

Competencias de la supervisión clínica en medicina: elementos para su evaluación

RUBÉN ABDEL VILLAVICENCIO-MARTÍNEZ,¹ EDNA LUNA-SERRANO²



Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar el proceso de definición y validación de las competencias de supervisión clínica en medicina susceptibles de ser evaluados por los estudiantes. Los participantes fueron 16 expertos que valoraron 57 proposiciones. Se solicitó a los expertos su valoración de acuerdo a los siguientes criterios: elementos esenciales, elementos útiles pero no esenciales, y elementos no necesarios. La información producto del juceo se procesó de acuerdo con la adaptación del *Content Validity Ratio* (CVR). Los resultados muestran que existen diferentes elementos esenciales según el contexto de supervisión, ya sean asignaturas clínicas, internado o residencia; asimismo, se identificaron elementos comunes como: la explicitación del reglamento, el plan de supervisión, la atención a las necesidades de los pacientes y la retroalimentación del desempeño de los estudiantes, aspectos interpersonales y de trabajo colaborativo. Se concluye que, conforme se avanza en el estudio de la profesión médica, el grado de control e intervención de los supervisores disminuye; tal es el caso del internado donde, en comparación con lo que sucede con las asignaturas clínicas, se reduce la atención a elementos de adaptación al ámbito clínico y se concentran en la atención a los pacientes y el análisis de casos hipotéticos. Una situación similar se experimenta en la transición hacia los estudios de posgrado (residencias) donde el énfasis está en la consolidación del médico como profesional independiente.

Palabras clave: Supervisión clínica en medicina, Evaluación formativa, Validez de contenido, Contexto de supervisión.

Competences of Clinical Supervision in Medicine: Elements to its Assessment

Abstract

The aim of this paper is to present the process of definition and validation of clinical supervision competencies in medicine evaluated by students. The participants were 16 experts who evaluated 57 propositions. The experts were asked to make their assessment according to the following criteria: essential elements, useful but not essential and not necessary elements. The information was processed according to the adaptation of the *Content Validity Ratio* (CVR). The results show that there are several essential elements according to the context of supervision, whether clinical, internship or residency settings; there are also common elements identified: explicitation of the regulation, the monitoring plan, attention to the needs of patients, feedback of student performance, interpersonal aspects and collaborative work. It is concluded that as advances in the study of the medical profession, the degree of control and supervisory intervention decreases; such is the case of the internship where, compared to what happens with clinical subjects, attention to elements of adaptation to the clinical setting is reduced and the focus is on patients attention and analysis of hypothetical cases. A similar situation is experienced in a transition to postgraduate studies (residences) where the emphasis is on strengthening the physician as an independent practitioner.

Keywords: Clinical Supervision in Medicine, Formative Assessment, Content Validity, Context of Supervision.

Recibido: 26 de mayo de 2016
Aceptado: 29 de julio de 2016
Declarado sin conflicto de interés

1 Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo. Universidad Autónoma de Baja California, México. rubenabdel@gmail.com

2 Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo. Universidad Autónoma de Baja California, México. eluna@uabc.edu.mx

Introducción

La enseñanza de la medicina en el ámbito clínico es una actividad compleja y multidimensional. Demanda un balance entre supervisión y autonomía; como lo sostienen Schumacher, Bria y Frohna (2013:2613) “el ambiente educativo óptimo se construye proveyendo autonomía a los aprendices incluso cuando están siendo supervisados”. Lo anterior se justifica con el fin último de la educación médica: la práctica independiente de la profesión (Schumacher *et al.*, 2013).

La enseñanza de la medicina se divide en tres tipos de actividades: (i) actividades teóricas con objetivo informativo desarrolladas en el aula universitaria; (ii) actividades prácticas llevadas a cabo en laboratorios y anfiteatros, las cuales ponen mayor énfasis en técnicas y procedimientos específicos; y (iii) actividades asistenciales desarrolladas en entornos clínicos, las cuales consisten en prácticas de atención a pacientes reales bajo la supervisión de médicos expertos (Hamui, Lavalle, Díaz, Gómez, Carrasco y Vilar, 2012).

La distinción entre estos tres tipos de actividades no implica la segmentación de la enseñanza de la medicina: por lo menos en teoría y en los currícula de medicina actuales, el modelo educativo basado en competencias propone la integración de los tres tipos de contenidos durante toda la formación profesional, por lo cual en un mismo periodo lectivo confluyen los tres tipos de actividades.

En el desarrollo histórico de la enseñanza de la medicina, la atención a personas en condición de enfermedad ha sido un elemento fundamental para desarrollar las competencias profesionales médicas. Esto es, la enseñanza de la medicina se desarrolla predominantemente en el trabajo, en el contacto directo con pacientes reales, en contextos hospitalarios, clínicos, de atención domiciliaria y ambulatoria con instrumental especializado (Lifshitz-Guinzberg, 2012).

Es preciso mencionar que las actividades didácticas de contenido clínico suelen ser referidas por los expertos en el estudio de los procesos pedagógicos en medicina como *enseñanza clínica* o *supervisión clínica* y hacen referencia al proceso formativo centrado en los pacientes y sus problemas, desarrollado en hospitales, clínicas, medio ambulatorio y en la comunidad (Spencer, 2003).

De tal manera que la supervisión clínica en medicina es una forma de enseñanza en el servicio, que demanda el aprendizaje activo por parte de los estudiantes y la regulación constante del grado de control

ejercido por el supervisor; por lo cual, la supervisión clínica constituye un nivel de complejidad mayor en comparación con la tradicional enseñanza en el aula (Kilroy, 2006; Vaughan, 2015). Tiene relación con los conceptos de aprendizaje en el trabajo y aprendizaje basado en la práctica, ya que dichos conceptos hacen referencia al desarrollo de competencias profesionales con base en el desarrollo de tareas reales propias del gremio o disciplina en la que se centra el proceso (Durante, 2012).

La supervisión clínica surge de la concepción del doctor como profesor (Kilroy, 2006); esto conlleva al reconocimiento de tres aspectos: (i) parte de la función del médico experimentado es enseñar formalmente a los nuevos integrantes del equipo médico; (ii) se basa en el compromiso ético del supervisor para compartir sus experiencias con los aprendices que se desempeñan en la clínica; y (iii) persigue el propósito de promover la práctica autónoma de la profesión médica.

Sin embargo, Kilroy (2006), Kilminster y Jolly (2000), y Razmjou *et al.* (2015) consideran que, independientemente de las características del contexto clínico, existen dos elementos claves para entender el concepto de supervisión: (i) el aseguramiento de la calidad en la atención de los pacientes en condición de enfermedad y (ii) la promoción del desarrollo profesional de los médicos aprendices, mediante el aprendizaje activo, la búsqueda de soluciones a problemas reales, el desarrollo de competencias para autorregular el aprendizaje, la aplicación del rigor metodológico de las ciencias y el trabajo en equipos multidisciplinarios (Lifshitz-Guinzberg, 2012; Schumacher *et al.*, 2013; Santana *et al.*, 2013).

En relación con este propósito, Deane y Murphy (2013) sostienen que la supervisión clínica busca desarrollar la competencia médica y se divide en dos tipos de actividades, por una parte las “actividades clínicas” donde el aprendiz es un miembro integral del equipo de atención médica de una institución de salud, donde observa, asiste y ejecuta actividades propias de la profesión. Por otra parte, “las actividades académicas” aluden a sesiones tutoriales interactivas de discusión de casos, hipotéticos o reales, en pequeños grupos.

Esta distinción entre dos tipos de actividades en la supervisión clínica de la medicina también es señalada por Sinclair (2004), con una diferencia: contempla dos tipos de sesiones académicas, las conferencias de casos y el *Journal Club*. La conferencia de casos hace referencia a sesiones semanales de presentación de un caso clínico concreto y la discusión sobre las posi-

bles formas de abordarlo; el *Journal Club*, posterior a la conferencia de casos, se centra en el análisis de artículos de divulgación científica.

Respecto a los métodos didácticos utilizados en la supervisión clínica de la medicina, Hamui *et al.* (2012) reportaron cuatro tipos de actividades privilegiadas: (i) revisión de expedientes clínicos, (ii) planificación de intervenciones clínicas, (iii) paso de visita supervisada por el médico de base, y (iv) planteamiento de una pregunta relevante a partir de la práctica clínica.

Si bien hay algunas coincidencias entre los autores sobre algunos elementos referentes a la supervisión clínica, Kilroy (2006) indica que no hay consenso sobre el significado del concepto. Donde sí existe un acuerdo en la literatura es en sostener que el concepto y la práctica de la supervisión clínica es uno de los aspectos menos desarrollados en la enseñanza de la medicina, tanto en investigación científica como en discusión entre profesionales (Kilminster y Jolly, 2000; Martin, Kumar, Lizarondo y VanErp, 2015; Razmjou *et al.*, 2015; Vaughan, 2015). Además, se reconoce que la mayor parte de los estudios en torno al concepto de supervisión clínica se han desarrollado en enfermería (Martin *et al.*, 2015).

La evaluación de la supervisión clínica, entendida como un proceso formativo, se presenta como una condición para el aseguramiento de la calidad de la atención de los pacientes y la formación de los nuevos médicos (Beckman, Cook y Mandrekar, 2005; Fluit *et al.*, 2010). Sin embargo, Beckman, Cook y Mandrekar (2005), Fluit *et al.* (2010), García-Vigil (2005) y Vaughan (2015) argumentan que presenta limitaciones, principalmente en cuanto al objeto y los métodos de evaluación utilizados.

García-Vigil (2005) señala que los cuestionarios de evaluación docente con base en la opinión de los estudiantes, desarrollados por la mayoría de las universidades, han sido de utilidad para valorar el desempeño de los profesores asignados a las aulas de la facultad de medicina, empero, debido a las particularidades de la enseñanza en atención directa a pacientes, la evaluación de la supervisión clínica queda fuera del alcance de estos cuestionarios.

Los argumentos de García-Vigil son consistentes con lo establecido por Vaughan (2015:2): "varios autores sostienen que los cuestionarios [de evaluación de los supervisores con base en la opinión de los estudiantes] deben de ser específicos para el ambiente en el que se desarrolla la enseñanza clínica".

Las evidencias de validez de las puntuaciones de los cuestionarios utilizados para evaluar a los supervi-

sores clínicos también representan una fuente de preocupación para Beckman, Cook y Mandrekar (2005). En primer lugar, de acuerdo con lo argumentado por los autores, las investigaciones referentes a la evaluación de los supervisores clínicos reportan insuficiente información sobre validez. En segundo lugar, quienes reportan información sobre validez se centran en una variedad limitada de evidencias, sin lograr la comprobación de las hipótesis subyacentes a sus estudios (Beckman *et al.*, 2005).

Por último, los resultados de la recolección de evidencias de validez de las puntuaciones de los cuestionarios pueden verse condicionadas si se lleva a cabo análisis estadístico con base en datos preexistentes y si se reportan pruebas de confiabilidad equivocadas para el tipo de escala (Beckman *et al.*, 2005).

Fluit y colaboradores analizaron más de 2700 estudios publicados entre 1976 y 2010 en búsqueda de identificar el contenido, validez y fines de los cuestionarios utilizados para evaluar a los supervisores clínicos en medicina (Fluit *et al.*, 2010). Los resultados del meta análisis reflejan que (i) si bien la mayoría de los instrumentos analizados cubren los dominios y competencias base¹ de los supervisores clínicos, la competencia docente para evaluar los aprendizajes clínicos no está representada en los instrumentos de evaluación utilizados en las universidades e instituciones de salud, esto es, existe escasa información de cómo se valoran los procesos y resultados del proceso de aprendizaje y su retroalimentación; (ii) otro de los principales hallazgos es la sub representación de la competencia de planificación, lo cual significa que no se evalúa tampoco las competencias de los supervisores clínicos en torno a la planificación de las intervenciones didácticas en los escenarios clínicos de la medicina; (iii) existe una representación suficiente de las competencias de los supervisores como expertos médicos; (iv) se encontró una representación escasa de las competencias comunicativas de los supervisores; (v) los cuestionarios no son validados en diferentes contextos (Fluit *et al.*, 2010).

Hay cinco implicaciones derivadas de los resultados del meta análisis expuesto por Fluit y colaboradores: (i) la evaluación debe incluir todos los aspectos de la enseñanza clínica; (ii) es necesario evaluar una mayor gama de disciplinas en diferentes contextos; (iii) se requiere diversificar las fuentes de validez; (iv) se requiere determinar los factores que influyen (sesgan) los resultados de las evaluaciones; y (v) es fundamental equilibrar características de medida, validez de contenido, viabilidad y aceptación.

Como es evidente, para la evaluación de los supervisores clínicos en medicina es necesario reconocer los mínimos elementos a considerar (Trejo-Mejía *et al.*, 2005), y en la literatura se identifican al menos siete dominios:

- i. Modelaje. Fluit *et al.* (2010) señalan que los buenos supervisores en los campos clínicos son modeladores del desempeño de sus estudiantes mediante el ejemplo de buenas prácticas profesionales en lo referente al cuidado del paciente e interacción en la institución de salud.
- ii. Asegurar la calidad en el cuidado clínico. El Health and Human Services (s/f) sostiene que el supervisor en los campos clínicos es un mentor que facilita el desarrollo de competencias profesionales recalcando las funciones de atención y cuidado adecuados de los pacientes.
- iii. Evaluar el aprendizaje. El dominio evaluativo que los supervisores clínicos deben evidenciar incluye el uso de diversas estrategias para la valoración sumativa de las competencias médicas de los supervisados (Fluit *et al.*, 2010) y la evaluación formativa de sus desempeños (Kilminster y Jolly, 2000).
- iv. Evaluar la utilización los recursos. De acuerdo con Fluit *et al.* (2010) es necesario considerar a los médicos como miembros de organizaciones de cuidado de la salud, por lo cual, los supervisores clínicos deben priorizar los recursos para contribuir a la eficiencia de la organización.
- v. Aprendizaje colaborativo. Falender y Shafranske (2004) argumentan que la supervisión efectiva se basa en gran medida en la constitución de alianzas de aprendizaje y responsabilidades compartidas.
- vi. Crear un clima constructivo de aprendizaje. La conformación de ambientes de aprendizaje en los que existan vínculos afectivos adecuados que faciliten la comunicación, la consulta y la retroalimentación entre los miembros de equipo médico (Falender y Shafranske, 2004; Hore, Lancashire y Fassett, 2009).
- vii. Promover el pensamiento crítico. Según lo establecen Harvey *et al.* (2002) es fundamental que los supervisores formen en los alumnos que aprenden en los campos clínicos las capacidades para reflexionar sobre su propia práctica y adecuar su práctica a las condiciones contextuales que se enfrentan en momentos determinados.

En resumen, la supervisión clínica en medicina es un campo de estudio a ser desarrollado, las investiga-

ciones científicas desarrolladas en torno a la supervisión clínica presentan limitaciones metodológicas en sus diseños; no hay claridad sobre la relación causal entre supervisión clínica y calidad de la atención a los pacientes; y la evaluación de la supervisión clínica involucra la definición de los elementos más importantes de esta modalidad de enseñanza.

Los argumentos señalados dan cuenta de la insuficiencia de evidencias empíricas acerca del concepto de supervisión clínica en medicina y su evaluación; esto es, a diferencia de lo que sucede en las actividades áulicas, es poca la evidencia empírica que describa cómo se enseña en el ambiente clínico en atención directa a pacientes, cómo se evalúa a los supervisores clínicos en medicina y, principalmente, cuáles son los elementos esenciales que se deben de considerar para evaluar formativamente a los supervisores clínicos en medicina.

El objetivo de este trabajo es reportar los resultados del proceso de definición de las competencias y elementos de la supervisión clínica en medicina susceptibles de ser evaluadas por los estudiantes.

Método

Participantes

Se integró un comité de 16 expertos en supervisión clínica de medicina; su media de edad es 46 años, un promedio de 21 años de experiencia médica y 16 años de experiencia docente. Del total de expertos, seis son profesores en asignaturas clínicas en una universidad pública mexicana, cinco son supervisores en el internado rotatorio de pregrado en una institución pública de salud y cinco son supervisores de residencias (posgrado) en una institución pública de salud (ver Tabla 1). Los criterios de inclusión fueron: (i) supervisores que se desempeñen como supervisores clínicos en medicina; (ii) experiencia igual o mayor que cinco años como supervisor clínico en medicina; (iii) el género, la edad o el estatus económico no son criterios que se hayan tomado en cuenta.

Instrumento

Se diseñó una tabla de validación de contenido formada por 57 proposiciones y tres opciones de respuesta: elementos esenciales, elementos útiles pero no esenciales y elementos innecesarios. Asimismo, se utilizó la pregunta abierta *¿Existen otras actividades que deba desempeñar el supervisor en los campos clínicos y que no estén incluidas en el cuestionario? ¿Cuáles son?* y un espacio de comentarios y sugerencias. Las proposiciones for-

Tabla 1. Relación de supervisores clínicos por institución

Instituciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
IMSS-UNAM	4	25.0	25.0	25.0
IMSS	7	43.8	43.8	68.8
UNAM	3	18.8	18.8	87.5
IMSS IPN	1	6.3	6.3	93.8
ISSSTE	1	6.3	6.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; IPN: Instituto Politécnico Nacional.

man parte de un cuestionario de evaluación de la competencia docente con base en la opinión de los estudiantes diseñado como parte de este trabajo de investigación, dicho instrumento fue piloteado en una universidad pública mexicana.

Las proposiciones fueron previamente piloteadas y se definieron en una etapa previa en la que se consultó a cinco supervisores clínicos de la Universidad Autónoma de Baja California y un especialista en psicometría.

Procedimiento

La aplicación del instrumento de validación se realizó de forma individual, se solicitó que valoraran cada una de las proposiciones, de acuerdo con lo propuesto con Lawshe (1975): elementos esenciales, elementos útiles pero no esenciales y elementos no necesarios. Para analizar la información producto del jueceo se utilizó la propuesta de adaptación del *Content Validity Ratio* (CVR) originalmente propuesto por Lawshe (1975) y modificado por Tristán (2008).² La expresión algebraica utilizada para el cálculo del CVR' fue:

$$CVR' = \frac{n_e}{N}$$

Donde:

n_e = número de expertos que tienen acuerdo en la categoría *esencial*.

N = número total de expertos que participaron en el proceso de jueceo.

Resultados

En primer lugar, los jueces que se desempeñan como supervisores de asignaturas clínicas en las facultades de medicina consideraron que 13 proposiciones del total no son esenciales (ver Tabla 2), dejando fuera elementos como la organización de sesiones de análisis de casos, la utilización de diversidad de recursos didácticos, la manifestación de emociones por parte del supervisor y la comunicación de altas expectativas a los estudiantes.

En segundo lugar, a diferencia de lo que manifestaron los supervisores de asignaturas clínicas, aquellos que se desempeñan en el internado rotatorio de pregrado consideraron que el énfasis de la supervisión está en el aseguramiento de la calidad en la atención a los pacientes en condición de enfermedad, los elementos de competencia que consideraron esenciales se refieren a la intervención, el análisis de casos y la reflexión para mejorar la práctica.

Los supervisores clínicos del internado, en su valoración excluyeron elementos como la identificación de conocimientos previos, la presentación entre los estudiantes, la gestión del tiempo, la promoción del trabajo colaborativo y la participación, el uso de diversas estrategias didácticas, la reflexión acerca de los sentimientos de los estudiantes, la compartición de vivencias profesionales y la participación de los estudiantes en su propia evaluación del aprendizaje.

Por último, los supervisores de las residencias

Tabla 2. Proposiciones rechazadas para cada dimensión según el contexto de supervisión

Dimensiones	Proposiciones no aceptadas		
	AsC	Int	Res
Planeación de la supervisión		1	1
Gestión de la supervisión	13	25	24
Evaluación		1	1

Fuente: Elaboración propia.

Proposiciones no aceptadas: $CVR \leq 0.58$. AsC: Asignaturas clínicas; Int: Internado; Res: Residencias.

valoraron como esenciales elementos similares al internado, además se incluyeron: la presentación de los estudiantes con los profesionales que trabajan en la clínica, la promoción de la reflexión sobre los sentimientos experimentados por parte de los estudiantes y la consideración de las opiniones de los estudiantes. Se consideraron no esenciales elementos como la guía para la documentación de todos los procesos y las sesiones de análisis de casos.

Como resulta evidente a partir de los resultados, los elementos de competencia que se consideraron esenciales para la evaluación de los supervisores varían de acuerdo al contexto en el que se desempeñan,

de tal manera que en las asignaturas clínicas, en el internado y en las residencias se privilegian diferentes actividades. En la Tabla 3 se presentan los valores de CVR para cada proposición y se distinguen las proposiciones aceptadas (casillas en blanco) de las rechazadas (casillas sombreadas en gris) para cada uno de los contextos.

Discusión y conclusiones

La supervisión clínica es una modalidad de enseñanza de la medicina que se caracteriza por incluir la atención a enfermos y el desarrollo de competencias

Tabla 3. Valores del Content Validity Ratio para cada proposición

Proposiciones	AsC	Int	Res
<i>Dimensión 1. Planificación de la supervisión</i>			
1. Puntualiza los conceptos importantes involucrados en la supervisión.	1	0.8	0.6
2. Explica el marco reglamentario que condiciona las prácticas clínicas.	0.83	0.8	0.8
3. Al inicio del curso, identifica los conocimientos previos de los estudiantes.	0.66	0.4	0.4
4. Presenta el plan de supervisión (contenidos, organización y evaluación).	1	1	1
5. Define las unidades de aprendizaje en el programa de supervisión.	0.83	0.8	0.8
6. Presenta los criterios de evaluación del programa de supervisión.	0.83	1	1
<i>Dimensión 2. Gestión de la supervisión</i>			
7. Realiza actividades para presentarse ante los alumnos y que se conozcan entre ellos.	0.83	0.4	0.4
8. Presenta a los estudiantes con los profesionales en la institución de salud sede.	0.83	0.4	1
9. Realiza visitas al escenario con los estudiantes para que conozcan instalaciones.	0.66	0.4	0.4
10. Sugiere a los alumnos estrategias para identificar necesidades de los pacientes.	1	1	0.4
11. Guía a los alumnos en la elaboración de un cronograma de trabajo que se ajuste a los requerimientos del programa en la sede.	0.33	0.8	0.4
12. Guía a los alumnos en la elaboración de un cronograma de trabajo que se ajuste a las necesidades de servicio de los pacientes.	0.66	0.4	0.4
13. Guía a los alumnos para que identifiquen los recursos pertinentes para la intervención.	0.66	0.4	0.4
14. Orienta con procedimientos e instrumentos para realizar detección de necesidades.	0.5	1	0.8
15. Promueve que los alumnos colaboren y propongan soluciones.	0.66	0.4	0.4
16. Promueve que los estudiantes apliquen estrategias que mejoren su desempeño.	1	0.8	0.4
17. Plantea situaciones de la sede que exigen a los estudiantes tomar decisiones.	0.83	0.4	0.4
18. Organiza sesiones de análisis de casos para que los alumnos vinculen la teoría con la práctica.	0.5	0.8	0.8
19. Desarrolla sesiones para la reflexión sobre la dimensión teórica.	0.66	0.8	1
20. Desarrolla sesiones para la reflexión sobre la dimensión práctica.	0.83	0.8	1
21. Desarrolla sesiones de análisis para la reflexión sobre la dimensión ética.	1	0.8	0.8
22. Selecciona diversas estrategias didácticas acordes al nivel de desempeño del alumno.	0.83	0.4	0.4
23. Promueve que los alumnos participen expresando sus dudas.	0.66	0.8	0.6
24. En el transcurso de una intervención se incorpora para corregir a los alumnos.	0.33	0.4	0.4
25. Observa y retroalimenta a los alumnos en la ejecución de algún procedimiento.	1	1	0.8
26. Utiliza diversos recursos didácticos para mostrar a los estudiantes cómo intervenir.	0.5	0.4	0.4
27. Asigna espacio para que los alumnos reflexionen acerca de sus sentimientos.	0.66	0.4	0.8
28. Promueve apoyos de contención cuando los alumnos se enfrentan a una crisis.	0.5	0.4	0.8
29. Promueve que los alumnos dialoguen sus alcances y limitaciones.	0.5	0.8	0.4
30. Guía a los estudiantes en la documentación y seguimiento a sus intervenciones.	0.66	1	0.4
31. Explica a los estudiantes los criterios de desempeño que deben alcanzar.	0.83	0.4	0.8
32. Proporcionar retroalimentación positiva, constructiva y correctiva.	0.66	0.8	1
33. Durante la retroalimentación favorece que los alumnos analicen su propio desempeño.	1	0.8	0.4
34. Sugiere a los estudiantes materiales y lecturas específicas.	0.5	0.8	0.4
35. Apoya a los estudiantes a través de modelamiento e intervención directa.	0.33	0.8	0.8

Proposiciones	AsC	Int	Res
<i>Dimensión 2. Gestión de la supervisión</i>			
36. Apoya a los estudiantes para que resuelvan eficazmente incidentes.	0.83	0.4	1
37. Promueve la autoevaluación de los estudiantes.	1	0.4	1
38. Propicia la evaluación de desempeño entre compañeros de equipo.	0.66	0.4	0.4
39. Proporciona explicaciones e instrucciones claras y precisas.	1	1	0.8
40. Se expresa de manera clara y coherente en los escritos que envía.	0.83	0.4	0.4
41. Manifiesta sus emociones de manera oportuna.	0.33	0.2	0.4
42. Manifiesta sus emociones de manera respetuosa.	0.5	0.4	0.4
43. Comparte vivencias profesionales que contribuyan a mejorar el desempeño.	0.66	0.4	0.4
44. Respeta los diferentes puntos de vista de los estudiantes.	0.83	0.8	0.8
45. Promueve que los estudiantes expresen sus diferentes puntos de vista.	0.83	0.8	0.8
46. Genera confianza en los estudiantes para que manifiesten sus sentimientos.	0.66	0.4	0.8
47. Interactúa de forma amable con los estudiantes.	1	0.8	0.8
48. Se comunica de manera respetuosa con los alumnos.	1	1	1
49. Retoma los planteamientos de los estudiantes para promover la participación.	1	0.4	0.4
50. Considera un tiempo razonable para que el alumno pueda responder a preguntas.	0.5	0.4	0.4
51. Comunica altas expectativas de desempeño a los estudiantes.	0.16	0.2	0.4
<i>Dimensión 3. Evaluación</i>			
52. Retroalimentar a los alumnos la adquisición de las competencias.	1	1	1
53. Realiza evaluaciones para retroalimentar sobre el logro de las metas de formación.	0.66	1	0.8
54. Utiliza diversas estrategias y recursos para evaluar el desempeño de los alumnos.	0.66	1	0.8
55. Promueve que los alumnos opinen sobre los procesos de evaluación.	0.66	0.4	0.4
56. Retroalimenta a los alumnos sobre los logros alcanzados en su desempeño.	0.83	0.8	1
57. Ofrece recomendaciones específicas para mejorar el desempeño de los alumnos.	1	1	1

Fuente: Elaboración propia.

AsC: Asignaturas clínicas; Int: Internado; Res: Residencias.

profesionales en los supervisados. En este sentido, es un proceso de enseñanza complejo que requiere modular el grado de control con la intención de promover la práctica independiente de la profesión médica.

El grado de control por parte del supervisor y, por ende, las actividades sustanciales que debe desempeñar el supervisor, varía según el contexto clínico en el que se lleve a cabo la supervisión. En el caso de las supervisión que se desarrolla en las asignaturas clínicas, los resultados mostraron que el acompañamiento de los alumnos en la atención a los pacientes, la guía para que conozcan el escenario donde trabajan, el apoyo para la administración eficiente de los recursos, el trabajo en equipo, la atención a sus sentimientos y opiniones son elementos fundamentales que los supervisores deben atender.

Estos hallazgos concuerdan con los dominios identificados en el análisis de la literatura: el modelaje (Fluit *et al.*, 2010) como eje fundamental de la supervisión, la atención a los pacientes (Health and Human Services, s/f) como principal responsabilidad del médico experimentado y del médico en formación, la evaluación del aprendizaje como medio para el mejoramiento de la formación (Fluit *et al.*, 2010; Kilminster y Jolly, 2000), la gestión eficiente de los recursos como parte de las responsabilidades de los profesionales de

la salud (Fluit *et al.*, 2010), el trabajo colaborativo (Falender y Shafranske, 2004), la generación de un ambiente estimulante de aprendizaje (Falender y Shafranske, 2004; Hore, Lancashire y Fassett, 2009) y la promoción del pensamiento crítico como una condición para la búsqueda sistemática de evidencias que sustenten las decisiones (Harvey *et al.*, 2002).

Sin embargo, es necesario considerar las especificidades de la clínica como condicionantes de las características de la supervisión (Razmjou *et al.*, 2015); esto es, dependiendo de la especialidad médica (cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, etc.) y del contexto (asignaturas clínicas, internado o residencias) la función de supervisión clínica será distinta. La atención a estas especificidades es fundamental para el desarrollo de evaluaciones del desempeño con propósitos formativos.

Como muestran los resultados de la investigación, conforme se avanza en el estudio de la profesión médica, el grado de control e intervención de los supervisores disminuye; tal es el caso del internado, donde se reduce la atención a elementos de adaptación al ámbito clínico y se concentran en la atención a los pacientes y el análisis de casos hipotéticos. Una situación similar se experimenta en la transición hacia los estudios de posgrado (residencias) donde el énfasis

sis está en la consolidación del médico como profesional independiente, ocupado en la atención de calidad de los pacientes, también con capacidades para tomar decisiones y expresar opiniones fundamentadas en el conocimiento y la experiencia.

Notas

Este estudio es parte de una investigación doctoral en la que se diseñó y validó un cuestionario de evaluación de supervisores clínicos en medicina con base en la opinión de los estudiantes.

- 1 Fluit *et al.*, utilizaron como base los dominios de la enseñanza clínica propuestos por el Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (CanMEDS, por sus siglas en inglés): (i) rol de modelador, donde el docente clínico enseña mediante la demostración de sus competencias profesionales cómo se resuelven problemas en la atención directa con los pacientes; (ii) rol de profesor, que consiste en la utilización de diversas estrategias didácticas para promover el aprendizaje de los estudiantes; y (iii) rol de supervisor, en el que el docente clínico asigna tareas potencialmente significativas para la formación de los nuevos médicos y retroalimenta para mejorar el desempeño de los estudiantes y estimular su aprendizaje.
- 2 Se utilizó la propuesta de Tristán (2008) debido a que la técnica original de Lawshe demanda un nivel de acuerdo total (CVR = 0.99) para comités formados por menos de 8 expertos (Lawshe, 1975:568).

Referencias

- BECKMAN, T.; COOK, D.; y MANDREKAR, J. (2005). What is the Validity Evidence for Assessments of Clinical Teaching? *Journal of General Internal Medicine*, 20(12): 1159-1164. Doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0258.x
- DEANE, R. y MURPHY, D. (2013). Student Attendance and Academic Performance in Undergraduate Obstetrics/Gynecology Clinical Rotations. *The Journal of American Medical Association*, 310(21), 2282-2288. doi:10.1001/jama.2013.282228
- DURANTE, E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. REDU. 10 (1) Pp. 149-175. Número especial dedicado a la Docencia en Ciencias de la Salud. Recuperado de en <http://redaberta.usc.es/redu>
- FALENDER, C. y SHAFRANSKE, E. (2004). *Clinical Supervision: A Competency-Based Approach*. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de <http://content.apa.org/books/2004-14267-000>
- FLUIT, C., BOLHUIS, S., GROU, R., LAAN, R. y WENSING, M. (2010). Assessing the Quality of Clinical Teachers. *Journal of General Internal Medicine*, 25(12), 1337-1345. Doi: 10.1007/s11606-010-1458-y
- GARCÍA-VIGIL, José. (2005). Propuesta de instrumento de evaluación. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43 (1): 71-73, <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im051k.pdf>
- HAMUI, A.; LAVALLE, C.; DÍAZ, A.; GÓMEZ, D.; CARRASCO, J. y VILAR, P. (2012). Las actividades académicas en contextos clínicos por especialidades: percepción de los estudiantes. *Investigación en educación médica*, 2(1), 25-36. Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/05_AO_HAMUI.PDF
- HEALTH AND HUMAN SERVICES. (S/F). *Competencias para supervisores clínicos de tratamiento para abuso de drogas*. Recuperado de <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productdocs/16/tap21amanual.pdf>
- HORE, C. T., LANCASHIRE, W. y FASSETT, R. G. (2009). Clinical Supervision by Consultants in Teaching Hospitals. *Medical Journal of Australia*, 191(4). Recuperado de: <https://www.mja.com.au/journal/2009/191/4/clinical-supervision-consultants-teaching-hospitals>
- KILMINSTER, S. y JOLLY, B. (2000). Effective Supervision in Clinical Practice Settings: A Literature Review. *Medical education*, 34 (1): 827-840. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x
- KILROY, D. (2006). Clinical Supervision in the Emergency Department: A Critical Incident Study. *Emergency Medicine Journal*, 23(1): 105-108. Doi: 10.1136/emj.2004.022913
- LAWSHE, C. (1975). A quantitative approach to Content Validity. *Personnel Psychology*, 28 (1), 563-575 <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.9380&rep=rep1&type=pdf>>
- LIFSHITZ-GUINZBERG, A. (2012). La enseñanza clínica en la era moderna. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 1 (04). Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num04/08_AR_LA_ENSEÑANZA_DE_LA_CLINICA.PDF
- MARTIN, P.; KUMAR, S.; LIZARONDO, L.; y VANERP, A. (2015). Enablers of and Barriers to High Quality Clinical Supervision Among Occupational Therapists Across Queensland in Australia: Findings from a Qualitative Study. *BMC Health Services Research*, 15 (1). Doi: 10.1186/s12913-015-1085-8
- RAZMJOU, S.; REZA, H.; KOUHPAYEHZADEH, J.; y SOLTANI-ARABSHAHI, K. (2015). Comparison of Quality of Clinical Supervision as Perceived by Attending Physicians and Residents in University Teaching Hospitals in Tehran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(1): 702-706. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26793639>
- SANTANA, L.; LIFSHITZ-GUINZBERG, A.; CASTILLO, J. y PRIETO, S. (2013). *El aprendizaje de la clínica*. México. Recuperado de <http://www.fundacionlegadopatronus.org/libro.pdf>
- SCHUMACHER, D.; BRIA, C. y FROHNA, J. (2013). The Quest Toward Unsupervised Practice: Promoting Autonomy, not Independence. *The Journal of American Medical*.
- SINCLAIR, S. (2004). Evidence-Based Medicine: a New Ritual in Medical Teaching. *British Medical Bulletin*, 69(1), 179-196. doi:10.1093/bmb/ldh014

- SPENCER, J. (2003). Learning and Teaching in the Clinical Environment. *British Medical Journal*, 326, 591-594.
- TREJO, J.; ESTRADA, D.; PEÑA, J.; GARNICA, J.; ÁNGELES, R.; DÍAZ, J. y HERNÁNDEZ, R. (2005). Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 109-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730707>
- TRISTÁN, Agustín (2008), Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Revista de Avances en Medición*, 6 (1): 37-48.
- VAUGHAN, B. (2015). Developing a Clinical Teaching Quality Questionnaire for Use in a University Osteopathic Pre-registration Teaching Program. *BMC Medical Education*, 15 (70). Doi: 10.1186/s12909-015-0358-6