



Actividades Profesionales a Confiar: un puente a la evaluación de la competencia en la enseñanza clínica

María José López¹

¹Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. Argentina.

Correo electrónico de contacto: milopez@fcm.uncu.edu.ar

Recibido: 21 de Octubre de 2024 - Aceptado: 25 de Noviembre de 2024

Este artículo es una introducción al concepto de actividades profesionales a confiar, presenta las preguntas que dieron origen al enfoque, así como de los problemas que intenta abordar. Se ofrece una síntesis de los desarrollos conceptuales de los autores más relevantes en el tema de competencias profesionales y su relación con las actividades profesionales a confiar.

Educación basada en competencias

La formación profesional se orienta a lograr determinados resultados de aprendizaje en quienes egresan: se espera que al finalizar las carreras o programas puedan abordar con solvencia los problemas para los que su diploma los habilita. Aunque la preocupación por los resultados parezca obvia, nuestros sistemas de formación no siempre tienen como eje los resultados que se esperan lograr. Existen diferentes maneras de organizar los procesos de formación. Algunos están más centrados en el conocimiento, las experiencias de aprendizaje que se van a ofrecer y el tiempo que durará la formación. Otros están más centrados en las habilidades que demandará el ejercicio profesional con una organización más dinámica de los conocimientos, experiencias y tiempo en función del nivel de desarrollo de cada aprendiz.

La **educación basada en competencias** es una de las formas de organizar un programa educativo o currículo y su particularidad es poner el centro en los resultados de aprendizaje. Cuando hablamos de currículo nos referimos al plan o programa formal de enseñanza de una institución para un perfil profesional determinado (ej. enfermería, medicina, cardiología, veterinaria, etc.). El currículo organiza las experiencias de aprendizaje que se ofrecen a los/las estudiantes, incluyendo los contenidos, los tiempos, los contextos de formación, las prácticas de enseñanza y de evaluación. En la educación basada en competencias el currículo tiene como eje ordenador de todos esos componentes a los **resultados esperados** del aprendizaje. Se gestiona el currículo en función del progreso de cada persona que está aprendiendo para alcanzar esos resultados.

El enfoque de competencias surgió luego de la segunda guerra mundial y adoptó mayor fuerza en educación de profesiones de salud en los años noventa del siglo pasado. Se desarrolló frente a los modelos curriculares basados en el proceso, en los que el énfasis de la formación recae en la exposición de estudiantes a determinados contenidos por períodos fijos de tiempo, sin que necesariamente haya un aseguramiento de que los resultados esperados se logran y si esos resultados corresponden a los que la sociedad requiere (Carraccio et al., 2002; Harden, 1999; ten Cate, 2020).

La organización de currículos por competencias ha sido cuestionada desde distintas perspectivas teóricas porque se le atribuye acotar la formación a las necesidades del mercado laboral. No obstante, desde otras

perspectivas, se enfatiza su potencial. Por una parte, permite a las instituciones académicas dar cuenta a la sociedad de la calidad de la formación a través de una clara definición de resultados. Por otra parte, algunos autores entienden que las críticas ocultan la resistencia académica en relación con tradiciones, jerarquías de valores, lobbies disciplinares. Para profundizar en este aspecto ver el interesante artículo del sociólogo Philippe Perrenoud (2008)

Competencia

Se ha desarrollado **competencia profesional** cuando se han integrado habilidades, conocimientos y actitudes para el desempeño de las tareas de la profesión, que no es lo mismo que dominar cada una de esas características por separado. Se puede definir la competencia, en carreras de salud, como:

"El uso habitual y criterioso en la práctica diaria de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, los valores, las emociones y la reflexión para el beneficio de las personas y las comunidades a las que se sirve" (Epstein & Hundert, 2002).

El adjetivo **competente** (Ten Cate, 2017) describe a la persona que tiene la habilidad de hacer algo o tiene competencia. También tiene la connotación de un derecho legal a actuar o juzgar y, a veces, la obligación de actuar.

La competencia (Ten Cate & Schumacher, 2022) es un **atributo de las personas** que solo podemos conocer cuando las vemos desempeñar tareas en las que la competencia se pone en juego. En otras palabras, solo podemos evaluar la competencia en el desempeño de tareas.

2

Las competencias se desarrollan a través de la apropiación de conocimiento y de la aplicación de ese conocimiento en la práctica, siempre que sea una experiencia de práctica reflexiva. Es decir, se requiere una base de conocimientos sólida y, fundamentalmente, la posibilidad de actuar en situaciones reales con acompañamiento, discusión y retroalimentación de lo ocurrido en la práctica.

Entonces, la competencia (Ten Cate, 2017) sería una capacidad integradora para realizar tareas específicas, que se puede aprender, que dura y que se puede evaluar. Si bien la competencia es una capacidad generalizable, puede variar dependiendo del contexto. Por ejemplo, si una persona desarrolló cierta competencia para la comunicación en un contexto y para un tipo de tareas, el hospital, por ejemplo, no es automático que tenga un desempeño del mismo nivel en otro contexto diferente y otras tareas, como las de un centro de salud.

Decir de alguien que es competente refiere a que ha alcanzado una etapa, ha pasado un umbral en un *continuum* de desarrollo. El trabajo fundacional de Dreyfus y Dreyfus (1980) sobre el desarrollo de habilidades, define cinco etapas en ese desarrollo: novato/a, aprendiz avanzado/a, competente, calificado y experto/a. El punto en el cual esa persona alcanza la etapa de competente debería corresponder al punto en el cual se le permite la práctica independiente.

La educación basada en competencias:

- requiere especificar las dimensiones de competencia que se desea desarrollar,
- se desarrolla en el lugar de trabajo de esa profesión para garantizar la práctica auténtica y en el contexto real,
- es necesariamente individualizada para poder orientar a cada estudiante o residente en el proceso de desarrollo de la competencia,
- requiere flexibilidad en el tiempo de formación para garantizar que los resultados se alcancen.

También implica que la evaluación está más vinculada a los contextos auténticos de práctica pertinentes para el perfil de formación. ¿Para actuar en qué contextos debemos preparar a estas personas? La respuesta a esa pregunta son los contextos en los que debe tener lugar la formación.



Lo que se busca en la educación basada en competencias es garantizar que quienes se gradúan tengan el suficiente nivel de pericia al final de la formación (ten Cate, 2013), es decir, lograr perfiles mínimos de desempeño.

Marcos nacionales de competencias

Dada la aceptación que ha tenido el concepto de competencia, algunos países han desarrollado marcos nacionales. Los de Canadá y Estados Unidos son dos de los ejemplos más conocidos. Han sido tomados por numerosas instituciones como marco de competencia para sus propios programas de grado y posgrado y puede que los encuentren citados con frecuencia.

El **marco de competencias de Canadá**, denominado CanMEDs, fue elaborado por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de ese país. Se describe la competencia médica a través de siete roles que desempeñan los profesionales médicos. El siguiente documento describe cada uno de los roles: [CanMEDS 2015 Marco de Competencias del Médico](#)

Este marco ha sido adoptado en otros países y en profesiones diferentes de la Medicina, como Enfermería, Kinesiología, Farmacología, Veterinaria, entre otras.

Otro ejemplo, esta vez de **Estados Unidos**, pensado para la enseñanza de grado es el [Foundational Competencies for Undergraduate Medical Education](#) trabajado en conjunto por las asociaciones académicas vinculadas a medicina de ese país: American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM), Accreditation Council of Graduate Medical Examiners (ACGME) y Association of American Medical Colleges (AAMC)

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNCUYO seleccionó las dimensiones de competencia esperadas en quienes se gradúen de medicina, basándose en ambos marcos y en características del contexto local (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Cuadro comparativo de marcos de competencia

FCM UNCUYO Competencias: dimensiones	CANMEDS Roles	ACGME Competencias: dimensiones
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades clínicas Comunicación Colaboración Promoción de la salud Visión de sistema de salud Profesionalismo 	<ul style="list-style-type: none"> Médico experto Comunicador Colaborador Defensor de la salud Profesional Académico 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado del paciente Habilidades interpersonales y de comunicación Práctica basada en sistemas Profesionalismo Aprendizaje y mejora basados en la práctica Conocimiento médico
-	-	-

En Argentina, y en **Mendoza** en particular, se han desarrollado marcos de competencia para la mayor parte de las especialidades en salud. En el caso de Mendoza los programas de residencias por competencias se pueden encontrar en este [enlace](#)

Desafíos a las competencias desde el ámbito clínico

Se han descripto dificultades para trasladar las competencias al trabajo diario en atención de salud. Touchie y ten Cate detallan las siguientes dificultades (Touchie & ten Cate, 2016)

En primer lugar, podría pensarse que tienen un enfoque reduccionista al dividir en partes el quehacer profesional porque lo que un profesional hace es mucho más que la suma de las cualidades que pueden describirse en términos de competencias. Por ejemplo, la mente competente de profesionales de la medicina incluye rasgos como la automaticidad atenta, la cognición distribuida en equipos colaborativos, la conciencia situacional, difíciles de capturar en competencias medibles. Se requeriría una visión más holística de la profesión médica y que vaya más allá de la mirada analítica de las competencias.

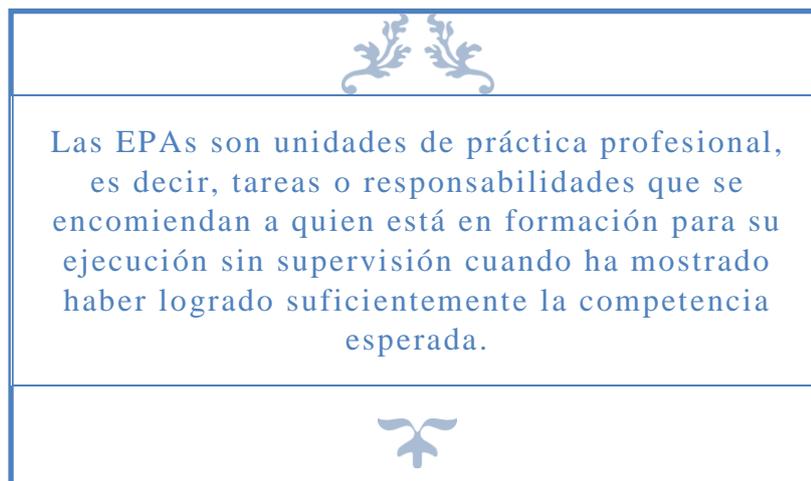
En segundo lugar, es muy difícil encontrar instrumentos que puedan evaluar válidamente las competencias. Esto significa que, aunque son una herramienta útil para **definir la misión social de la profesión**, no son atributos discretos y medibles de las personas que puedan demostrarse en el contexto de su trabajo real.

En tercer lugar, se plantean también problemas prácticos. La sensación de muchos es que la formación basada en competencias se parece más a llenar listas de cotejo con casilleros que a evaluar el resultado de la preparación para la práctica. Ha resultado en algunos casos una tarea burocrática y pesada que requiere muchos formularios y listas de cotejo escritas que devalúan el rol del docente.

Pese a estas críticas, la mayor parte de la comunidad de educación médica ha sostenido el desarrollo de la educación basada en competencias como algo valioso. Han surgido dos conceptos vinculados: **hitos (milestones)** y **actividades profesionales a confiar (EPAs)**. Ambos se basan en el modelo de Dreyfus y Dreyfus del desarrollo de habilidades (1980) y se entiende que el desarrollo de la competencia pasa por una serie de etapas. La diferencia entre ambos es que los hitos definen estas etapas por cada competencia (un enfoque más analítico) y las EPAs las definen por actividades profesionales que integran varias competencias (un enfoque más sintético). En este documento nos ocuparemos de las EPAs. Se las conoce más por su sigla en inglés: **EPA: Entrustable Professional Activities**. En castellano se las conoce como **APC o APROC**s.

La noción de EPA se basa en la idea de **confianza**. Olle ten Cate fue quien desarrolló el concepto y entiende que la confianza es un concepto central para una atención de salud efectiva y segura para los pacientes. Docentes, supervisores/as e instructores/as deciden cuándo y qué tareas clínicas delegar para que las asuman los estudiantes o residentes para que las asuman (ten Cate, 2013).

Concepto de EPA



(de Andrade et al., 2022)

Comencemos con un ejemplo. Se espera que un especialista en Tocoginecología pueda, entre otras tareas a su cargo, realizar **Evaluación del bienestar fetal**. Esa es una de las EPAs del marco de la Especialidad Obstetricia y Ginecología de CANMEDs.

¿En qué consiste esa tarea?

Las EPAs son unidades de práctica profesional. Se basan en lo que se espera de un profesional en el trabajo clínico diario. Son tareas o responsabilidades que se realizan en atención de pacientes (ten Cate, 2020). Hay algo muy importante en la frase anterior: las EPAs vienen del mundo del trabajo. No son tareas pensadas para la formación, son tareas de la profesión en contexto real del trabajo en torno a las cuales se organiza la

formación. Este enfoque toma esas tareas seleccionadas como ejes para el sistema de evaluación. Como la evaluación conduce la enseñanza, la propuesta educativa se ordena en torno a las EPAs.

En general estas unidades de práctica profesional son amplias. Por ejemplo, asistir un parto no complicado es una actividad realizada en Tocoginecología o Medicina de Familia y tienen que ser **confiadas o delegadas** a quien se forma **en algún punto de la formación** (Touchie & ten Cate, 2016), cuando han mostrado suficiente competencia. Hasta llegar a este punto, hay un proceso de delegación con grados menores de responsabilidad y autonomía por parte de quien aprende. Si la persona ha desarrollado las dimensiones de competencia para esa tarea, podrá demostrarlas en la ejecución de esa tarea. El proceso de delegación de confianza por una tarea es un rasgo clave del enfoque de EPAs. Las personas en formación tienen que pasar por un proceso de aprendizaje que se inicia con la observación de la realización, pasa por el hacer conjunto con quien supervisa, luego hacer con supervisión hasta hacer en forma independiente, sin supervisión.

El concepto de EPA es útil de dos maneras:

- Primero, invita a quien diseña el currículo a identificar y seleccionar las **tareas importantes, representativas o críticas** que se deben dominar, partiendo de la práctica clínica y centrándose en los resultados esperados de la formación. Se trata de aquellas tareas esenciales o clave que se le requieren a graduados o especialistas en el contexto real de trabajo.
- En segundo lugar, el concepto implica que **cada tarea está vinculada explícitamente a dominios de competencia** que son cruciales para esta tarea, creando así una base para observar y evaluar las competencias según se manifiestan en la práctica clínica (Mulder et al., 2010). Las EPAs son una forma de operativizar las competencias, permiten ver en acción de forma integrada distintas dimensiones de competencia.

Un conjunto exhaustivo de EPAs pueden cubrir el núcleo central de una profesión o cubrir áreas focales de una subespecialidad. El conjunto de EPAs de una profesión se denomina marco de EPAs. Ejemplo:

Marco de EPAs de Tocoginecología (Nuevo Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas Especialidad Tocoginecología, MSAL Argentina, 2023)

1. **Prevención e intervención en salud sexual y salud reproductiva**
2. **Abordaje de la consulta gineco obstétrica en personas en los extremos de la vida reproductiva**
 - 2.1. Consejería en salud sexual y en salud reproductiva, prevención, diagnóstico y manejo de problemas prevalentes en la infancia y la adolescencia
 - 2.2. Consejería en salud sexual y salud reproductiva, prevención, diagnóstico y manejo de problemas prevalentes en la peri y la posmenopausia
3. **Abordaje de la consulta gineco mamaria prevalente en edad reproductiva**
4. **Cuidado prenatal en situaciones de bajo riesgo**
 - 4.1. Cuidado preconcepcional
 - 4.2. Atención prenatal
5. **Cuidado prenatal en situaciones de alto riesgo**

- 5.1. Cuidado preconcepcional
- 5.2. Cuidado prenatal
- 6. Cuidado ante e intraparto y atención inicial del/la recién nacido/a en situaciones de bajo riesgo**
 - 6.1. Manejo anteparto
 - 6.2. Manejo intraparto del parto vaginal
 - 6.3. Manejo pre, intra y postquirúrgico de operación cesárea de baja complejidad con ayudante experimentado
 - 6.4. Atención inicial del recién nacido
 - 6.5. Participación en la gestión de la atención en servicio de Obstetricia
- 7. Diagnóstico y manejo inicial de complicaciones del parto y de situaciones de emergencia ginecológica y obstétrica**
 - 7.1. Parto complicado
 - 7.2. Emergencias obstétricas
 - 7.3. Emergencia ginecológica
- 8. Cuidados durante el posparto**
- 9. Abordaje de la consulta en medicina reproductiva**
- 10. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con cáncer ginecológico y mamario**
 - 10.1. Cáncer ginecológico
 - 10.2. Cáncer de mama
- 11. Realización de procedimientos quirúrgicos ginecológicos y mamaros.**
 - 11.1. Cirugía menor
 - 11.2. Cirugía de mediana complejidad
 - 11.3. Cirugía de mayor complejidad

Competencias y EPAs

Una pregunta y una fuente de confusiones frecuente es la diferencia entre los conceptos de competencia y EPA. Es importante distinguirlos para poder apreciar su complementariedad.

La competencia constituye, como ya dijimos, la integración de conocimientos, habilidades y actitudes para realizar una tarea específica (ten Cate & Schumacher, 2022). Desarrollar la competencia supone haber integrado esas cualidades para poder ponerlas a disposición en la resolución de problemas reales. Se puede decir que la persona **posee** competencia para algo. La competencia no existe fuera de la persona, es una **cualidad**. Inferimos su presencia de la realización de una tarea o actividad concreta.

A diferencia de la competencia, las EPAs no son atributos de los individuos, no se las puede poseer. Son **tareas** de la profesión, tareas que se le pueden asignar a alguien. Las EPAs se ejecutan, se habilita a las personas formadas para realizarlas. Para que se pueda tomar la decisión de confiar una EPA, de dar responsabilidades por esa tarea, una persona tiene que haber desarrollado la competencia. La competencia se puede inferir de la realización de una EPA. Por ejemplo, si algunas de las dimensiones de competencia que se han elegido como objetivo de la formación son comunicación, pericia técnica, profesionalismo, trabajo en equipo y se le pide a un futuro pediatra que hoy se haga cargo del consultorio de demanda espontánea donde le tocará evaluar, diagnosticar y tratar problemas pediátricos prevalentes, quien lo supervisa podrá

observar la forma en que se comunica, la pericia para evaluar, diagnosticar y proponer tratamiento, la forma en que trata al paciente y su familia, así como, si se requiere, la forma que interactúa con el resto del equipo de salud para abordar el problema. A través de la realización de esa tarea concreta se podrá ver la ejecución de la tarea en sí, y las cualidades personales que pone en juego en relación con la competencia requerida para el caso. EPAs y competencias se relacionan como dos dimensiones diferentes de un mismo fenómeno.

ten Cate y Shumacher (2022) atribuyen la confusión entre competencias, habilidades y EPAs a dos posibles factores.

- Por tratar de transformar todos los objetivos educativos en EPAs. **No todo lo que es importante para la formación profesional puede o debe ser una EPA.** Puede vincularse a las EPAs a través de la especificación de las EPAs, a través de criterios de evaluación de las EPAs o, también, ser importantes y ser evaluados, pero no estar vinculados a EPAs.

- Por usar las decisiones de confiar responsabilidad no para confiar responsabilidades sino para fines de promoción académica sin consecuencias en cuanto a responsabilidad clínica. Las limitaciones legales a la práctica no supervisada en la formación de grado de profesionales de la salud, mientras no tienen título habilitante, hace que se le habilite para la práctica no supervisada pero que aún sean supervisados. Esas situaciones disminuyen las oportunidades de desarrollar autonomía, lo que no tiene beneficios ni para quienes se están formando ni para los pacientes.

¿Qué diferencias hay con conocimientos, actitudes y habilidades?

8

Habilidades, conocimientos y actitudes, al igual que la competencia, también son atributos de los individuos, que se desarrollan y que son invisibles hasta que se ponen en acción. Aunque en la práctica son inseparables unos de otros, es importante distinguirlos conceptualmente. La habilidad sería el saber cómo hacer algo, el saber procedimental, la capacidad de hacerlo (tomar la tensión arterial, organizar una reunión de equipo, razonar con criterio clínico), mientras que el conocimiento sería el conocimiento declarativo de esa habilidad (cuáles son los fundamentos conceptuales de la técnica de toma de la tensión arterial, qué variables tener en cuenta en el trabajo en grupo, de cómo abordar un problema abierto). El conocer algo es disponer del conocimiento declarativo, ya sea conceptual (aprendido por la enseñanza formal) o episódico (por haberlo conceptualizado desde la experiencia) de un fenómeno. Las actitudes hacen referencia a cierto modo de abordar los problemas de la profesión en relación con valores (altruismo, honestidad, humildad, proactividad, empatía, compasión). La presencia de cualquiera de estos atributos sólo se puede inferir de ver al individuo hacer algo. La diferencia con la competencia es que conocimientos, habilidades y actitudes, son base para la competencia, pero no son la competencia en sí. La competencia los integra en el abordaje de situaciones reales de la profesión. Para llegar a la competencia, es necesario disponer de una sólida base de conocimientos, haber desarrollado habilidades y actitudes específicas. Sin embargo, no son condición suficiente, el desarrollo de la competencia en sí exige una práctica reiterada en la que el conocimiento declarativo, procedimental y actitudinal se articulen en torno a problemas en contextos y en situaciones específicas.

Características de una EPA

No cualquier actividad es una EPA: muchas actividades no requieren un proceso de formación particular, algunas pueden no ser medibles y otras no estar relacionadas específicamente con la profesión.

Cada EPA (ten Cate & Taylor, 2021):

- Tiene un principio y un final claramente definidos
- Se puede ejecutar de forma independiente para lograr un resultado clínico definido
- Es específica y focalizada
- Observable en el proceso y medible en el resultado
- Se distingue claramente de otras EPA del marco
- Refleja un trabajo esencial e importante para la profesión
- Conduce a un producto o resultado reconocido del trabajo
- Está restringida a personal formado
- Requiere la aplicación de conocimientos, habilidades y/o actitudes adquiridos a través de la formación
- Implica la aplicación e integración de múltiples dominios de competencia
- Describe una tarea, no las cualidades o competencias de un alumno.

Una prueba sencilla para testear cada EPA de un marco sería anteceder al título de la EPA la siguiente frase “Desde mañana a usted se le permitirá...”. Las EPAs no son conceptos didácticos, son unidades de práctica profesional para la que los alumnos o residentes deben estar formados. (Hennus et al., 2023) Existe un instrumento para evaluarlas, pero no vamos a profundizar en él en este trabajo. (Meyer et al., 2020)

9

¿Todas las actividades profesionales son EPAs?

La pregunta que surge es: ¿alguna vez los profesionales hacen cosas que no son EPAs? La respuesta es sí (y con frecuencia) y esta es una fuente de confusión. Primero, no todas las actividades son profesionales en el estricto sentido de las EPAs. Las actividades profesionales son aquellas para las que habitualmente no están formados quienes no son profesionales o que no les están permitidas. Muchas de las actividades que no son EPAs son parte de otras EPAs o son dominios de competencias como profesionalismo, práctica basada en el sistema de salud, por ejemplo.

¿Las EPAs pueden en conjunto cubrir una profesión?

Las EPAs centrales de una profesión deberían constituir los estándares esperados para todos los practicantes de esa profesión. La cuestión aquí es si la profesión puede caracterizarse para las competencias y cualidades que no se relacionen con las EPAs. En opinión de ten Cate (ten Cate et al., 2015) depende cómo uno defina la profesión. Si se define por lo que hace, las EPAs deberían ser suficientes para describirla. Si se define por sus actitudes o hábitos, necesita una definición más amplia que las EPAs.

Conclusión

Medir la capacidad para realizar las EPAs debería cambiar el enfoque de evaluación del aprendizaje.

Evaluar sería, en este caso, tomar decisiones sobre si confiar o no a alguien la responsabilidad de una actividad, con un nivel específico de supervisión, o al menos produciendo una recomendación para tal decisión (ten Cate, 2020). La transferencia de responsabilidades a quienes aprenden afecta la calidad y seguridad de la atención al paciente y requiere una cuidadosa consideración (ten Cate & Schumacher, 2022).

El enfoque de actividades profesionales a confiar fortalece los diseños de educación en salud basados en competencias y, en general, basados en resultados, dado que implican un solución más viable y válida a la evaluación en contextos de práctica clínica. Viable porque quien supervisa puede identificar con facilidad situaciones reales en las que quien está aprendiendo puede mostrar si tiene la autonomía esperada, pues son tareas reales del trabajo cotidiano. Válida porque se evalúa al futuro profesional haciendo aquello para lo que se está preparando con lo que, dentro de ciertos límites, se reduce la brecha de resultados de evaluación del desempeño entre el ámbito académico y profesional.

No obstante, este enfoque implica desafíos importantes. Por una parte, supone un cambio en la perspectiva epistemológica de quienes enseñan y evalúan. Supone reconocer el lugar que ocupa el conocimiento procedimental en el desarrollo de la competencia profesional, el tiempo que demanda, el rol que desempeña quien enseña, el contexto en el que se aprende y el tipo de actividad que debe tener quien aprende. Por otra parte, y como contrapartida de lo anterior, pone en cuestión los tipos de organización académica en las que los resultados del aprendizaje no tienen un lugar central. En especial, los currículos tradicionales centradas en disciplinas o especialidades, las evaluaciones académicas centradas en el conocimiento, los estilos de enseñanza basados en la observación y, en términos generales, los programas y planes que no parten de un consenso real sobre las características del perfil profesional para el que están formando. Finalmente, exige formación y acompañamiento de los equipos docentes para su implementación y un trabajo de evaluación continua del propio programa de formación. Podría agregarse que el tiempo disponible de los docentes clínicos o de espacios de formación profesional es también un desafío porque es escaso. Pero este enfoque no les exige más tiempo, sí les exige enfocarse más en tareas de supervisión. Si la supervisión no estaba prevista, no se está garantizando en realidad la competencia que al final se certifica, cualquiera sea el enfoque curricular.

La primera aproximación al enfoque de EPAs puede generar la impresión de ser una moda más en educación en salud. Sin embargo, más allá de la terminología que se emplee, se trata de una perspectiva que trae a la discusión aspectos medulares de la formación profesional: quienes se están formando ¿pueden mostrar hacia el final de su educación que son capaces de realizar con autonomía las actividades de su futura profesión?; ¿la evaluación clínica refleja esas actividades? ¿podemos garantizar con nuestros certificados y diplomas que quienes graduamos pueden desempeñarse sin riesgo para sus pacientes y para sí mismos? Si pensamos cómo se formaban los médicos al lado de sus maestros a inicios del siglo XX, tal vez la propuesta de EPAs no parezca tan novedosa. Los avances de la psicología del aprendizaje con Vigotsky, Piaget, el constructivismo, el cognitivismo y sus desarrollos posteriores, en especial los abordajes sociohistóricos, han enriquecido nuestra forma de comprender el aprendizaje. El enfoque de EPAs retoma estos aportes para la práctica educativa y propone formas de concretarlos en la educación en salud.

Es posible que el volumen de información que deben manejar los profesionales actuales nos confunda y nos

atribule como formadores. Sin embargo, el ejercicio permanente de preguntarnos por el núcleo mínimo de tareas que debe poder realizar en forma autónoma un profesional permanece como un faro para ordenar nuestras decisiones en esta materia. El enfoque de EPAs nos pone frente a preguntas cruciales sobre la articulación de la evaluación del aprendizaje con el desempeño futuro, así como con las actividades de enseñanza, con el conocimiento conceptual, el conocimiento procedimental y el actitudinal, sin que eso implique reducir la formación a un puñado de tareas profesionales.

Referencias bibliográficas

Carraccio, C., Wolfsthal, S. D., Englander, R., Ferentz, K., & Martin, C. (2002). Shifting paradigms: From Flexner to competencies. *Academic medicine*, 77(5), 361-367.

de Andrade, M. V. M., López, M. J., Torres, L. C. D., Pérez, V. D. D., Durante, E., Barreto, S. E. G., Sierra, M. E. G., Casallas, J. C. G., Francischetti, I., & Melanchthon, I. E. M. (2022). Actividades profesionales a confiar: Hacia una estandarización del lenguaje y significado en español y portugués. *Investigación en Educación Médica*, 11(43), 99-107.

Harden, R. M. (1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Medical teacher*, 21(1), 7-14.

Hennus, M. P., Jarrett, J. B., Taylor, D. R., & Ten Cate, O. (2023). Twelve tips to develop entrustable professional activities. *Medical Teacher*, 45(7), 701-707.

Meyer, E. G., Taylor, D. R., Uijtdehaage, S., & Durning, S. J. (2020). EQual rubric evaluation of the Association of American Medical Colleges' core entrustable professional activities for entering residency. *Academic Medicine*, 95(11), 1755-1762.

Mulder, H., ten Cate, O., Daalder, R., & Berkvens, J. (2010). Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training. *Medical teacher*, 32(10), e453-e459.

Perrenoud, P. (2008). La universidad entre la transmisión de conocimientos y el desarrollo de competencias. *J. Carreras Barnés y P. Perrenoud, El debate sobre las competencias en la enseñanza universitaria, Barcelona, Octaedro*, 21-42.

ten Cate, O. (2020). An updated primer on Entrustable Professional Activities (EPAs). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43, 712-720.

ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H., & van der Schaaf, M. (2015). Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Medical teacher*, 37(11), 983-1002.

ten Cate, O., & Schumacher, D. J. (2022). Entrustable professional activities versus competencies and skills: Exploring why different concepts are often conflated. *Advances in Health Sciences Education*, 1-9.



ten Cate, O., & Taylor, D. R. (2021). The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Medical Teacher*, 1-9.

Touchie, C., & ten Cate, O. (2016). The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Medical education*, 50(1), 93-100.