



Dirección de Posgrados en Salud

Guía para docentes tutores clínicos en salud (v1.0)

Fabricio González-Andrade, MD, PhD
Director de Posgrados en Salud
Agosto 2025

Contenidos

Capítulo 1: La tutoría clínica

Capítulo 2: El tutor clínico

Capítulo 3: Los escenarios clínicos de aprendizaje

Capítulo 4: Evaluación por competencias y resultados de aprendizaje

Capítulo 5: Buenas prácticas docentes en el entorno asistencial.

Capítulo 6: Criterios de progresividad en la formación clínica

Capítulo 7: Anexos

Capítulo 1: La tutoría clínica

¿Qué es una tutoría clínica?

Una tutoría clínica en especialidades de salud es un proceso formativo estructurado en el cual un profesional con experiencia (el tutor clínico) guía, supervisa y apoya a un profesional en formación (residente o estudiante avanzado), en el desarrollo de competencias clínicas, éticas y profesionales dentro de un entorno asistencial real. Se define formalmente a la tutoría clínica como una estrategia educativa centrada en la enseñanza individualizada, donde el tutor facilita el aprendizaje del residente mediante la observación directa, realimentación continua, y la modelación de buenas prácticas clínicas. Una buen práctica clínica se puede definir como: una acción profesional en salud que está basada en evidencia científica actualizada; es técnicamente adecuada; éticamente responsable; centrada en el bienestar del paciente; y realizada con calidad, seguridad y respeto.

Objetivos principales de la tutoría clínica

1. Desarrollar habilidades clínicas y técnicas específicas de la especialidad;
2. Fomentar el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio profesional;
3. Guiar en la práctica ética y humanista en la atención al paciente;
4. Evaluar el progreso del estudiante de forma formativa y sumativa;
5. Modelar actitudes profesionales como la empatía, la responsabilidad y la comunicación efectiva.

Funciones esenciales de la tutoría clínico (SAMEF)

La tutoría no es una acción única, sino un proceso con múltiples dimensiones. Cada una tiene su valor y su momento.

| Función | Significado |
|-------------------|--|
| Supervisar | Hay que asegurar que el residente actúe dentro de márgenes seguros y éticos, tanto para los pacientes como para sí mismo. |
| Acompañar | Acompañar y guiar al residente en el descubrimiento del razonamiento clínico, ayudándole a encontrar sus propias respuestas. |
| Modelar | Ser un ejemplo vivo de cómo se actúa en entornos clínicos complejos, de cómo se comunica, se decide, se respeta, y se duda. |
| Evaluar | Observar y valorar el progreso del residente, con criterios claros y justos. |
| Fortalecer | Fortalecer las habilidades no técnicas; mostrar que el acto clínico no es solo ciencia, sino también presencia, tacto, mirada, tiempo, y humanizar el proceso. |

La tutoría clínica busca mucho más que resultados técnicos o competencias aisladas. Su propósito es acompañar la transformación de un profesional en formación, desde el conocimiento teórico hacia una práctica consciente, responsable, empática y crítica. La tutoría clínica busca: fomentar la autonomía progresiva, sin desamparo ni sobreprotección; desarrollar el pensamiento crítico, el razonamiento clínico y la toma de decisiones fundamentada; promover la ética práctica, no como concepto abstracto, sino como acción cotidiana; crear un ambiente de aprendizaje seguro donde sea posible preguntar, equivocarse, reparar y mejorar; cultivar habilidades blandas: comunicación, escucha activa, empatía, autoconocimiento y colaboración.

Características del entorno de tutoría clínica

El entorno de tutoría clínica es, por naturaleza, dinámico, complejo y profundamente formativo. No es un aula tradicional ni un laboratorio, sino un espacio real de atención a pacientes, donde el conocimiento se aplica, se transforma y se humaniza. Es aquí donde el residente aprende no solo a diagnosticar y tratar, sino también a decidir, comunicar, reflexionar y cuidar. Para que esta experiencia sea verdaderamente educativa, deben reconocerse las características fundamentales que definen y enriquecen este entorno.

La primera de ellas es que se trata de un **contexto real**. La tutoría clínica ocurre en escenarios auténticos del ejercicio profesional: hospitales, salas de emergencia, consultorios, unidades de cuidados críticos, centros ambulatorios o instituciones especializadas. Los pacientes que se atienden no son casos simulados ni ejercicios académicos, sino personas con historias, enfermedades, miedos, deseos y expectativas concretas. Este contexto le otorga al aprendizaje una **carga emocional y ética real**, que exige al residente responder no solo con conocimientos, sino con juicio, empatía y responsabilidad. Aprender en un contexto real implica también exponerse a la incertidumbre, la presión del tiempo, las limitaciones de recursos y las decisiones con consecuencias directas. Por eso, el acompañamiento del tutor es clave: para contener, guiar y proteger tanto al residente como al paciente.

Este aprendizaje es también **situacional**, es decir, se construye en el mismo lugar donde ocurre la práctica clínica. No es abstracto ni descontextualizado. Se basa en el análisis y resolución de problemas reales, frente a pacientes reales, en condiciones reales. Así, la teoría cobra sentido cuando se necesita interpretar un resultado, elegir entre dos tratamientos, comunicar un diagnóstico difícil o resolver una urgencia. El residente aprende haciendo, pero no de cualquier manera: aprende reflexionando sobre lo que hace, guiado por preguntas, comentarios y observaciones de su tutor. En este entorno, cada interacción clínica –una entrevista, una indicación, una evolución, una nota en la historia– puede ser una oportunidad de aprendizaje si es bien acompañada. El tutor, en este sentido, no solo supervisa, sino que transforma cada experiencia clínica en un momento didáctico.

Una tercera característica esencial es el **rol activo del residente**. En el entorno de tutoría, el residente no debe ser un observador pasivo ni un ejecutor mecánico de órdenes, sino un protagonista progresivo de su propio proceso formativo. Se espera que participe activamente en la atención clínica, que tome decisiones proporcionales a su nivel de competencia, que investigue, proponga, reflexione, pregunte y asuma responsabilidad creciente. Esta participación debe estar regulada por el principio de progresividad: a mayor competencia demostrada, mayor autonomía supervisada. El tutor tiene la tarea de evaluar el nivel real de desempeño del residente y adaptar sus expectativas, asignaciones y supervisión a dicho nivel. No se trata de sobreproteger ni de exigir más de lo debido, sino de estimular el crecimiento desde la confianza y la seguridad.

Finalmente, el entorno de tutoría clínica se caracteriza por una **evaluación continua**, no limitada a pruebas escritas o momentos formales. La evaluación ocurre todo el tiempo, a través de la observación directa, la revisión de notas clínicas, la presentación de casos, la interacción con pacientes, el razonamiento frente a un dilema, o la forma en que el residente actúa frente a una urgencia. Esta evaluación debe ser formativa, específica y orientadora. No busca etiquetar ni sancionar, sino informar sobre el desempeño, identificar logros y señalar oportunidades de mejora. Herramientas como el Mini-CEX, las rúbricas clínicas, el feedback estructurado o el portafolio pueden enriquecer esta evaluación, siempre y cuando estén al servicio de un aprendizaje reflexivo y ético.

En síntesis, el entorno de tutoría clínica es un escenario complejo y profundamente valioso para la formación médica. Es real, desafiante, emocional, ético, técnico y humano. Enseñar en él exige sensibilidad, responsabilidad y compromiso por parte del tutor. Aprender en él exige disposición, participación y humildad por parte del residente. Y ambos, tutor y residente, comparten una tarea

común: cuidar al paciente mientras se cuida el proceso de aprendizaje, haciendo de cada encuentro clínico una oportunidad para crecer como profesionales y como personas.

Ejemplos de actividades en una tutoría clínica

La tutoría clínica no ocurre en un aula separada de la realidad, sino en el propio corazón del trabajo asistencial. Por eso, una de sus grandes fortalezas es que cada momento del quehacer clínico puede convertirse en una oportunidad formativa, siempre que exista la intención pedagógica del tutor y la disposición activa del residente. A través de acciones cotidianas como pasar visita, realizar procedimientos, discutir casos o escribir notas clínicas, se construye un aprendizaje profundo, situado y ético. A continuación, se describen algunos ejemplos de actividades que pueden desarrollarse en el marco de una tutoría clínica efectiva.

1. El pase de visita supervisado;
2. La entrevista clínica observada;
3. La supervisión de procedimientos clínicos;
4. La discusión de casos clínicos;
5. La revisión de la historia clínica escrita;
6. La simulación o *role-play*;
7. La revisión bibliográfica orientada a un caso clínico;
8. Las reuniones de realimentación individual.

Una de las más comunes y valiosas es el **pase de visita supervisado**. En este espacio, el residente presenta los casos de los pacientes hospitalizados al tutor y al equipo, plantea hipótesis diagnósticas y propone un plan terapéutico. El tutor tiene aquí la oportunidad de observar cómo el residente sintetiza información, razona clínicamente y comunica al equipo. A través de preguntas abiertas, correcciones respetuosas y comentarios reflexivos, el tutor puede guiar la toma de decisiones, reforzar conocimientos y detectar áreas de mejora. Además, el pase de visita permite modelar actitudes profesionales como el respeto por el paciente, el trabajo en equipo y la organización del cuidado.

Otra actividad clave es la **entrevista clínica observada**, en la cual el residente se encuentra directamente con el paciente, mientras el tutor observa la interacción (ya sea en el mismo espacio o revisando posteriormente el resumen). Esta actividad permite valorar competencias como la empatía, la capacidad de escuchar activamente, el uso adecuado del lenguaje, la organización de la historia clínica y la actitud ante el sufrimiento. El tutor puede luego brindar una retroalimentación concreta sobre lo observado, resaltando los aspectos positivos y ofreciendo sugerencias de mejora.

La **supervisión de procedimientos clínicos** también constituye una instancia formativa fundamental. Ya sea una punción lumbar, la colocación de un catéter venoso, una paracentesis o una simple venopunción, cada procedimiento es una oportunidad para enseñar técnica, seguridad, asepsia, comunicación con el paciente y manejo del entorno. En estos casos, el tutor puede demostrar primero el procedimiento (*aprender viendo*), luego guiar paso a paso al residente (*aprender haciendo acompañado*) y finalmente supervisar desde una distancia segura (*aprender haciendo con autonomía supervisada*), siempre ajustando la supervisión al nivel de competencia del residente.

La **discusión de casos clínicos** constituye otra actividad profundamente educativa. Puede ocurrir en distintos momentos del día: después de la visita, durante el pase de guardia o incluso en una pausa del trabajo clínico. En ella, el tutor y el residente analizan juntos un caso atendido recientemente, buscando integrar conocimientos, revisar guías clínicas, debatir opciones

terapéuticas y reflexionar sobre decisiones tomadas. Esta actividad fomenta el pensamiento crítico, la capacidad argumentativa y la actualización constante, además de abrir la posibilidad de abordar aspectos éticos, psicosociales o contextuales del caso.

También resulta altamente formativa la **revisión de la historia clínica escrita**. El tutor puede leer junto al residente una nota de evolución, una indicación médica o un resumen de alta, y utilizar ese momento para enseñar cómo redactar con claridad, precisión y profesionalismo. Esto no solo mejora la calidad del registro clínico, sino que también fortalece la comunicación entre equipos, la trazabilidad de la atención y la responsabilidad legal del acto médico.

Cuando el tiempo y el contexto lo permiten, pueden incorporarse actividades de **simulación o role-play**, especialmente útiles para entrenar habilidades comunicacionales complejas como dar malas noticias, pedir consentimiento informado o manejar conflictos con pacientes o familias. En estos casos, el tutor propone una situación clínica simulada y el residente actúa como si estuviera en un caso real. Luego se analiza en conjunto lo vivido, con foco en la calidad de la comunicación, el manejo emocional y la capacidad de respuesta ante lo inesperado.

Otro ejemplo enriquecedor es la **revisión bibliográfica orientada a un caso clínico**. Frente a una duda diagnóstica o terapéutica surgida en la práctica, el tutor puede pedir al residente que investigue un tema específico y que luego lo comparta en una breve presentación. Esta actividad promueve el pensamiento crítico, el uso de fuentes confiables, la capacidad de síntesis y la aplicación de la evidencia científica a la realidad clínica.

Por último, es muy valiosa la realización de **reuniones de realimentación individual**, donde tutor y residente conversan de forma privada sobre el progreso alcanzado, las dificultades detectadas y los objetivos personales. Estas reuniones permiten fortalecer la relación pedagógica, prevenir conflictos, ajustar expectativas y favorecer un aprendizaje autorregulado y reflexivo. Lo ideal es que estas conversaciones ocurran con frecuencia (no solo al final de la rotación) y estén basadas en hechos concretos, observaciones directas y criterios formativos.

En conclusión, la tutoría clínica se enriquece cuando el tutor convierte las actividades asistenciales en experiencias de aprendizaje significativas, aprovechando cada interacción clínica como una oportunidad para enseñar. No se trata de agregar carga al trabajo diario, sino de darle un sentido formativo a lo que ya se hace. Con disposición, mirada pedagógica y compromiso ético, cualquier momento puede transformarse en una ocasión para aprender, crecer y formar profesionales más competentes, humanos y responsables.

Beneficios de una buena tutoría clínica

Una tutoría clínica bien realizada no solo mejora el aprendizaje del residente, sino que impacta positivamente en múltiples dimensiones del entorno asistencial. Cuando el tutor clínico asume su rol con compromiso, claridad pedagógica y sensibilidad humana, los efectos se perciben tanto en el desempeño del residente como en la calidad de la atención que reciben los pacientes, en el bienestar del equipo de salud y en la cultura institucional. A continuación, se detallan los principales beneficios de una tutoría clínica efectiva.

En primer lugar, una buena tutoría **mejora la calidad del aprendizaje y el desempeño clínico del residente**. Al contar con la guía de un tutor que observa, retroalimenta y orienta en tiempo real, el residente logra integrar más eficazmente los conocimientos teóricos con la práctica. Aprende a razonar clínicamente, a tomar decisiones con fundamento, a manejar situaciones complejas con mayor seguridad y a corregir errores en un entorno formativo. Este acompañamiento reduce la improvisación y la repetición mecánica, permitiendo que el aprendizaje sea más significativo, estructurado y duradero. El tutor actúa como un espejo y un facilitador del desarrollo profesional,

ayudando al residente a pasar de ser un aprendiz pasivo a un profesional en formación activo y reflexivo.

Además, una tutoría clínica sólida **favorece la profesionalización ética y humana** del residente. La formación clínica no se limita a adquirir habilidades técnicas; también implica desarrollar actitudes, valores y comportamientos acordes a la dignidad de la profesión médica. En este sentido, el tutor es un modelo. El modo en que se relaciona con los pacientes escucha al equipo, toma decisiones difíciles o maneja la incertidumbre, se convierte en una referencia directa para quien está aprendiendo. Una buena tutoría enseña, en la práctica, el valor del respeto, la empatía, la responsabilidad, la confidencialidad, la humildad profesional y la compasión. Estas actitudes no se aprenden en libros, sino al lado de quienes las encarnan día a día.

Un beneficio central, y a menudo poco explicitado, es que una tutoría clínica efectiva **aumenta la seguridad del paciente**. Cuando el residente es supervisado adecuadamente, recibe orientación clara sobre sus límites, y actúa dentro de un marco progresivo de responsabilidad, se reduce significativamente el riesgo de errores, omisiones o decisiones inadecuadas. El tutor vela por la seguridad, no solo enseñando procedimientos y protocolos, sino también observando, previniendo y corrigiendo a tiempo. Así, el proceso educativo se alinea con la calidad del cuidado, haciendo que el aprendizaje clínico y la seguridad del paciente sean dos caras de la misma moneda.

Por último, una buena tutoría **reduce el estrés y la incertidumbre en la formación médica**, especialmente en los primeros años del residente. La medicina clínica impone desafíos constantes: casos complejos, decisiones urgentes, jornadas exigentes, carga emocional, inseguridad frente a lo desconocido. Cuando el residente no cuenta con un tutor presente, claro y confiable, puede sentirse solo, desbordado o inadecuado. En cambio, la presencia activa de un tutor que escucha; apoya, corrige sin humillar y celebra los progresos, genera un entorno más seguro psicológicamente. Esto favorece la autoestima profesional, la confianza, el compromiso con el aprendizaje y el bienestar emocional del residente, aspectos fundamentales para prevenir el agotamiento o la desmotivación. En resumen, una buena tutoría clínica es una inversión con beneficios múltiples: **fortalece el aprendizaje, humaniza la práctica, protege al paciente y cuida al profesional en formación**. Por ello, no debe considerarse una tarea secundaria ni voluntarista, sino una función docente estratégica, indispensable y profundamente valiosa dentro de cualquier programa de formación en salud.

Estrategias para una tutoría clínica eficiente

1. La conversación formativa: enseñar desde el diálogo. Toda tutoría clínica se sustenta en el diálogo abierto. No hay aprendizaje real sin una relación donde el residente se sienta escuchado, respetado y valorado. Preguntar, más que responder. Escuchar, más que corregir. Frases que marcan la diferencia:

- “¿Cómo te sentiste atendiendo ese paciente?”
- “¿Qué fue lo más difícil de esta semana para ti?”
- “¿Qué crees que podrías hacer diferente la próxima vez?”
- “¿En qué puedo ayudarte para que aprendas mejor?”

2. Dar realimentación: una herramienta poderosa

La realimentación es uno de los actos pedagógicos más transformadores. Cuando se hace bien, mejora el desempeño y fortalece la confianza. Recomendaciones prácticas:

- Habla desde la observación, no desde la opinión;
- Usa ejemplos concretos;
- Dale tiempo al residente para que se exprese;

- No todo feedback es negativo: reforzar lo que está bien hecho también educa.

3. Evaluar el aprendizaje sin deshumanizarlo

¿Qué evaluar?

- **Saber clínico:** conocimientos aplicados a casos reales;
- **Saber hacer:** técnicas y procedimientos;
- **Saber decidir:** juicio clínico;
- **Saber estar:** vínculo con el paciente, respeto por el equipo, presencia profesional;
- **Saber ser:** ética, responsabilidad, autoconocimiento, límites.

¿Cómo evaluar?

- Observando directamente (Mini-CEX, DOPS);
- Usando rúbricas por competencias
- Comentando casos discutidos o notas clínicas;
- Promoviendo la autoevaluación.

4. Enseñar habilidades no técnicas: el corazón del profesionalismo

Más allá del conocimiento médico, el tutor debe ayudar a desarrollar habilidades “invisibles” pero esenciales:

- Empatía real (no solo cordialidad);
- Manejo emocional de noticias difíciles;
- Trabajo colaborativo sin jerarquismo dañino;
- Capacidad de reconocer errores y aprender de ellos;
- Conciencia de los propios límites.

Estas habilidades no siempre se enseñan en las aulas. Pero sí se aprenden de quienes las encarnan en el trabajo cotidiano.

5. Cuidar al que cuida

Los tutores también necesitan apoyo, reconocimiento, espacio para la formación continua. Necesidades del tutor: tiempo protegido para enseñar; capacitación en docencia clínica; apoyo institucional ante conflictos o sobrecarga; espacios para compartir experiencias entre tutores; reconocimiento formal de su rol formativo.

Un tutor cuidado es un tutor que puede cuidar bien a sus residentes.

Ser tutor es un acto de vocación, pero también de responsabilidad ética. Ser tutor no se trata solo de enseñar medicina. Se trata de formar médicos o profesionales de salud completos, reflexivos, responsables y humanos. Tu rol como tutor deja una huella más profunda de lo que muchas veces imaginas.

No siempre recordarás lo que enseñaste. Pero probablemente alguien recuerde para siempre lo que tú hiciste como tutor.

Capítulo 2: El tutor clínico

¿Quién es un tutor clínico?

Un tutor clínico es un profesional de la salud calificado, con experiencia y competencia en su especialidad, encargado del proceso formativo de un residente o estudiante, dentro del entorno asistencial real. Su rol va más allá de enseñar habilidades técnicas: también forma en valores, juicio clínico, ética y profesionalismo.

Funciones académicas del tutor clínico

1. Cumplir con la malla curricular de su respectiva especialidad;
2. Establecer resultados de aprendizaje realistas y medibles;
3. Integrar el conocimiento teórico con la práctica;
4. Evaluar y brindar realimentación clara, oportuna y respetuosa;
5. Promover la reflexión crítica y la autoevaluación;
6. Detectar las dificultades y orientar en la mejora continua.

Funciones esenciales (SAMEF)

1. **Supervisar** y guiar al residente en su formación entendiendo los valores de la profesión y en la adquisición de las competencias básicas y las competencias propias de la especialidad;
2. **Acompañar** y facilitar la autonomía de gestión del estudiante en su propio proceso de formación;
3. **Modelar** y ser un ejemplo vivo de cómo se actúa en entornos clínicos complejos, de cómo se comunica, se decide, se respeta, y se duda.;
4. **Evaluar**, detectar y resolver dificultades que se le puedan presentar al estudiante a lo largo de su actividad asistencial;
5. **Fortalecer** las habilidades no técnicas; mostrar que el acto clínico no es solo ciencia, sino también presencia, tacto, mirada, tiempo, y humanizar el proceso.

Funciones clínicas específicas

1. Acoger al estudiante en el inicio de su rotación y proporcionar la inducción específica en la rotación;
2. Acompañar al estudiante o grupo de estudiantes en su estancia en el establecimiento de salud, por un máximo dos (2) horas cada día;
3. Cumplir con la responsabilidad progresiva de funciones del estudiante en sus tareas asistenciales;
4. Supervisar las actividades asistenciales del estudiante al interior del establecimiento de salud;
5. Supervisar las actividades formativas cotidianas del estudiante dentro del servicio hospitalario (*grand rounds*, discusión de casos clínicos, sesiones bibliográficas, etc.);
6. Comunicar situaciones difíciles encontradas en el proceso al Coordinador de la respectiva especialidad;
7. Evaluar a sus pares tutores y auto evaluarse como tutor;
8. Gestionar la información relevante sobre el proceso formativo y su evaluación;
9. Realizar el informe trimestral o mensual de sus propias actividades;
10. Fomentar la investigación en los estudiantes;
11. Evaluar la rotación y práctica asistencial de los estudiantes a su cargo (EVA1);
12. Evaluar las actividades en el lugar del trabajo Mini-CEX y DBC (EVA2 y EVA3);

13. Evaluar los procedimientos (EVA4), y la obtención del consentimiento informado (EVA5);
14. Otras inherentes a su competencia en cada UADs.

Lo que NO son funciones de un tutor clínico

A continuación, se describen acciones, actitudes o responsabilidades que no forman parte del rol del tutor clínico, o que deben evitarse o delegarse adecuadamente:

1. Sustituir al residente en sus tareas formativas

El tutor no debe asumir el trabajo clínico que corresponde al residente. Su función es guiar, supervisar y corregir, no hacer por él/ella. Si el tutor hace todo, el residente no aprende.

Ejemplo inapropiado: “No te preocupes, yo paso la visita, después te cuento.”

2. NO actuar como jefe administrativo o laboral

Aunque colabora con la organización del servicio, el tutor no es un jefe de personal. No le corresponde sancionar, asignar turnos, aprobar licencias o resolver temas contractuales. Es válido orientar al residente si tiene conflictos administrativos, pero derivando a la instancia correspondiente (jefatura, coordinación docente, etc.).

3. Delegar sin supervisar

El tutor no debe dejar al residente actuar sin supervisión, especialmente en procedimientos, toma de decisiones críticas o comunicación de información sensible.

La autonomía debe ser progresiva y segura.

Error común: “Haz lo que creas mejor, me cuentas luego qué hiciste.”

4. Ejercer un rol evaluador punitivo o arbitrario

Evaluar no es castigar. El tutor no debe evaluar con base en simpatías personales, rumores o sin observación directa. Las evaluaciones deben ser objetivas, justificadas, y con oportunidades de mejora.

La evaluación es una herramienta formativa, no un juicio de valor.

5. Reemplazar el rol del psicólogo, mentor terapéutico o amigo personal

Aunque el tutor puede ofrecer apoyo emocional y contención, no debe reemplazar el apoyo profesional ante problemas psicológicos, estrés severo, o situaciones personales complejas.

Buscar ayuda calificada y derivar al profesional correspondiente es parte del cuidado responsable.

6. Imponer un estilo clínico único o inflexible

El tutor debe promover el razonamiento y la autonomía crítica. No es función del tutor exigir que el residente haga todo “como yo lo hago”, si existen otras formas válidas, basadas en evidencia o consenso.

Enseñar a pensar es más importante que enseñar a copiar.

7. Descuidar la enseñanza por carga asistencial

Tener pacientes o trabajo clínico no exime al tutor de su rol docente. Descuidar la tutoría por priorizar solo lo asistencial distorsiona el sentido formativo del espacio clínico.

La falta de tiempo no debe ser una excusa permanente, sino una oportunidad para enseñar de forma breve, práctica y significativa.

8. Criticar en público o humillar al residente

El tutor no debe usar la corrección como forma de castigo ni el sarcasmo como pedagogía. La retroalimentación debe ser constructiva, privada y respetuosa.

El ambiente de aprendizaje seguro es una responsabilidad ética.

9. Asumir funciones docentes sin preparación ni apoyo institucional

No es correcto que se asigne a alguien el rol de tutor sin ofrecerle herramientas, tiempo, ni reconocimiento.

Ser tutor debe ser una función valorada, planificada y acompañada.

10. Transferir al residente responsabilidades que exceden su nivel de formación

El tutor no debe permitir que el residente tome decisiones clínicas, éticas o legales que aún no le corresponden, por ejemplo: alta médica compleja, consentimiento quirúrgico sin revisión, manejo de urgencias solo.

La formación es progresiva y debe respetar los límites de competencia.

Tampoco son funciones del tutor hospitalario

1. El tutor hospitalario no imparte clases teóricas, los cursos académicos se programan desde la Dirección de Posgrados en conjunto con el Coordinador cada de especialidad; aunque en caso de requerirse, también puede ser un docente de teoría;
2. El tutor hospitalario no tiene facultad de sancionar a ningún estudiante, si hubiera algún problema debe comunicar al Coordinador cada de especialidad;
3. El tutor hospitalario no puede redistribuir las rotaciones de ningún estudiante, para ello, debe consultar al Coordinador.

Resumen: lo que un tutor clínico no debe ser

- a. NO es jefe administrativo.
- b. NO es ejecutor del trabajo del residente.
- c. NO es psicólogo clínico.
- d. NO es juez punitivo.
- e. NO es modelo inflexible.
- f. NO es un clínico solitario sin rol docente.

Comportamiento del tutor clínico: lo que sí y lo que no

Box 1. Comportamientos adecuados

| Comportamiento | ¿Corresponde al tutor clínico? | Comentarios |
|---|--------------------------------|---|
| Supervisar al residente en actividades clínicas reales | Sí | Es parte esencial de su rol docente y garante de la seguridad del paciente. |
| Corregir en privado y con respeto | Sí | La realimentación debe ser formativa, empática y específica. |
| Modelar buenas prácticas clínicas y éticas | Sí | El tutor actúa como referente profesional en todo momento. |
| Evaluar por observación directa y criterios definidos | Sí | Evaluar con base en hechos, no en impresiones o rumores. |
| Escuchar y orientar ante dificultades de aprendizaje | Sí | El tutor puede detectar alertas y derivar si es necesario. |
| Asignar turnos, aprobar licencias o sancionar al residente | No | Funciones administrativas que pertenecen a la jefatura de docencia o a la coordinación académica respectiva (este es un rol del ComCAD o del Comité Curricular de la Universidad) |
| Realizar el trabajo clínico en lugar del residente | No | La tutoría no debe sustituir la experiencia práctica del aprendiz. |
| Permitir al residente actuar sin supervisión en tareas críticas | No | La autonomía debe ser progresiva y acompañada. |
| Humillar, exponer o corregir en público | No | Daña el proceso de aprendizaje y la relación educativa. |
| Decidir con base en afinidades personales o favoritismos | No | El tutor debe actuar con justicia, equidad y ética. |
| Exigir que el residente imite exactamente su estilo | No | Debe fomentar el pensamiento clínico autónomo y crítico. |
| Resolver problemas psicológicos o personales del residente | No | Puede contener y derivar a servicios especializados. |
| Desatender la tutoría por carga asistencial | No | Enseñar forma parte de su responsabilidad profesional. |
| Dictar clases teóricas | No | Esto se lo hace en el ambiente universitario |

Algunas de las responsabilidades del tutor en la práctica clínica diaria son:

1. **Planificar el aprendizaje:** establecer objetivos claros desde el comienzo.; alinear expectativas con el nivel del residente; preguntar: “¿Qué quieres aprender?”
2. **Acompañar sin invadir:** observar; estar presente; ser respaldo sin anular la autonomía del residente.
3. **Realimentar con sentido:** no dejar pasar la oportunidad de enseñar cuando algo se hace bien o puede hacerse mejor; hacerlo en privado, con respeto, con evidencia.

4. **Evaluar con criterio y honestidad:** ser justo, no condescendiente; reconocer los avances; no temer señalar áreas de mejora; mostrar al residente que puede confiar en tu mirada.
5. **Reconocer el cansancio, la ansiedad, la frustración:** La clínica desgasta. El tutor es, también, un espejo emocional: puede detectar signos de agotamiento, desconexión, o desmotivación. Y actuar.

¿Por qué ser tutor clínico importa tanto?

La tutoría clínica es una forma de enseñanza que ocurre en el lugar más real: junto a los pacientes, en las salas, en los consultorios, en los pasillos. Es un espacio donde se enseña a ser médico, a ser profesional de la salud con conocimiento, juicio, compasión y responsabilidad. Ser tutor clínico no es solo una función académica: es un acto de generosidad, compromiso y continuidad profesional. En tus manos, como tutor o tutora, no solo está el aprendizaje de una técnica, sino también la formación de identidad profesional de quien se convertirá en tu colega.

El tutor clínico no solo enseña lo que sabe. Enseña lo que es.

¿Quién puede ser un buen tutor clínico?

Un buen tutor clínico no es necesariamente el que tiene más años de experiencia, sino quien es capaz de enseñar desde la humildad, de observar con criterio, de escuchar sin prejuicio y de corregir con humanidad. Cualidades deseables:

- a. Competencia técnica sólida, actualizada y basada en evidencia científica;
- b. Pasión por enseñar y formar;
- c. Empatía y paciencia, incluso cuando el ritmo asistencial apremia;
- d. Coherencia entre lo que hace, lo que dice y lo que piensa;
- e. Disponibilidad emocional, además de tiempo físico.

Capítulo 3: Los escenarios clínicos de aprendizaje

Durante la formación médica especializada, el residente aprende principalmente en el escenario clínico real, junto a pacientes, colegas y equipos de salud. Estos entornos de aprendizaje son diversos y complementarios. Reconocerlos permite planificar mejor la enseñanza, orientar la tutoría clínica, y asegurar que el residente desarrolle competencias integrales: técnicas, cognitivas, éticas, comunicacionales y humanas.

1. Sala de hospitalización

Descripción: Entorno donde el residente realiza seguimiento clínico diario de pacientes hospitalizados.

Oportunidades de aprendizaje: evaluación y monitoreo clínico; indicaciones terapéuticas progresivas; coordinación del alta y continuidad del cuidado.

Competencias asociadas: razonamiento clínico; documentación clínica; gestión de cuidados y trabajo en equipo.

2. Consultorio ambulatorio

Descripción: Atención programada de pacientes en seguimiento o con condiciones no agudas.

Oportunidades de aprendizaje: seguimiento longitudinal; educación al paciente; toma de decisiones compartida.

Competencias asociadas: Comunicación efectiva; planificación clínica; continuidad del cuidado.

3. Servicios de Emergencias y guardias nocturnas

Descripción: Ambientes de alta demanda y respuesta rápida ante situaciones críticas.

Oportunidades de aprendizaje: Priorización (triage); manejo inicial del paciente agudo; procedimientos invasivos bajo supervisión.

Competencias asociadas: resolución de problemas bajo presión; liderazgo en crisis; autonomía supervisada.

4. Pase de visita o rondas clínicas

Descripción: Instancia diaria de supervisión y discusión de pacientes hospitalizados.

Oportunidades de aprendizaje: presentación de casos; justificación diagnóstica y terapéutica; aprendizaje entre pares y de tutores.

Competencias asociadas: Síntesis clínica; comunicación oral académica; pensamiento crítico.

5. Laboratorios y servicios de diagnóstico por imágenes

Descripción: Espacios de apoyo diagnóstico donde se correlaciona lo clínico con lo paraclínico.

Oportunidades de aprendizaje: interpretación de pruebas; correlación clínico-patológica; interacción con equipos de diagnóstico.

Competencias asociadas: razonamiento diagnóstico; análisis de resultados; trabajo interprofesional.

6. Comités clínicos e interconsultas

Descripción: Reuniones interdisciplinarias para discutir casos complejos.

Oportunidades de aprendizaje: construcción de planes integrales; dilemas terapéuticos y éticos; interacción entre especialidades.

Competencias asociadas: toma de decisiones en equipo; respeto a la diversidad de opiniones; enfoque ético.

7. Sesiones académicas y Ateneos

Descripción: Espacios protegidos para la discusión clínica, actualización científica y reflexión.

Oportunidades de aprendizaje: Presentación de casos; revisión crítica de literatura; Formación docente horizontal.

Competencias asociadas: Aprendizaje autónomo; argumentación científica; educación médica.

8. Relación con pacientes y familias

Descripción: Escenario transversal donde se construye la alianza terapéutica.

Oportunidades de aprendizaje: comunicación de diagnósticos y pronósticos; manejo de emociones difíciles; escucha y contención.

Competencias asociadas: empatía y habilidades interpersonales; profesionalismo; toma de decisiones centradas en el paciente.

9. Registro clínico y gestión

Descripción: Entorno documental y legal asociado al ejercicio clínico diario.

Oportunidades de aprendizaje: redacción de notas clínicas y epicrisis; consentimientos informados; manejo de sistemas informáticos de salud.

Competencias asociadas: comunicación escrita profesional; organización y trazabilidad; responsabilidad legal y ética.

Cada uno de estos escenarios ofrece experiencias únicas que, cuando están bien guiadas por tutores y estructuradas en el plan formativo, permiten al residente convertirse progresivamente en un profesional autónomo, ético y competente. El desafío del equipo docente es potenciar todos los entornos de aprendizaje, evitando limitar la formación solo a los espacios teóricos.

Capítulo 4: Evaluación por competencias y resultados de aprendizaje

Vinculación entre evaluación por competencias y evaluación de resultados de aprendizaje

¿Qué son los resultados de aprendizaje?

Los resultados de aprendizaje son declaraciones claras de lo que se espera que el residente sea capaz de hacer, demostrar o integrar al finalizar una actividad formativa, como una rotación, una práctica clínica o un ciclo académico. Ejemplo: *“Al finalizar la rotación de oncología clínica, el residente será capaz de elaborar un plan de tratamiento integral para un paciente con cáncer de pulmón estadio III, considerando guías clínicas, comorbilidades y preferencias del paciente.”* Estos resultados son observables, evaluables y alineados con el perfil de egreso de la especialidad.

¿Qué es la evaluación por competencias?

Es una metodología que permite valorar si el residente ha integrado y aplicado adecuadamente sus: conocimientos; habilidades clínicas y técnicas; y actitudes profesionales y éticas ...dentro de un contexto real o simulado. Esta evaluación se realiza mediante instrumentos específicos (rúbricas, Mini-CEX, DOPS, portafolio) y observación directa, y considera niveles progresivos de logro.

¿Cómo se relacionan ambas?

La evaluación de resultados de aprendizaje se concreta a través de la evaluación por competencias. En otras palabras: las competencias son el “cómo” se demuestra que los resultados de aprendizaje han sido alcanzados.

Box 2. Relación entre resultados de aprendizaje y evaluación por competencias

| Resultado de aprendizaje esperado | Competencias vinculadas | Instrumento de evaluación |
|--|--|---|
| Realiza una entrevista clínica empática y efectiva en pacientes oncológicos. | Comunicación con el paciente, profesionalismo, enfoque centrado en la persona. | Mini-CEX + realimentación estructurada. |
| Elabora un plan terapéutico individualizado basado en guías de práctica clínica. | Razonamiento clínico, conocimiento aplicado, toma de decisiones. | Rúbrica de análisis de caso clínico. |
| Trata una emergencia clínica con autonomía supervisada. | Resolución de problemas, manejo de la incertidumbre, habilidad técnica. | DOPS (evaluación de procedimiento) + observación directa. |
| Participa activamente en discusiones clínicas y colabora con el equipo. | Trabajo en equipo, comunicación interprofesional, responsabilidad. | Evaluación del tutor + evaluación de pares. |
| Refleja autocrítica y aprendizaje a partir de errores. | Profesionalismo, reflexión crítica, mejora continua. | Registro reflexivo en portafolio + entrevista con tutor. |

Evaluar competencias permite validar los resultados de aprendizaje. La evaluación por competencias da evidencia directa del grado en que los resultados de aprendizaje han sido alcanzados. Además: permite ajustar planes de mejora individual; informa sobre la calidad del proceso formativo; fortalece la retroalimentación personalizada; facilita decisiones curriculares más centradas en lo que realmente se necesita en la práctica clínica.

¿Por qué es importante esta vinculación?

Porque asegura que el proceso de evaluación sea coherente con los objetivos de la formación médica especializada. Permite que: el residente sepa con claridad qué se espera de él o ella; el tutor tenga herramientas justas y objetivas para valorar progresos reales; la institución garantice que sus egresados cumplen con un perfil profesional completo, competente y humano.

La evaluación por competencias no reemplaza la evaluación de resultados de aprendizaje; la operacionaliza. Es el puente entre lo que se enseña y lo que se logra. Si los resultados de aprendizaje son el "norte educativo", la evaluación por competencias es el "mapa y brújula" que permite saber si vamos en la dirección correcta.

Solo podemos afirmar que un residente aprendió algo... si fue capaz de demostrarlo en la práctica clínica con criterio, seguridad y respeto.

Evaluación por competencias en la formación del médico residente

La evaluación en el contexto de la formación médica ha evolucionado. Ya no basta con medir cuánto sabe un residente. Hoy, la formación basada en competencias exige valorar lo que el residente sabe, hace, cómo se comporta y cómo piensa éticamente en el contexto real de atención al paciente. La evaluación por competencias permite observar al residente en la práctica clínica diaria, y determinar si es capaz de actuar con eficacia, juicio, responsabilidad y humanidad.

¿Qué son las competencias?

Una competencia es la integración de conocimientos, habilidades técnicas, actitudes, valores y juicio clínico necesarios para desempeñarse adecuadamente en un contexto profesional.

Saber, saber hacer, saber ser y saber estar.

Box 3. Ejemplos de competencias en un residente

| Área de competencia | Ejemplo concreto |
|----------------------|---|
| Conocimiento clínico | Diagnosticar y tratar una neumonía según guías actuales. |
| Habilidad técnica | Realizar una punción lumbar bajo supervisión. |
| Comunicación | Explicar con claridad un plan de tratamiento a un paciente. |
| Profesionalismo | Ser puntual, respetuoso y ético con pacientes y colegas. |
| Toma de decisiones | Evaluar riesgos y beneficios de iniciar quimioterapia. |

Las características de la evaluación por competencias son: centrada en el desempeño real; progresiva y formativa (evalúa evolución, no solo resultados finales); multifuente: incluye observación directa, retroalimentación, autoevaluación, etc.; contextual: se adapta al nivel de formación y al escenario clínico.

Box 4. Instrumentos de evaluación más utilizados

| Instrumento | Uso principal | Características |
|--|---|---|
| Mini-CEX (Evaluación Clínica Directa Breve) | Observar una interacción clínica breve y evaluarla. | Rápida, específica, centrada en el desempeño real. |
| DOPS (Evaluación de Procedimientos) | Evaluar un procedimiento técnico en tiempo real. | Incluye técnica, comunicación, seguridad. |
| Rúbricas por competencias | Evaluar desempeño en actividades amplias (rotación, guardia). | Define niveles de logro (incipiente, competente, avanzado). |
| Portafolio del residente | Recopilar evidencia del aprendizaje a lo largo del tiempo. | Reflexiones, actividades, logros, retroalimentaciones. |
| Feedback estructurado | Retroalimentación oral o escrita tras observación directa. | Basada en hechos concretos, promueve la mejora. |

Box 5. Estructura de una rúbrica por competencias

| Competencia | Descripción | Nivel incipiente | Nivel competente | Nivel avanzado |
|------------------------------|------------------------------------|---|--|---|
| Comunicación con el paciente | Escucha activa, claridad, empatía. | Usa lenguaje técnico, interrumpe al paciente. | Explica con claridad, adapta lenguaje, responde dudas. | Demuestra empatía, maneja emociones, promueve decisiones compartidas. |

Las rúbricas permiten objetivar y justificar las evaluaciones, evitando juicios subjetivos.

Realimentación: una parte esencial. Toda evaluación debe ir acompañada de realimentación formativa, que ayude al residente a: reconocer sus fortalezas; identificar oportunidades de mejora; trazar objetivos concretos para el siguiente paso.

Hoy tu abordaje fue correcto, pero sería útil que practiques más cómo organizar el discurso clínico al presentar el caso. ¿Te gustaría que lo repasemos juntos?"

Box 6. Evaluación formativa vs. sumativa

| Tipo de evaluación | Propósito | Cuando se realiza |
|---------------------------|------------------------------------|--|
| Formativa | Mejorar el proceso de aprendizaje. | Durante la rotación o actividad clínica. |
| Sumativa | Validar logros alcanzados. | Al final de la rotación o período formativo. |

Ambas son necesarias y deben estar articuladas.

¿Quién evalúa al residente?

Tutores clínicos: observan y retroalimentan el desempeño diario; Especialistas del equipo: aportan valoraciones desde su rol; Autoevaluación del residente: favorece la conciencia de sí; evaluación por pares o enfermería (*cuando corresponde*): útil para medir habilidades interpersonales.

¿Qué hacer con los resultados de la evaluación?

Compartirlos con el residente en entrevista formal; registrar los logros y áreas de mejora; establecer planes de mejora si se identifican dificultades; dar seguimiento en la siguiente rotación (aprendizaje longitudinal). La evaluación por competencias es una herramienta poderosa para acompañar el

crecimiento del residente como profesional reflexivo, ético y clínicamente competente. No se trata solo de “aprobar” o “reprobar”, sino de guiar con justicia y sentido pedagógico el desarrollo continuo.

Evaluar no es juzgar, es ayudar a avanzar.

Capítulo 5: Buenas prácticas docentes en el entorno asistencial

El hospital o centro asistencial no es solo un lugar donde se diagnostican y tratan enfermedades. También es un espacio formativo vivo, donde residentes aprenden a ser médicos con la guía de sus tutores. Enseñar en este entorno requiere habilidades clínicas, pero también sensibilidad docente. Las buenas prácticas docentes aseguran que el aprendizaje sea significativo, seguro, ético y humano. Favorecen no solo el desarrollo de competencias, sino también la construcción de una identidad profesional responsable y comprometida.

¿Qué son las buenas prácticas docentes?

Son acciones, actitudes y estrategias que los tutores clínicos utilizan para facilitar el aprendizaje en escenarios reales, asegurando: calidad educativa; respeto por la persona en formación; cuidado del paciente; transmisión de valores éticos y profesionales.

Box 7. Características de una buena práctica docente en salud

| Característica | Significado |
|--|--|
| Centrada en el residente | Reconoce sus necesidades, nivel de formación, ritmo y estilo de aprendizaje. |
| Basada en la experiencia clínica real | Usa el contexto asistencial como fuente activa de enseñanza. |
| Reflexiva | Invita a pensar, analizar, argumentar, no solo a repetir. |
| Humanizadora | Promueve el respeto, la empatía, la escucha y la ética. |
| Progresiva | Fomenta la autonomía supervisada según el nivel de competencia. |

Ejemplos de buenas prácticas docentes en el entorno asistencial

1. Recibir al residente con claridad y acogida

- Presentar al equipo.
- Explicar funciones, expectativas y objetivos.
- Mostrar disponibilidad.

Una buena bienvenida define el tono de toda la rotación.

2. Enseñar durante la atención, sin interrumpir el flujo asistencial

- Hacer preguntas abiertas: “¿Qué opinas?”, “¿Cómo lo enfocarías?”
- Explicar razonamientos clínicos en voz alta.
- Compartir dudas cuando las haya: “Yo también necesito revisar este caso”.

El aprendizaje se integra a la práctica real, no se separa de ella.

3. Dar realimentación frecuente, específica y constructiva

- Después de una entrevista o procedimiento.
- En privado y con respeto.
- Enfocada en conductas observables, no en rasgos personales.
-

“Hoy noté que organizaste bien la historia clínica. Te sugiero que profundices más en los antecedentes familiares la próxima vez.”

4. Fomentar la reflexión clínica

- Hacer pensar, no solo responder.
- Preguntar: “¿Qué aprendiste de este caso?”, “¿Qué harías diferente la próxima vez?”
La medicina no se enseña solo con respuestas, sino con preguntas bien hechas.

5. Modelar actitudes profesionales y éticas

- Mostrar respeto al paciente, incluso en contextos difíciles.
- Escuchar opiniones distintas.
- Reconocer errores y dudas.
El tutor es el espejo donde el residente aprende a verse como futuro médico.

6. Respetar el rol formativo del residente

- No usar al residente como fuerza laboral exclusivamente.
- Delegar progresivamente con supervisión.
- Evitar tareas sin valor pedagógico.
El residente está para aprender haciendo, no solo para resolver carga asistencial.

7. Aprovechar los errores como oportunidades de aprendizaje

- Analizar errores o fallas en la atención desde una mirada pedagógica.
- Enseñar seguridad del paciente.
- Promover la cultura del aprendizaje sin culpa.
Lo importante no es solo qué falló, sino cómo lo abordamos como equipo.

8. Evaluar con justicia y transparencia

- Usar rúbricas claras, observar directamente.
- Hablar con el residente sobre sus progresos.
- Dar espacio a la autoevaluación.
La evaluación es parte del aprendizaje, no un castigo.

9. Fomentar el respeto mutuo

- Evitar jerarquías abusivas.
- Tratar al residente con dignidad, incluso al corregir.
- Promover un clima de aprendizaje seguro.
Un entorno seguro mejora la enseñanza y protege al paciente.

10. Actualizarse como docente

- Participar en jornadas o talleres de formación pedagógica.
- Compartir experiencias con otros tutores.
- Reflexionar sobre la propia práctica.
El buen tutor también está en constante formación.

Las buenas prácticas docentes en salud no requieren grandes recursos ni tecnologías, pero sí requieren compromiso, empatía y una conciencia clara de que formar a alguien en un entorno clínico es también cuidar la salud del futuro.

Todo lo que el residente vive en su formación, lo reproducirá cuando sea responsable de otros. Enseñar con humanidad es sembrar medicina ética y segura.

Capítulo 6: Criterios de progresividad en la formación clínica

En el proceso formativo del médico residente, no todos los aprendizajes suceden al mismo tiempo ni de la misma forma. Cada residente tiene un ritmo, una curva de desarrollo, y un contexto de aprendizaje. Reconocer esto es clave para una enseñanza justa, segura y efectiva. La progresividad es un principio pedagógico esencial que busca asegurar que la enseñanza y evaluación clínica: se adecuen al nivel real de desarrollo del residente; favorezcan el crecimiento profesional de forma gradual, estructurada y segura; protejan al paciente, al residente y al entorno formativo.

Enseñar bien no es exigir todo desde el inicio, sino saber qué corresponde en cada etapa del camino clínico.

¿Qué entendemos por progresividad?

La progresividad en la formación clínica se refiere a una evolución gradual de competencias, que permite al residente pasar: de observador a ejecutor; de tareas simples a complejas; de una práctica dependiente a una autónoma supervisada; de seguir indicaciones a tomar decisiones fundamentadas. Este proceso se da en un contexto real, bajo la guía del tutor clínico, y con evaluaciones continuas que aseguran que cada paso está sustentado en competencias alcanzadas.

Principios clave de la progresividad

1. **Individualización:** No todos los residentes avanzan al mismo ritmo. La progresividad debe respetar tiempos personales de madurez clínica.
2. **Seguridad del paciente:** Ningún residente debe asumir tareas para las que no está preparado. La progresión debe estar basada en evaluación objetiva de capacidades.
3. **Desempeño observable:** El avance de nivel debe basarse en lo que el residente demuestra en la práctica, no solo en el tiempo transcurrido.
4. **Realimentación y acompañamiento:** La progresión requiere apoyo activo del tutor, con guía, corrección, preguntas y validación.
5. **Autonomía creciente, no absoluta:** La meta no es la independencia total, sino una autonomía reflexiva, responsable y supervisada.

Niveles de progresividad clínica (modelo de 4 etapas)

Este modelo se adapta a distintos programas de especialidad y puede ser transversal a los años de residencia.

Box 8. Progresividad

| Nivel | Perfil del residente | Tipo de actividad | Tipo de supervisión |
|--|---|--|--|
| Nivel 1: Observador activo | Inexperto; inicia integración al contexto clínico. | Observa entrevistas, exploraciones, procedimientos. Participa en notas clínicas básicas. | Supervisión directa y continua. Tutor explica y modela. |
| Nivel 2: Ejecutante inicial | Ya reconoce el contexto clínico, comienza a actuar. | Realiza actividades simples bajo control: historia clínica, presentación de casos, procedimientos básicos. | Tutor supervisa cada paso, da retroalimentación detallada. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nivel 3: Ejecutante competente | Muestra autonomía en tareas frecuentes, toma decisiones simples. | Maneja pacientes estables, sugiere diagnósticos y tratamientos, realiza procedimientos con seguridad. | Supervisión indirecta con revisión de resultados. Feedback regular. |
| Nivel 4: Profesional casi autónomo | Actúa con juicio, se anticipa a problemas, lidera tareas complejas. | Maneja casos complejos, participa en decisiones éticas, lidera discusiones clínicas. | Tutor actúa como consultor. Evaluación por resultados y juicio clínico. |

Ejemplos de progresividad por actividad clínica

Box 9. Ejemplo 1, de presentación de un caso clínico

| Nivel | Actividad esperada |
|--------------|--|
| 1 | Escucha cómo se presenta un caso. Aprende estructura. |
| 2 | Presenta con guía y retroalimentación. Se enfoca en los datos objetivos. |
| 3 | Presenta de forma clara y razonada. Sugiere hipótesis. |
| 4 | Presenta con fluidez, integra información compleja y propone planes terapéuticos justificados. |

Box 10. Ejemplo 2, procedimiento clínico (ej. paracentesis)

| Nivel | Actividad esperada |
|--------------|---|
| 1 | Observa la técnica y reconoce el instrumental. |
| 2 | Participa bajo supervisión directa, paso a paso. |
| 3 | Realiza el procedimiento con seguridad y mínima guía. |
| 4 | Realiza el procedimiento con autonomía supervisada, enseña a otros y maneja complicaciones menores. |

Vinculación con evaluación

La progresividad debe estar reflejada en los instrumentos de evaluación. Cada nivel debe tener criterios claros y visibles de logro. Por ejemplo, una rúbrica para evaluar la comunicación con el paciente puede incluir:

Box 11. Nivel de logro alcanzado

| Nivel de logro | Descripción |
|-----------------------|---|
| Inicial | Usa lenguaje técnico, interrumpe frecuentemente, no adapta su discurso. |
| Intermedio | Explica en términos sencillos, escucha al paciente, responde dudas. |
| Avanzado | Demuestra empatía, reconoce emociones, ajusta lenguaje según nivel sociocultural. |

Aplicación práctica para tutores clínicos

Los tutores deben: conocer el nivel de entrada del residente en cada rotación; alinear sus expectativas a ese nivel; ajustar las tareas clínicas asignadas según progresión; observar el desempeño real, no asumir por “año de residencia”; facilitar la autonomía en función del nivel alcanzado, no del tiempo transcurrido; documentar el avance y retroalimentar con evidencia.

Box 12. Riesgos de NO aplicar progresividad

| Error común | Consecuencia |
|--|--|
| Delegar tareas complejas a un residente no preparado | Riesgo clínico, aumento de errores, estrés formativo. |
| No permitir autonomía en residentes competentes | Desmotivación, aprendizaje limitado, dependencia excesiva. |
| Evaluar sin considerar el nivel alcanzado | Injusticia en la evaluación, frustración del aprendiz. |

La formación clínica es un camino de crecimiento progresivo que exige acompañamiento respetuoso, supervisión ajustada y criterios claros. Aplicar progresividad no es solo una herramienta pedagógica: es un acto ético, que cuida al residente, al paciente y al sistema de salud.

El tutor que acompaña el ritmo del residente, forma con justicia, seguridad y humanidad.

Capítulo 7: Anexos

Ejemplo de plan de rotación asistencial

Especialidad: **Oncología Clínica**

Nivel: **R2**

Fechas: Agosto a noviembre 2025

Servicio donde rotan: Oncología Clínica HECAM

| Mes | 1 - 2 | | | | 3 - 4 | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---|---|---|---|--|
| Semana | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7-8 | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7-8 |
| Destreza por adquirir | Manejo de toxicidades grado 3-4 por quimioterapia | Formulación de planes de tratamiento multidisciplinarios | Comunicación de malas noticias | Seguimiento y vigilancia postratamiento | Cuidado paliativo temprano | Interpretación avanzada de imágenes oncológicas | Evaluación geriátrica oncológica integral | Manejo de efectos secundarios cutáneos inducidos por terapias oncológicas |
| Objetivo | Identificar, clasificar y manejar complicaciones graves de quimioterapia según CTCAE v5.0. | Diseñar esquemas terapéuticos integrando cirugía, quimioterapia y radioterapia según guías internacionales (NCCN, ESMO). | Aplicar técnicas de comunicación empática en la entrega de diagnósticos o pronósticos desfavorables. | Elaborar un plan de seguimiento individualizado según tipo de cáncer y riesgo de recurrencia. | Identificar pacientes que se beneficiarían de intervenciones paliativas integradas al tratamiento oncológico. | Analizar estudios de imágenes (TAC, PET/CT, RM) para estadificación, respuesta a tratamiento y detección de recaídas. | Aplicar herramientas de evaluación geriátrica para adaptar tratamientos oncológicos en adultos mayores. | Identificar, clasificar y tratar reacciones cutáneas comunes causadas por quimioterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas. |
| Resultado de aprendizaje | El residente podrá elaborar un plan de manejo integral ante una toxicidad severa (por ejemplo, neutropenia febril). | El residente podrá presentar un caso oncológico con plan terapéutico justificado por evidencia. | El residente podrá realizar una entrevista simulada utilizando el modelo SPIKES. | El residente podrá diseñar cronogramas de controles clínicos y paraclínicos adecuados. | El residente podrá reconocer síntomas que requieren intervención paliativa e indicar medidas adecuadas. | El residente podrá describir correctamente los hallazgos relevantes en una TAC oncológica e integrarlos al contexto clínico del paciente. | El residente podrá identificar fragilidad, comorbilidades y funcionalidad para proponer un tratamiento individualizado en pacientes ≥ 70 años. | El residente podrá reconocer efectos dermatológicos (como <i>rash</i> acneiforme, xerosis, prurito, toxicidad ungueal) e indicar el tratamiento dermatológico apropiado de acuerdo con guías clínicas. |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|---|---|--|--|--|
| Evaluación | Simulación clínica o discusión de caso real con plan terapéutico. | Discusión en comité oncológico. | Evaluación directa mediante <i>role-play</i> con checklist estructurado. | Elaboración de un plan de vigilancia para un paciente en remisión completa. | Estudio de caso con propuesta de manejo paliativo. | Estudio de caso con revisión de imágenes y presentación de informe oral ante tutor. | Revisión de caso clínico real con aplicación de escalas (G8, CIRS-G, ECOG, Mini-Mental). | Análisis de caso clínico con revisión de imágenes y formulación de plan de manejo. |
| Producto para entregar | Guía rápida (1 página) para el manejo de 3 toxicidades frecuentes. | Resumen tipo "tumor board" de 2 casos clínicos reales con plan de tratamiento propuesto. | Reflexión escrita de la experiencia con aspectos a mejorar. | Tabla de cronograma de seguimiento para 2 tipos de cáncer (ej. mama y colon). | Ficha de evaluación de síntomas y plan de intervención (control de dolor, apoyo emocional, etc.). | Informe escrito interpretando 3 casos clínicos con imágenes, incluyendo diagnóstico diferencial y propuesta de conducta. | Informe escrito de evaluación geriátrica integral de un paciente con diagnóstico oncológico, con recomendaciones terapéuticas adaptadas. | Ficha práctica con los 5 efectos secundarios cutáneos más frecuentes y su algoritmo de manejo inicial (máx. 1 página). |
| Habilidades no técnicas | Resolución de problemas bajo presión, trabajo en equipo, comunicación con enfermería. | Liderazgo clínico, toma de decisiones en grupo, respeto por la opinión del equipo. | Empatía, manejo de emociones, escucha activa. | Organización, continuidad del cuidado, comunicación efectiva con el paciente. | Humanismo, sensibilidad ante el sufrimiento, colaboración con paliativistas. | Pensamiento crítico, precisión en la comunicación clínica, colaboración con radiología. | Respeto a la diversidad funcional, juicio clínico individualizado, comunicación clara. | Responsabilidad, enfoque preventivo, toma de decisiones basada en riesgo-beneficio. |

Notas explicativas:

1. La adquisición de cada destreza se desarrollará en periodos de dos (2) semanas;
2. Se utilizará un máximo de dos (2) horas por día para el encuentro entre el tutor y el estudiante;
3. Para la evaluación individual se utilizará el formato EVA1, y será realizada de forma exclusiva por el tutor de la universidad;
4. Se debe fomentar el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el juicio profesional.

Formato EVA1-Informe individual de evaluación de rotación asistencial

| | | | |
|--------------------------------|-------------|----------|--|
| Nombres y apellidos estudiante | | | |
| Cédula de ciudadanía | | | |
| Especialidad | | | |
| Tipo de rotación | Interna | Externa | |
| Modalidad de rotación | Obligatoria | Opcional | |
| Hospital | | | |
| Servicio | | | |
| Fecha de inicio rotación | | | |
| Fecha de fin rotación | | | |
| Duración en meses | | | |

| Resultado de aprendizaje de la rotación | Si cumple | No cumple | Grado de cumplimiento (A, B, C) |
|--|-----------|-----------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Conocimientos y habilidades | Si cumple | No cumple | Grado de cumplimiento (A, B, C) |
|---|-----------|-----------|---------------------------------|
| Conocimientos adquiridos | | | |
| Razonamiento/ valoración del problema clínico | | | |
| Capacidad para tomar decisiones | | | |
| Habilidades y destreza adquiridas | | | |
| Capacidad para resolver problemas | | | |
| Uso racional de recursos | | | |
| Seguridad del paciente | | | |
| Manejo de la información | | | |

| Actitudes y comportamiento | Si cumple | No cumple | Grado de cumplimiento (A, B, C) |
|---|-----------|-----------|---------------------------------|
| Motivación | | | |
| Asistencia | | | |
| Puntualidad | | | |
| Comunicación con el paciente y la familia | | | |
| Trabajo en equipo | | | |
| Valores éticos | | | |
| Profesionalismo | | | |

| Actividades hospitalarias | Si cumple | No cumple | Grado de cumplimiento (A, B, C) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------------|
| Sesiones hospitalarias | | | |
| Sesiones o reuniones del servicio | | | |
| Grand rounds | | | |
| Eventos de vinculación con pacientes | | | |
| Otros | | | |

A= 91 a 100%

B= 81 a 90%

C= 71 al (0%)

Calificación mínima del 70% de cumplimiento

| | |
|-----------------|--|
| Observaciones | |
| Recomendaciones | |

| Nombre y firma del tutor respectivo | Estudiante (realimentación) | Coordinador del programa de especialidad |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| Firma | Firma | Firma |