competencias docentes como la experiencia profesional, la cual por sí sola no se tradujo en una autopercepción superior en todas las dimensiones. De hecho, con el grupo de mayor trayectoria se registró una autopercepción más crítica y baja en la dimensión “supervisión de práctica”, particularmente en ítems de planificación y alineación curricular. Esto se interpreta como la manifestación de un posible conflicto de rol donde la sobrecarga asistencial en la APS podría obstaculizar la aplicación de una docencia rigurosa y planificada. Por otro lado, el grado académico no se asoció con una autopercepción significativamente superior respecto a los licenciados, reforzando la noción de que la formación académica general no sustituye la necesidad de una capacitación específica y formal en pedagogía clínica.

En relación con el objetivo 2, reveló un patrón de contraste entre las fortalezas humanistas u las debilidades metodológicas. En primer lugar, existe un claro consenso y alta valoración en la creación de un entorno de aprendizaje positivo, basado en la confianza y el clima de acogida, y una alta conciencia sobre la importancia del *feedback* periódico como herramienta de avance procedimental. Por el otro lado, las áreas de mayor dispersión o indecisión se concentraron en los componentes de planificación y alineación curricular, como también en la estructuración de oportunidades para la reflexión sistemática del estudiante. Estas debilidades sugieren la persistencia de una práctica tutorial basada en la intuición y la experiencia, la cual se ve limitada por la falta de tiempo protegido y la ausencia de metodologías pedagógicas estructuradas para la docencia clínica.

En relación con el objetivo 3, al analizar la relación con la variable de interés (HP), se constató que esta alta percepción no presentó grandes diferencias entre el

grupo que, si poseía formación en HP y el que no, excepto en algunas dimensiones según experiencia clínica y grado académico. Este resultado subraya una posible discrepancia entre la autoeficacia declarada y las competencias metodológicas reales lo que, según la literatura, podría estar asociado a un sesgo de autoeficacia elevada.

Los hallazgos de esta investigación tienen implicaciones para el desarrollo profesional y los programas de formación docente en salud, orientado hacia las brechas identificadas. En primer lugar, los programas de capacitación deben incorporar metodologías que motiven a los tutores a contrastar su práctica intuitiva con los estándares de calidad basados en la metodología de enseñanza actual, así fomentar una tutoría clínica consiente y reflexiva. En segundo lugar, la formación debe priorizar el desarrollo de habilidades de planificación, diagnóstico de habilidades cognitivas iniciales y esencialmente, la adquisición de estrategias estructuradas para la reflexión, más allá que la discusión espontánea. Por último, se requiere integrar estrategias de gestión del tiempo y el conflicto de rol asistencial-docente, especialmente para el tutor de mayor experiencia. Las instituciones de salud y educativas deben generar tiempos protegidos y un sistema de orientación curricular formal que facilite al tutor el conocimiento de los planes de estudio y objetivos del internado, así cumplir con las normas de sana convivencia y protección de la salud mental en los campos clínicos.

7. LIMITACIONES

Es fundamental reiterar que la naturaleza de este estudio dado el tamaño muestral ($N=20$), los resultados son descriptivos y específicos para el grupo de tutores clínicos estudiados, por lo que no son generalizables al universo total de tutores de APS. Las asociaciones observadas son tendencias que orientan a la comprensión del fenómeno, pero no establecen causalidad ni significancia estadística.

Si bien este enfoque proporciona información valiosa sobre la autoeficacia y la conciencia de la función, la literatura documenta que la autopercepción docente tiende a ser más optimista en comparación con las evaluaciones realizadas por los observadores externos o los propios estudiantes (Riquelme-Silva y Santelices, 2021; Rivera, 2022).

Esta dependencia de la autoevaluación implica posibles sesgos de autoeficacia elevada, por lo que el alto puntaje global debe interpretarse con la cautela metodológica de no corresponder con la aplicación de dichas competencias en la práctica clínica. Este factor refuerza la necesidad de contrastar estos resultados con métodos de evaluación que incluyan la perspectiva del estudiante.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez-Helle, C., Ortiz-Moreira, L., & Perez-Villalobos, C. (2018). Percepción de las competencias docentes del tutor clínico según estudiantes de odontología de universidad chilena. *Revista Cubana de Educación Médica Superior.*, 32(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000200010&lng=es&nrm=iso
- Angulo, F., & Redon, S. (2011). Competencias y contenidos: cada uno en su sitio en la formación docente. *Estudios Pedagógicos*, 37(2), 281–299. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173520953016>
- Araus Tapia, J., Lee-Muñoz, X., & San José Santiago Chile, H. (2024). Autoeficacia: factores intervinientes según las opiniones de docentes clínicos durante los años 2021-2022. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 21(2), 121–127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9833912>
- Arriagada, V., Devia, J., Gallardo, J., & Villagrán, M. (2023). Salud Mental y vivencias en la práctica clínica en la construcción de competencias profesionales en estudiantes de obstetricia. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 20(2), 86–89. <https://recs.udec.cl/article/salud-mental-y-vivencias-en-la-practica-clinica-en-la-construccion-de-competencias-profesionales-en-estudiantes-de-obstetricia/>
- Ballart Espinosa, M. J., González de la Vega, J. I., Larraín Castellón, S. A., Muñoz Ferrada, F. I., Pérez Brunet, S. C., & Andresen, M. (2020). Experiencia del internado de medicina durante la pandemia por Covid-19. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 45(3), 72–75. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i3.1725>
- Bastías Silva, G. (2023). Sistema de Salud chileno Pasado, Presente e incertidumbres del futuro. *Revista Chilena Enfermedades Respiratorias*,

<https://revchilenfermrespir.cl/index.php/RChER/article/view/1140>

Berlanga Fernández, S., Villafáfila Ferrero, R., Rodríguez Monforte, M., Pérez Cañaveras, R. M., & Vizcaya Moreno, F. (2023). Autopercepción en competencias docentes en tutores/as de formación sanitaria especializada: estudio transversal. *Revista ROL de Enfermería*, 46(2), 104–115. <https://doi.org/https://doi.org/10.55298/ROL2023.4522>

Bettancourt, L., Muñoz, L., Barbosa, M., & dos Santos, M. (2011). El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1197–1204. <https://doi.org/DOI:10.1590/S0104-11692011000500018>

Bitran, M., Mena, B., Riquelme, A., Padilla, O., Sánchez, I., & Moreno, R. (2010). Desarrollo y validación de un instrumento en Español para evaluar el desempeño de docentes clínicos a través de las percepciones de sus estudiantes. *Revista Médica de Chile*, 138, 685–693. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000600004>

Bourne, M. J., Smeltzer, S. C., & Kelly, M. M. (2021). Clinical teacher self-efficacy: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 52, 103029. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103029>

Bradshaw, C., Murphy Tighe, S., & Doody, O. (2018). Midwifery students' experiences of their clinical internship: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today*, 68, 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.019>

Burgess, A., Oates, K., & Goulston, K. (2016). Clinical Tutors Role modelling in medical education: the importance of teaching skills. *The Clinical Teacher*, 13(2), 134–137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/tct.12397>.

Capper, T., Muurlink, O., & Williamson, M. (2021). Social culture and the bullying of midwifery students whilst on clinical placement: A qualitative descriptive

exploration. *Nurse Education in Practice*, 52.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103045>

Carrasco, P., & Dois, A. (2020). Perfil de competencias del tutor clínico de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería experto. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 23(2), 81.
<https://doi.org/10.33588/fem.232.1048>

Carrasco, J. P., Ferrando, M., Jiménez, M., Martín, J., Martínez, E., Martínez, L. C., Paz, V. S., Pérez, J., Ramírez, E., Sánchez, D. A., Vega, S., & Viadel, M. (2021). Are medical residents overloaded? Descriptive study which investigates the absence of the mandatory days-off after an on-call period and its impact in the resident's medical education in the Province of Valencia. *Educación Médica*, 22, 98–105.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.005>

Carvajal Tello, N., Daza Arana, J., Urrea Arango, D., Segura Ordoñez, A., Vásquez Moreno, C., Solarte Rosero, A., & Pinto Narváez, K. (2023). Nivel de satisfacción de la simulación clínica en estudiantes de fisioterapia de una institución de educación superior de la ciudad de Cali-Colombia. *Retos: Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, 48, 60–68.
<https://doi.org/https://doi.org/10.47197/retos.v48.93099>

Chigavazira, J., Fernandez, R., Mackay, M., & Lapkin, S. (2018). Adaptation and validation of the clinical supervision self-assessment tool among registered nurses. *Nurse Education Today*, 70, 28–33.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.008>

Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración Alma-ata. Organización Mundial de la salud. 12 de septiembre de 1978.
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

- Cook, M. P., & Álvarez, E. (2009). Características del docente clínico de Enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 20(2), 53–61. <https://revistachilenadederecho.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12406>
- Da, V., Rybertt, B., Palma, S., Arteaga San Martín, R., Pinto, C. A., & Maldonado, P. C. (2022). Razonamiento clínico en carreras de la salud: percepción de estudiantes y docentes. *Revista Médica de Chile*, 150(11), 1526–1533. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001101526>
- De Diego, M., & Rueda, M. (2012). La evaluación docente en educación superior: uso de instrumentos de autoevaluación, planeación y evaluación por pares. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 3(2), 59–76. <https://doi.org/10.18175/vys3.2.2012.04>
- Decreto 908 de 1991 [Ministerio de Salud]. Modifica Reglamento de la Ley N°15.076, en lo relativo a la Comisión Nacional Docente Asistencial. 14 de octubre 1991. <https://www.bcn.cl/leychile/Navegar?idNorma=16153>
- Dybowski, C., Kriston, L., & Harendza, S. (2016). Psychometric properties of the newly developed Physician Teaching Self-Efficacy Questionnaire (PTSQ). *BMC Medical Education*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0764-4>
- Ebbeling, S., Adam, L., Meldrum, A., Rich, A., McLean, A., & Aitken, W. (2018). Oral Health and Dental Students' Perceptions of Their Clinical Learning Environment: A Focus Group Study. *Journal of Dental Education*, 82(10), 1036–1042. <https://doi.org/10.21815/jde.018.102>
- Elizalde, L., & Reyes, R. (2008). Elementos clave para la evaluación del desempeño de los docentes. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, Número Especial. <http://redie.uabc.mx/NumEsp1/contenido-elizaldereyes.html>
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos*:

Nuevas Perspectivas (pp. 83–96). <https://uchile.cl/dam/jcr:23b22d50-0a9b-48fa-975e-521ead5e7799/014-pautas.pdf>

Embo, M., & Valcke, M. (2019). Improving student midwives' workplace learning by moving from self- to co-regulated learning! *Women and Birth*, 32(3), e384–e390. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.004>

Esnouf, S., Burgos-De La Vega, S., & Pesse-Sorensen, K. (2020). Aportaciones de una práctica de promoción de salud comunitaria a la formación profesional de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile. *Fundación Educación Médica*, 23(3), 135–139. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.33588/fem.233.1057>

Espinoza Freire, E. (2021). Importancia de la retroalimentación formativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(4), 389–397. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000400389

Falchikov, N. (2005). Improving Assessment through Student's Involvement: Practical Solutions for Aiding Learning in Higher and Further Education. (1) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203220993>

Flores Moran, J. F. (2019). La relación docente- alumno como variable mediadora del aprendizaje. *Revista San Gregorio*, 1(35). <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i35.957>

Folkvord, S. E., & Risa, C. F. (2023). Factors that enhance midwifery students' learning and development of self-efficacy in clinical placement: A systematic qualitative review. *Nurse Education in Practice*, 66, 103510. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103510>

Fondo Nacional de Salud. División de Desarrollo Institucional, & Departamento de Estudios y Estadísticas. (2023). *Tablero de población inscrita en establecimientos de atención primaria*. <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/minisitio/tablero-eaps>

- García, B., Valencia, A., & Pineda, V. J. (2012). Diseño y validación de un instrumento para la auto-evaluación de competencias docentes. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 5(1e), 66–83. <https://doi.org/https://doi.org/10.15366/riee2012.5.1.006>
- García, N., Asensio, I., Carballo, R., García, M., & Guardia, S. (2005). La tutoría universitaria ante el proceso de armonización europea. *Revista de Educación*, 337, 189–210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1271373>
- Halton, J., Ireland, C., & Vaughan, B. (2024). The transition of clinical nurses to nurse educator roles – A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 78, 104022. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104022>
- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
- Health Workforce Australia. (2014). *Clinical-Supervision-Skills-Review-Tool-Word*. <https://vicknowledgebank.net.au/wp-content/uploads/Clinical-Supervision-Skills-Review-Tool-Word.docx>
- Hernández Sampieri, Roberto., & Mendoza Torres, C. Paulina. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education. https://santic.cl/mt-content/uploads/2024/09/hernandez_metodologia-investigacion-las-rutas.pdf
- Hiebert, J., Morris, A. K., Berk, D., & Jansen, A. (2007). Preparing teachers to learn from teaching. *Journal of Teacher Education*, 58(1), 47–61. <https://doi.org/10.1177/0022487106295726>
- Huang, J., Huang, C., Chen, J., & Huang, K. (2024). Perception of clinical teachers about their roles and current practice at affiliated hospitals of medical universities in China. *Medical Education Online*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2325182>

Illesca Pretty, M., Cabezas González, M., Nuin Orrio, C., & Jürschik Jiménez, P. (2010). Competencias del Docente Clínico Enfermera/o, Universidades Lleida (España) y La Frontera (Chile): Percepción del Estudiante. *Ciencia y Enfermería XVI*, 2, 99–106.

Isla, J. (2023, July 7). *Fonasa recibe 700 mil nuevos beneficiarios en un año por salida desde isapres*. Diario Financiero. <https://www.df.cl/empresas/salud/fonasa-recibe-700-mil-nuevos-beneficiarios-en-un-ano-con-una-creciente>

Kambourova, M. (2020). ¿Qué falta por comprender sobre el concepto autoevaluación (del aprendizaje) en educación superior? Una mirada diferente desde su historia. *Revista Da Avaliação Da Educação Superior (Campinas)*, 25(3), 640–658. <https://doi.org/10.1590/s1414-40772020000300007>

Kishore, V., & Yadav, A. (2023). Impact of COVID-19 on academics and training of undergraduate and postgraduate medical students. *International Journal of Academic Medicine and Pharmacy*, 5(1), 823–825. <https://doi.org/10.47009/jamp.2023.5.1.171>

Kottow, M. H. (2003). The vulnerable and the susceptible*. *Bioethics*, 17, 5–6. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00361>

López Marín, A., & Osorio Pérez, A. (2022). Experiencia de supervisoras de internado de enfermería respecto a su rol docente-asistencial: una investigación fenomenológica. *Cuidados de Enfermería y Educación En Salud*, 7(1), 45–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.15443/ceyes.v7i1.1658>

Luders, E., Cooper, S., Cant, R., Waters, D., Tower, M., Henderson, A., Hood, K., Willetts, G., Ryan, C., & Reid-Searl, K. (2021). Nursing degree students' clinical placement experiences in Australia: A survey design. *Nurse Education in Practice*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103112>

Ley 19.628 de 1999. Sobre protección de la vida privada. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. 18 de agosto 1999. <https://bcn.cl/3a0fp>

Luo, R. zhen, Liu, J. ying, Zhang, C. mei, & Liu, Y. hui. (2021). Chinese version of the clinical supervision self-assessment tool: Assessment of reliability and validity. *Nurse Education Today*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104734>

McArthur, L. (2016). *Developing clinical teacher's self-efficacy in Australian general practice* [Thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy]. The University of Adelaide.

McLeod, C., Jokwiro, Y., Gong, Y., Irvine, S., & Edvardsson, K. (2021). Undergraduate nursing student and preceptors' experiences of clinical placement through an innovative clinical school supervision model. *Nurse Education in Practice*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102986>

Nicol, D., & MacFarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and selfregulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education*, 31(2), 199–218. <https://doi.org/10.1080/03075070600572090>

Norma técnica administrativa n°19 de 2017 [Ministerio de Salud] Aprueba Norma Técnica Administrativa Que Regula La Relación Asistencial Docente y Establece Proceso de Asignación de Campo Clínico Docente de Formación Profesional y Técnica de Pregrado. 5 de septiembre de 2017

Navarro Hernández, N., Illesca Pretty, M., Cerda González, C., Rojo Venegas, R., González Osorio, L., & Gittermann Cid, R. (2021). Evaluación del desempeño docente clínico: diseño y validación de un instrumento. *Investigación En Educación Médica*, 10(37), 61–70. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.37.20264>

- Nerali, J., Chakravarthy Pishipati, V., Telang, L., & Telang, A. (2021). Dental students' perception towards feedback during clinical training. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 9(1), 62. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_212_20
- Noble, C., Billett, S., Armit, L., Collier, L., Hilder, J., Sly, C., & Molloy, E. (2020). "It's yours to take": generating learner feedback literacy in the workplace. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 55–74. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09905-5>
- Nurse educator core competencies. (2016). World Health Organization, 17. https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_educator050416.pdf
- Olascoaga, A. C., Aphang, M., Prevost, Y., Loza, C., Pizarro, M., Riquelme, A., & Caballero, J. I. (2021). Validez y confiabilidad de los resultados del instrumento MEDUC-PG14 para medir el desempeño docente en la residencia médica en Perú. *Revista Médica Chile*, 149, 920–927. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000600920>
- Otárola Millar, Y., Illesca Pretty, M., & Hernández Díaz, A. A. (2021). El rol del supervisor de campo clínico en Enfermería: perspectiva estudiantil. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 42–57. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2082>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Palma, P., Williams, C., & Santelices, L. (2020). Las percepciones del tutor clínico sobre su desempeño docente: un estudio reflexivo. *Revista Médica Chile*, 148, 535–541. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400535>

- Parada-Lezcano, M., Parrao-Achavar, F., Gurovich-Herrera, J., & Palacios-Saldivia, J. (2022). Perceptions about formative instances in primary care in medical students: a qualitative research. *Investigacion En Educacion Medica*, 11(42), 30–41. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21400>
- Parra Acosta, H., Benavides Olivera, J., García Acosta, V., Tobón Tobón, S., López González, J., Monje Martínez, J., Favela Campos, R., González Ortiz, S., Sánchez Cañas, G., Carrazco Palafox, J., Rodríguez Arroyo, C., & Contreras Mayén, G. (2015). *Las competencias del docente de medicina y sus implicaciones en el desempeño académico del médico en formación* (Primera, Vol. 1). Pearson. <https://www.uaem.mx/sites/default/files/facultad-de-medicina/descargas/las-competencias-del-docente-de-medicina.pdf>
- Paúl, F., Caro, I. (5 septiembre 2024). Un nuevo suicidio de un estudiante de Medicina en Chile impacta a las facultades de Salud del país. <https://www.bbc.com/mundo/articles/c5y5ze78l42o>
- Pesse-Sorensen, K., Burgos de la Vega, S., & Esnouf Mannion, S. (2022). Formación médica en contextos de Atención Primaria Rural en Chile. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 3072. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3072](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3072)
- Pitkänen, S., Kääriäinen, M., Oikarainen, A., Tuomikoski, A. M., Elo, S., Ruotsalainen, H., Saarikoski, M., Kärämänoja, T., & Mikkonen, K. (2018). Healthcare students' evaluation of the clinical learning environment and supervision – a cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 62, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.005>
- Pizarro, M., Solís, N., Rojas, V., Díaz, L. A., Padilla, O., Letelier, L. M., Aizman, A., Sarfatis, A., Olivos, T., Soza, A., Delfino, A., Latorre, G., Ivanovic-Zuvic, D., Hoyl, T., Bitran, M., Arab, J. P., & Riquelme, A. (2015). Development of MEDUC-PG14 survey to assess postgraduate teaching in medical

specialties. *Revista Medica de Chile*, 143(8), 1005–1014.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000800007>

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2025). *Docencia Clínica Tutorial para Profesionales de la Salud*.
<https://educacioncontinua.uc.cl/programas/docencia-clinica-tutorial-para-profesionales-de-la-salud/>

Prieto-Villalobos, J. (2020). *Conceptualización de la supervisión clínica de enfermería en el hospital Dr. Exequiel González Cortés, y su contraste con el marco legal de formación de capital humano en salud de Chile* [Tesis para optar al grado de Magister Educación en Ciencias de la Salud]. Universidad de Chile.

Rahmani, M. (2020). Medical Trainees and the Dunning-Kruger Effect: When They Don't Know What They Don't Know. *Journal of Graduate Medical Education*, 12(5), 532–534. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-20-00134.1>

Rico-Reintsch, K. I. (2019). Uso de autoevaluación docente como herramienta innovadora para el mejoramiento de las asignaturas universitarias. *Revista CEA*, 5(10), 69–81. <https://doi.org/10.22430/24223182.1445>

Riquelme-silva, M., & Santelices, L. (2021). Percepciones de estudiantes y docentes acerca de las competencias del tutor clínico en odontología: estudio descriptivo. *Revista Fundación Educación Médica*, 24(1), 21–25.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.33588/fem.241.1107>

Rivera Jiménez, C. (2022). Autopercepción de los docentes y la percepción de los alumnos sobre su dominio de las competencias profesionales necesarias para impartir cursos en línea. *Hispanic Educational Technology Services*, 12(2), 122–148. <https://doi.org/https://doi.org/10.55420/2693.9193.v12.n2.57>

Reinoso Gonzalez, E. (2019). *Relación entre las competencias docentes de los tutores clínicos con las variables sociodemográficas y académicas* [Tesis para optar al grado en educación médica para las ciencias de la salud]. Universidad de Concepción.

Resolución Exenta N°1416 de 2023 [Facultad de Medicina. Universidad de Chile]. Aprueba renovación y actualización del convenio docente asistencial docente suscrito entre Hospital del Salvador y la Facultad de Medicina Universidad de Chile. 14 de junio 2023.

Rodríguez Salvador, J., & Arboniés Ortiz, J. (2018). El feedback como herramienta docente en la formación clínica. 1.a parte. *Educacion Medica*, 19(2), 120–124. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.02.001>

Rodríguez-Cabello, J., Ortiz-Lopez, N., Olea-Gangas, C., Cortés-Chau, F., & Jerez-Yañez, O. (2020). Los atributos de un tutor clínico de excelencia: una revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 148, 1339–1349. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901339>

Rose, S. (2020). Medical Student Education in the Time of COVID-19. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2131–2132. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5227>

Ryan, C., Cant, R., Ossenberrg, C., Ahchay, D., Hughes, L., & Bogossian, F. (2024). Competency domains for registered nurse preceptor professional development: Evidence from a modified e-Delphi study. *Nurse Education in Practice*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103952>

Sánchez, I. (2009). La carrera académica del Profesor Clínico de Medicina. *Revista Médica de Chile*, 137, 1113–1116. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000800018>

Sánchez Rodríguez, J. R., & Torres Esperon, J. M. (2022). Validación de escala para medir conocimientos pedagógicos del mentor de enfermería en

conducción de prácticas. *Index de Enfermería Digital*, 31(3), 204–208.
<https://doi.org/10.58807/indexenferm20225146>

Soto, L., Soto, J., & Riquelme, F. (2021). Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 32(4), 373–378.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.001>

Stalmeijer, R. E., Dolmans, D. H. J. M., Wolfhagen, I. H. A. P., Muijtjens, A. M. M., & Scherpbier, A. J. J. A. (2010). The maastricht clinical teaching questionnaire (MCTQ) as a valid and reliable instrument for the evaluation of clinical teachers. *Academic Medicine*, 85(11), 1732–1738.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f554d6>

Subsecretaría de Redes Asistenciales. Aprueba Norma General Técnica y Administrativa-Nº18, Sobre Asignación y Uso de Los Campos de Formación Profesional y Técnica En El Sistema Nacional de Servicios de Salud y Normas de Protección Para Sus funcionarios, Académicos, Estudiantes y Usuarios., (2010).
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/8ebd4726de70318ae04001011f015a1a.pdf>

Superintendencia de Educación Superior. Sana Convivencia y Protección de la Salud Mental en Campos Clínicos. Norma de Carácter General (2025)
<https://www.sesuperior.cl/wp-content/uploads/2025/07/2-NCG-4.pdf>

Universidad Central. (s.f.). *Curso Herramientas Básicas para la Tutoría Clínica con Sello en Humanización en Salud*. <https://www.ucentral.cl/educacion-continua/famedsa/curso/curso-herramientas-basicas-para-la-tutoria-clinica-con-sello-en>

Universidad del Desarrollo. (2025). *Diplomado en Educaceón en Docencia Clínica*.
<https://medicina.udd.cl/ver-diplomado/diplomado-en-educacion-en-docencia-clinica-18/>

Universidad Finis Terrae. (2025) *Diplomado en Docencia Clínica y Tutorías en Carreras de Ciencias de la Salud*. <https://postgrados.uft.cl/programas/facultad-de-medicina/diplomado-en-docencia-clinica-y-tutorias-en-carreras-de-ciencias-de-la-salud/>

Universidad de Chile. (2025) *Curso de Buenas Prácticas Docentes en Carreras de la Salud*. <https://medichi.uchile.cl/curso-buenas-practicas-docentes-en-carreras-de-la-salud/>

Valenzuela-Valenzuela, D., Bastías-Vega, N., & Pérez-Villalobos-, C. (2021). Resultados de una capacitación sobre retroalimentación efectiva para tutores clínicos de internado de universidades chilenas. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 24(4), 183. <https://doi.org/10.33588/fem.244.1134>

Vaughan, B. (2015). Developing a clinical teaching quality questionnaire for use in a university osteopathic pre-registration teaching program. *BMC Medical Education*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0358-6>

Vaughan, B. (2020). Clinical educator self-efficacy, self-evaluation and its relationship with student evaluations of clinical teaching. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02278-z>

Vasco Delgado, J. C., Macas Padilla, B. A., Aguirre Aguirre, K. M., Vasco Delgado, L. A., Yépez González, D. A., Solís Franco, G. C., Mero Baquerizo, C. A., & Paucar Moreno, J. P. (2025). Del saber al saber ser: competencias docentes y habilidades blandas en la universidad contemporánea. *South Florida Journal of Development*, 6(6), 01–31. <https://doi.org/10.46932/sfjdv6n6-070>

Vega-Malagón, G., Ávila-Morales, J., Vega-Malagón, A., Camacho-Calderón, N., Becerril-Santos, A., Leo-Amador, G., (2014). Paradigmas en la Investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 10(15), 1857–7881. <https://core.ac.uk/reader/236413540>

- Ventura-León, J. L., & Barboza-Palomino, M. (2017). ¿Es posible generalizar en estudios cualitativos? *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(1), 325.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.31682016>
- Villavicencio-Martínez, R.-A., & Luna-Serrano, E. (2017). Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la competencia de supervisión clínica en Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 8(22), 144–162.
<http://ries.universia.net>

9. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Tutores Clínicos de APS, Puerto Montt

Estimada/o tutor clínico:

Mediante el presente documento, se invita a usted a participar de la investigación “Autoevaluación de tutores clínicos en Atención Primaria de Salud (APS) en Puerto Montt: Análisis de la relación entre la formación en habilidades pedagógicas y nivel de conocimiento pedagógico autopercebido como guía de estudiantes de pregrado”; A cargo del investigador responsable Javiera Parada Meza, estudiante del Magister en Educación Universitaria para Ciencia de la Salud, Facultad de Odontología, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia. El objetivo de este documento es entregarle información que le permitirá evaluar y decidir participar o no en este estudio.

Esta investigación tiene como objetivo general “Relacionar la formación en habilidades pedagógicas y el nivel de conocimiento pedagógico autopercebido por tutores clínicos al trabajar con estudiantes de pregrado en centros de salud de la comuna de Puerto Montt en 2025”; Mediante el estudio se busca recopilar información de forma anónima, sobre el nivel de conocimiento de tutores clínicos en cuanto a la formación de habilidades pedagógicas y de cómo estas se relacionan con su quehacer en box junto al estudiante en práctica, para generar la necesidad de creación de programas formativos específicos para profesionales que se desempeñan como tutores clínicos. La investigación presenta criterios de inclusión y exclusión para los participantes. Se incluirán en este estudio todos los profesionales de Salud que trabajen en la red de APS de la ciudad de Puerto Montt; que hayan desempeñado funciones clínicas durante el año 2024 con contrato a plazo fijo, indefinido y honorario; que hayan desempeñado funciones como tutoría y/o supervisión clínica y que pertenezcan a los estamentos de Médicos; Odontólogos, Matronas; Enfermeras; Kinesiólogos; Nutricionistas; Fonoaudiólogos

y Terapeuta ocupacionales. Se excluirán de este estudio a aquellos profesionales que cuenten con labores administrativas y no clínicas en box; que no hayan recibido estudiantes en el último año; que pertenezcan al equipo investigador; que no se desempeñen en APS y profesionales que se nieguen a participar del estudio. Posterior a este consentimiento informado, se realizarán preguntas preliminares al instrumento acorde a dichos criterios para la evaluación de la pertinencia al estudio, en ese caso aquellos profesionales que no cumplan con los criterios de elegibilidad podrían no ser contactados posteriormente para la aplicación del instrumento. Aun así, toda información será resguardada y confidencial.

Su participación en el estudio es completamente VOLUNTARIA. Usted puede decidir participar o abandonar el mismo en cualquier momento, sin que esto implique un acto “*punitivo*” sobre su accionar como tutor clínico. En este caso sus datos serán retirados de la investigación.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, correlacional de corte transversal. Su participación consistirá en responder, por una única vez, un cuestionario digital de 55 preguntas, con una duración aproximada de 15 minutos que está constituido por dos secciones: 1) Categorización sociodemográfica como edad, sexo, profesión, experiencia profesional entre otras y 2) Instrumento: Escala para medir conocimiento pedagógico.

Esta investigación no implica riesgos en su bienestar físico ni mental, tal vez usted pueda sentir algún grado de ansiedad o presión respecto a su experiencia como tutor clínico, al mismo tiempo tal vez pueda sentir que se vulnera su privacidad en su libertad de cátedra, puesto que algunas preguntas del cuestionario apuntan a su despliegue en el uso de estrategias de aprendizajes usadas con sus estudiantes en el desempeño de experiencias clínicas. Sin embargo, en NINGÚN MOMENTO del estudio, se juzgará la pertinencia de las estrategias o herramientas usadas por usted con los estudiantes y los investigadores se comprometen en manejar la información con la máxima DISCRECIÓN Y CONFIDENCIALIDAD. Nos interesa como investigadores; recoger sus experiencias y vivencias con fines académicos y

científicos, por eso solicitamos que pueda reflexionar sobre su desempeño durante su aplicación.

Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar del presente estudio. Su participación es una contribución al desarrollo de la ciencia y el conocimiento de la enseñanza, sus distintos diseños y formas de conducir los aprendizajes significativos de los estudiantes en los centros de formación, materializando los objetivos y resultados de aprendizajes de asignaturas profesionalizantes con prácticas. Solo con la contribución solidaria de muchos profesionales como usted será posible comprender como incide la formación pedagógica del tutor en los aprendizajes y evaluación efectiva de las prácticas clínicas en su desempeño profesional.

Para contestar el instrumento usted no debe cancelar ningún monto de dinero ya que la participación es voluntaria y vía online mediante un formulario "Google Form".

La información que usted dará en el curso de la investigación se manejará con estricta confidencialidad y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted en ninguna circunstancia, dicha información será resguardada según criterios de la ley 20.584 que datan de 15 años. El cuestionario que usted responda, se le asignará un código. Los investigadores solo manejarán códigos, no se solicitarán datos como su nombre ni correo electrónico, guardando en todo momento el anonimato de la información e identidades. La base de datos está resguardada por contraseña, y es de uso exclusivo de los investigadores. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en reuniones científicas, pero su identidad no será jamás divulgada. Los resultados finales de la investigación serán proporcionados a los directores de establecimientos participantes los cuales están encargados de bajar y proporcionar la información.

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento informando de esta decisión vía escrita donde se eliminarán los datos correspondientes al código asignado en la base de datos.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias y comprensibles de todas sus consultas.

Si tengo dudas sobre mi participación en este estudio, comentarios, preocupaciones relacionadas con la conducción de esta investigación, así como preguntas sobre mis derechos al participar en el estudio, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Mat. Javiera Parada Meza, al teléfono: +569-99771555 o al e-mail: jparadam@correo.uss.cl, como también puedo dirigirme al Comité de Ética Científico del Servicio de Salud del Reloncaví, al mail: comiteeticocientifico@ssdr.gob.cl o al teléfono 652771725.

Declaración de consentimiento

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar del estudio en el momento que lo desee. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.
- Al momento de la firma, se me entregará una copia de este documento PDF vía mail en un plazo no mayor a 48 hrs.

Acepto participar: ____

No acepto participar: ____

Tutor Clínico

Nombres y Apellidos: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Investigador Responsable

Nombres y Apellidos: Javiera Parada Meza

Correo electrónico: jparadam@correo.uss.cl

Fecha: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Ministro de fe

Nombres y Apellidos: Fernanda Soto Cárdenas

Correo electrónico: fsotoc14@correo.uss.cl

Fecha: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Anexo 2: Instrumento

Sección 1: Categorización sociodemográfica

Edad

< 25 años

26 – 35 años

36 – 45 años

46 – 55 años

56 – 65 años

+66 años

Sexo

Femenino

Masculino

	Otro
Profesión	<p>Medico</p> <p>Odontólogo</p> <p>Matrón</p> <p>Kinesiólogo</p> <p>Enfermero</p> <p>Nutricionista</p> <p>Fonoaudiólogo</p> <p>Terapeuta Ocupacional</p>
Experiencia profesional	<p><5 años</p> <p>6 – 15 años</p> <p>16 – 25 años</p> <p>26 – 35 años</p> <p>36 +</p>
Grado Académico	<p>Licenciado</p> <p>Magister</p> <p>Doctorado</p>
Formación en habilidades	Si
Pedagógicas (Curso, Diplomado, Magister o Doctorado)	No
Tutoría clínica y/o supervisión de alumnos en el último año	<p>Si</p> <p>No</p>

Sección 2: Instrumento – Escala para medir conocimiento pedagógico

Responda las siguientes preguntas enunciados de acuerdo con la escala **1 a 5**, donde **1** es “Muy en desacuerdo”, **2** “En desacuerdo”, **3** “Indeciso”, **4** “De acuerdo” y **5** “Muy de acuerdo”.

	Preguntas para cada dimensión	Alternativas de respuestas
--	-------------------------------	----------------------------

	Dimensión I ENTORNO DE APRENDIZAJE CLÍNICO	Muy en desacu erdo (1)	En desacuer do (2)	Indeciso (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)
1	La tutoría clínica que Ud. aplica con los estudiantes; se genera en base a un clima de acogida.					
2	Ud. como tutor, dedica más tiempo a escuchar a sus alumnos y observarlos; más que a controlarlos.					
3	Procuro que el estudiante se sienta en protegido; siendo yo un aliado de su aprendizaje, no un juez.					
4	Toda la práctica se desarrolla en un ambiente de confianza que genera aprendizajes significativos					
5	Minimizo las interrupciones externas de la práctica en lo posible					
6	El contexto del servicio es propicio para que el estudiante brinde acciones de cuidados.					
7	Al supervisar prácticas complejas en los estudiantes, prima el valor formativo más que el juicio correctivo-punitivo.					

8	Conduzco la práctica en una atmósfera donde los estudiantes trabajan por motivación intrínseca.					
9	Ud. fue seleccionado previamente para ser tutor					
10	La universidad toma en cuenta la disponibilidad de recursos para la práctica de los alumnos					
11	Conduzco la práctica clínica con mis alumnos según modelo de mi alma mater					
12	Realizo feedback para conocer las impresiones y sensaciones de los estudiantes.					
13	La retroalimentación periódica con los estudiantes permite avanzar en sus habilidades procedimentales.					
14	Para conducir los alumnos en la práctica clínica priorizo en ellos el pensamiento reflexivo y creativo.					
15	Aprovecha los posibles errores de sus alumnos para estimular la discusión como una oportunidad de aprendizaje.					
	Dimensión II PLANIFICACIÓN DE TUTORÍA CLÍNICA	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indeciso (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)

1	Ante de la llegada de los estudiantes al servicio Ud. crea un clima de recepción para los alumnos.					
2	En mi estilo de enseñanza clínica prima el carácter transmisivo de conocimientos					
3	La relación que se tiene con el supervisor del servicio facilita los aprendizajes de los estudiantes.					
4	Genero interacción de mis estudiantes con el profesional clínico, buscando códigos propios de la profesión.					
5	La cantidad de estudiantes que superviso me permite proporcionar una conducción oportuna del grupo.					
6	La reflexión sobre temas puntuales con mis estudiantes en la práctica facilita sus habilidades de aprendizajes.					
7	Mi supervisión clínica está más enfocada a transmitir contenido, más que el logro de aprendizaje de los estudiantes.					
	Dimensión III <i>SUPERVISIÓN DE PRÁCTICA</i>	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indeciso (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)
1	Los aprendizajes progresivos de mis estudiantes los tengo claro antes de iniciar la práctica clínica.					
2	El primer día de práctica, Ud. diagnósticas habilidades cognitivas de sus estudiantes					

3	El pase de visita es útil para conducir la práctica clínica de mis alumnos.					
4	Conozco plan de estudio (curriculum) de los estudiantes que superviso.					
5	Conozco programa y objetivos de asignatura de práctica que superviso.					
	Dimensión IV: PENSAMIENTO CIENTÍFICO REFLEXIVO	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indeciso (3)	De acuerdo (4)	Muy en de acuerdo (5)
1	Tengo presente la suficiencia de pacientes ante de iniciar la práctica con mis estudiantes.					
2	Abro espacios con mis alumnos, para conocer sus creencias, expectativas y motivación con la carrera.					
3	En el proceso de enseñanza aprendizaje, de mis estudiantes priorizo el saber práctico.					
4	En el proceso de enseñanza aprendizaje, de mis estudiantes priorizo el saber teórico.					
5	Compartir los espacios de práctica con distintas universidades me permiten optar por otras alternativas de aprendizajes con mis estudiantes					
6	Ud. proporciona oportunidades para la reflexión con sus estudiantes.					

[illegible]

Anexo 4



ORD. N° 42 - 2025_____ /

ANT.: Cartas de Observaciones

MAT.: Carta de Informe Favorable

Protocolo de Investigación

Puerto Montt, 31 de marzo de 2025

Javiera Parada Meza
Investigador Responsable
PRESENTE.

De mi consideración:

Me permito informar a usted que el Comité de ética Científico del Servicio de Salud del Reloncaví, compuesto por:

Nombre	Profesión-Especialidad
Carlos Zaror Sánchez Presidente	Cirujano Dentista especialista en Odontopediatría Hospital de Calbuco. PhD Metodología Investigación Biomédica.
Regina Haro Saad Vicepresidenta	Tecnólogo Médico Servicio de Salud. Mg Bioética Social y Salud Pública.
Javier Cárdenas Navarro Secretario Ejecutivo	Odontólogo Hospital de Puerto Montt. Diplomado en Bioética Pontificia Universidad Católica. Master en Bioética y derecho Universidad de Barcelona.
Arturo López Reyes.	Integrante de la comunidad
Viviana Rivera Saba	Médica Jefa Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente-Hospital Puerto Montt. Especialista en Salud Pública, Magister en Epidemiología Clínica
Rommel Straumann Maldonado	Abogado, asesor jurídico Servicio de Salud del Reloncaví.
Jaime Fontbona Torres	Psicólogo. Docente Universidad Austral de Chile SPM, Master en Ciencias Sociales de la Salud, Magister en Psic. Clínica Constructivista Sistémica (UAI).
Natalia Picaroni Sobrado	Antropóloga. Académica Universidad de los Lagos. Doctora en Ciencias Sociales y Económicas. Magister en Antropología Social y Cultural.

Para su constancia Firman



Javier Cárdenas Navarro
Secretario Ejecutivo
COMITÉ DE ETICA CIENTIFICO
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI



Carlos Zaros Sanchez
Presidente
COMITÉ DE ETICA CIENTIFICO
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI