Educación Médica xxx (2026) 101200

Educación Médica

www.elsevier.es/edumed

AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Desarrollo de competencias clínicas durante la práctica: la Tarea Evaluable del estudiante (TEe) como actividad formativa

Leire Arbea[a,b,*], **Loreto García del Barrio**[a,c], **Cristina Carretero**[a,d] y **Alfredo Gea**[a,e]

[a] *Unidad de Educación Médica y Formación Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, España*
[b] *Departamento de Control de Síntomas y Medicina Paliativa, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*
[c] *Departamento de Radiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*
[d] *Departamento de Gastroenterología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*
[e] *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra, Pamplona, España*

Recibido el 30 de abril de 2026; aceptado el 30 de abril de 2026
Disponible en Internet el xxxx

PALABRAS CLAVE
Educación médica;
Evaluación formativa;
Aprendizaje clínico;
Feedback;
Competencias clínicas

Resumen La formación clínica es un elemento central en la educación médica, pero con frecuencia carece de estructuras definidas que aseguren el aprendizaje y el *feedback* formativo durante la práctica. Este trabajo describe el diseño, validación e implementación de las Tareas Evaluables del estudiante (TEe), un modelo basado en actividades clínicas reales que combina la viabilidad del mini-CEX *(Mini-Clinical Evaluation Exercise)* con la lógica competencial de las EPA *(Entrustable Professional Activities)*.

Se definieron 10 tareas clínicas clave, validadas en entorno simulado y posteriormente implementadas en 198 estudiantes durante sus rotaciones clínicas. Se analizaron resultados cuantitativos (la relación entre el número de TEe y el rendimiento en el ECOE) y cualitativos (entrevistas semiestructuradas).

Los resultados muestran que la integración de la herramienta en el flujo asistencial diario es viable y existe una asociación significativa entre la participación en las TEe y el desempeño clínico final. El análisis cualitativo destaca el papel central del *feedback*, la participación del estudiante y la promoción de la reflexión, aunque con variabilidad dependiente del contexto y del rol del tutor clínico.

Las TEe constituyen una herramienta viable y pedagógicamente sólida para estructurar el aprendizaje práctico, favoreciendo el desarrollo competencial y el protagonismo del estudiante durante sus rotaciones clínicas, aunque se destaca la necesidad de un cambio cultural y del desarrollo docente para su consolidación.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: larbea@unav.es (L. Arbea).

https://doi.org/10.1016/j.edumed.2026.101200
1575-1813/© 2026 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

© 2026 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Medical education;
Formative assessment;
Clinical learning;
Feedback;
Clinical competencies

Development of clinical skills during placement: The Student-Evaluable Tasks (SET) as a training activity

Abstract Clinical training is a central component of medical education, yet it often lacks structured approaches that ensure learning and formative feedback during practice. This study describes the design, validation, and implementation of Student-Evaluable Tasks (SET), a model based on authentic clinical activities that combines the feasibility of the Mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) with the competency-based framework of Entrustable Professional Activities (EPAs).

Ten core clinical tasks were defined, validated in a simulated setting, and subsequently implemented with 198 students during their clinical rotations. Quantitative (relationship between number of SET and OSCE performance) and qualitative (semi-structured interviews) outcomes were analyzed.

The results show that the tool can be feasibly integrated into the daily clinical workflow, and reveal a significant association between participation in SET and clinical performance. Qualitative findings highlight the central role of feedback, student participation, and the promotion of reflection, although variability was observed depending on contextual factors and the role of the clinical tutor.

SET represent a feasible and educationally robust tool to structure clinical learning, supporting competency development and student engagement during clinical rotations. However, cultural change and faculty development are necessary for their full implementation.

© 2026 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La formación clínica constituye el núcleo del aprendizaje del estudiante de Medicina. En el contacto real con pacientes y equipos asistenciales, los estudiantes desarrollan las competencias profesionales que definirán su futuro como médicos[1,2]. Sin embargo, este aprendizaje tan decisivo sigue siendo, en muchos casos, poco estructurado y muy variable. Numerosos trabajos en educación médica han subrayado que los estudiantes reciben poca retroalimentación durante sus prácticas, a pesar de que la observación directa seguida de un *feedback* constructivo es uno de los mecanismos más eficaces para mejorar el rendimiento y promover el aprendizaje reflexivo[3,4]. Sin embargo, esta práctica sigue siendo excepcional en muchos entornos clínicos.

Para intentar resolver este vacío, se han desarrollado distintas herramientas de evaluación formativa en el entorno real. La más utilizada a nivel internacional es el *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (mini-CEX), que propone observar una breve interacción clínica del estudiante y ofrecer *feedback* inmediato[5,6]. Su sencillez, su carácter integrable en la actividad asistencial y sus sólidos resultados en múltiples revisiones sistemáticas lo han convertido en un instrumento bueno de evaluación de competencias clínicas en entorno real[7–9]. No obstante, su alcance es limitado: el mini-CEX se centra principalmente en la historia clínica, la exploración física y aspectos básicos del juicio clínico, dejando fuera muchas otras dimensiones esenciales del «ser médico»[10,11].

En un nivel de mayor complejidad conceptual se sitúan las *Entrustable Professional Activities* (EPA). Desarrolladas por *Ten Cate* como unidades de práctica profesional que pueden ser progresivamente desarrolladas por un estudiante competente, las EPA representan la traducción más efectiva de la educación médica basada en competencias[12,13]. Su filosofía, centrada en la confiabilidad y en decisiones de supervisión fundamentadas en observaciones repetidas, permite integrar múltiples dominios competenciales en tareas profesionales reales[14]. Implementar EPA implica un sistema consistente de seguimiento, consenso entre clínicos y un alto grado de estructuración logística. Su valor es indudable, pero su aplicabilidad en entornos con alta presión asistencial, no siempre es factible[15].

Este modelo se fundamenta, además, en marcos competenciales ampliamente reconocidos, como CanMEDS, que concibe al médico como un profesional capaz de integrar en su práctica clínica diaria diversos roles esenciales. En este marco, el ejercicio de la medicina no se limita al conocimiento técnico, sino que implica una combinación equilibrada de competencias que permiten ofrecer una atención integral, segura y centrada en el paciente[16]. Concretamente, el modelo CanMEDS define 7 roles que estructuran el desempeño profesional del médico:

1) El *médico experto (Medical Expert)*: actúa como eje integrador del resto de competencias, proporcionando una atención clínica experta, segura y centrada en el paciente.

2) El *comunicador (Communicator):* establece relaciones terapéuticas efectivas mediante una comunicación clara, empática y adaptada a pacientes y familias.
3) El *colaborador (Collaborator):* trabaja de manera eficaz con otros profesionales de la salud para garantizar una atención coordinada, segura y de calidad.
4) El *líder (Leader):* asume responsabilidades en la gestión de recursos sanitarios y en la toma de decisiones clínicas, contribuyendo al buen funcionamiento del sistema de salud.
5) El *promotor de la salud o defensor de la salud (Health Advocate):* impulsa activamente la mejora de la salud y el bienestar de pacientes y comunidades.
6) El *académico (Scholar):* mantiene un compromiso continuo con el aprendizaje, la enseñanza y la generación de conocimiento a través de la investigación.
7) El *profesional (Professional):* actúa con integridad, honestidad y responsabilidad, guiado por principios éticos y por el compromiso con la excelencia.

Lejos de constituir compartimentos estancos, estos roles se manifiestan de manera simultánea e interdependiente en la práctica clínica.

Esta concepción integrada resulta especialmente relevante en el ámbito formativo, ya que orienta tanto la definición de resultados de aprendizaje como el diseño de estrategias de evaluación. En este sentido, el marco CanMEDS proporciona un lenguaje común y una arquitectura competencial que inspira tanto el diseño de las EPA como cualquier intento riguroso de trasladar la evaluación formativa al entorno clínico[14,17]. En la práctica, muchas de las actividades que un estudiante realiza durante sus rotaciones, como presentar un caso, justificar un plan terapéutico, participar en una sesión clínica, manejar una urgencia o comunicarse con un paciente, activan simultáneamente varios de estos roles, reflejando la naturaleza integrada del ejercicio profesional. Por ello, cualquier herramienta de evaluación auténtica debe permitir observar esa integración competencial y promover el desarrollo progresivo del estudiante en todos estos dominios[11].

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, en el contexto del rediseño del currículo y con la voluntad explícita de potenciar el aprendizaje práctico del estudiante, nos enfrentábamos al reto de garantizar que las rotaciones clínicas se convirtieran en verdaderas oportunidades de aprendizaje formativo. En este plan de estudios, todos los estudiantes realizan durante el tercer curso un rotatorio completo por las 6 áreas clínicas principales: medicina interna y sus especialidades, cirugía y sus especialidades, psiquiatría, medicina de familia, ginecología y obstetricia, y pediatría, en línea con los estándares establecidos por la *World Federation for Medical Education*, que nuestra facultad cumple como centro acreditado[18]. Este contexto hacía especialmente relevante asegurar que dichas rotaciones no se limitaran a una experiencia observacional, sino que se tradujeran en un aprendizaje clínico estructurado, activo y formativo. Las EPA ofrecían una solución conceptualmente impecable, pero su aplicación completa resultaba poco viable en nuestro contexto por su complejidad logística. El mini-CEX, por su parte, era factible y probado, pero demasiado limitado para abarcar la diversidad de actividades clínicas del estudiante.

De esta reflexión surgió la propuesta de las Tareas Evaluables del estudiante (TEe): un modelo intermedio que mantiene la simpleza, la observación directa y el *feedback* inmediato del mini-CEX, pero amplía su alcance para cubrir una mayor variedad de actividades clínicas y competencias esenciales, alineadas con marcos internacionales como CanMEDS y con la filosofía de progresión formativa propia de las EPA. Las TEe buscan ofrecer a los estudiantes una experiencia estructurada, homogénea y significativa durante sus rotaciones clínicas, y a los docentes una herramienta sencilla y realista para acompañar el desarrollo competencial del estudiante.

Diseño, validación e implementación de las Tareas Evaluables del estudiante

Fase de diseño

Más de 50 profesores clínicos y especialistas en educación médica participaron en esta primera fase del proyecto, con el objetivo de identificar qué actividades clínicas representaban mejor el día a día profesional del médico. El punto de partida fue una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la evaluación formativa en el entorno clínico, modelos como el mini-CEX y las EPA, y marcos competenciales como CanMEDS. Estas referencias confirmaron una idea esencial: el aprendizaje clínico mejora cuando el docente observa directamente al estudiante y ofrece un *feedback* inmediato, específico y orientado a la mejora.

Tras un proceso deliberativo, el equipo definió 10 tareas clínicas nucleares que un estudiante debe practicar durante sus rotaciones clínicas: hacer una historia y exploración física, elaborar un diagnóstico diferencial, justificar un tratamiento, presentar un caso, buscar evidencia para el manejo clínico, colaborar en una sesión clínica, manejar una urgencia, obtener un consentimiento informado, realizar procedimientos básicos y participar en un equipo quirúrgico (tabla 1).

Cada TEe se acompaña de una rúbrica, presentada en un formato breve y concebida para orientar la observación del tutor clínico y estructurar el *feedback* formativo, sin incrementar de forma significativa la carga evaluativa. Asimismo, se establecieron 3 niveles de confianza o supervisión que permiten estimar progresivamente la autonomía del estudiante en la realización de cada tarea, inspirados en el concepto de confiabilidad de las EPA. La figura 1 muestra, a modo de ejemplo, el diseño de la TEe 1.

El resultado es una herramienta intermedia entre la simplicidad operativa del mini-CEX y la amplitud competencial de las EPA: una propuesta viable, centrada en tareas clínicas reales, que permite observar competencias integradas y generar conversaciones educativas significativas, alineadas con los roles médicos del modelo CanMEDS y con los marcos internacionales de formación médica basada en competencias (tabla 2).

Validación en entorno simulado

Antes de llevar la herramienta a las rotaciones reales, se consideró fundamental validar su claridad, coherencia

Tabla 1 Tareas evaluables del estudiante

TEe	Descripción	Principales ítems evaluados
TEe 1	Historia clínica y exploración física	Antecedentes y hábitos, historia actual, anamnesis por aparatos, valoración general, exploración por sistemas, actitud profesional e intimidad del paciente
TEe 2	Diagnóstico diferencial	Recogida de antecedentes relevantes, síntoma principal e historia actual, exploración dirigida, elaboración de diagnósticos diferenciales, selección de pruebas complementarias
TEe 3	Comprender y justificar la medicación	Identificación del fármaco, indicación clínica, dosis y pauta, justificación terapéutica, efectos adversos e interacciones
TEe 4	Presentar un caso clínico	Presentación estructurada del paciente, historia de la enfermedad actual, exploración física relevante, discusión diagnóstica y terapéutica
TEe 5	Manejo del paciente basado en evidencia	Identificación del problema clínico, búsqueda de información científica, valoración crítica de la evidencia, aplicación al manejo del paciente
TEe 6	Participar en una sesión clínica	Presentación del caso, argumentación clínica, participación en la discusión, interacción con el equipo
TEe 7	Reconocer y manejar una urgencia clínica	Valoración inicial del paciente, identificación de signos de gravedad, diagnóstico inicial, inicio de medidas terapéuticas
TEe 8	Obtención del consentimiento informado	Explicación del procedimiento, beneficios y riesgos, alternativas terapéuticas, verificación de comprensión del paciente
TEe 9	Procedimientos clínicos básicos	Preparación del material, explicación al paciente, ejecución del procedimiento, medidas de seguridad
TEe 10	Participación en equipo quirúrgico	Preparación del paciente, normas de asepsia, colaboración en el procedimiento, trabajo en equipo

TEe: Tareas Evaluables del estudiante.

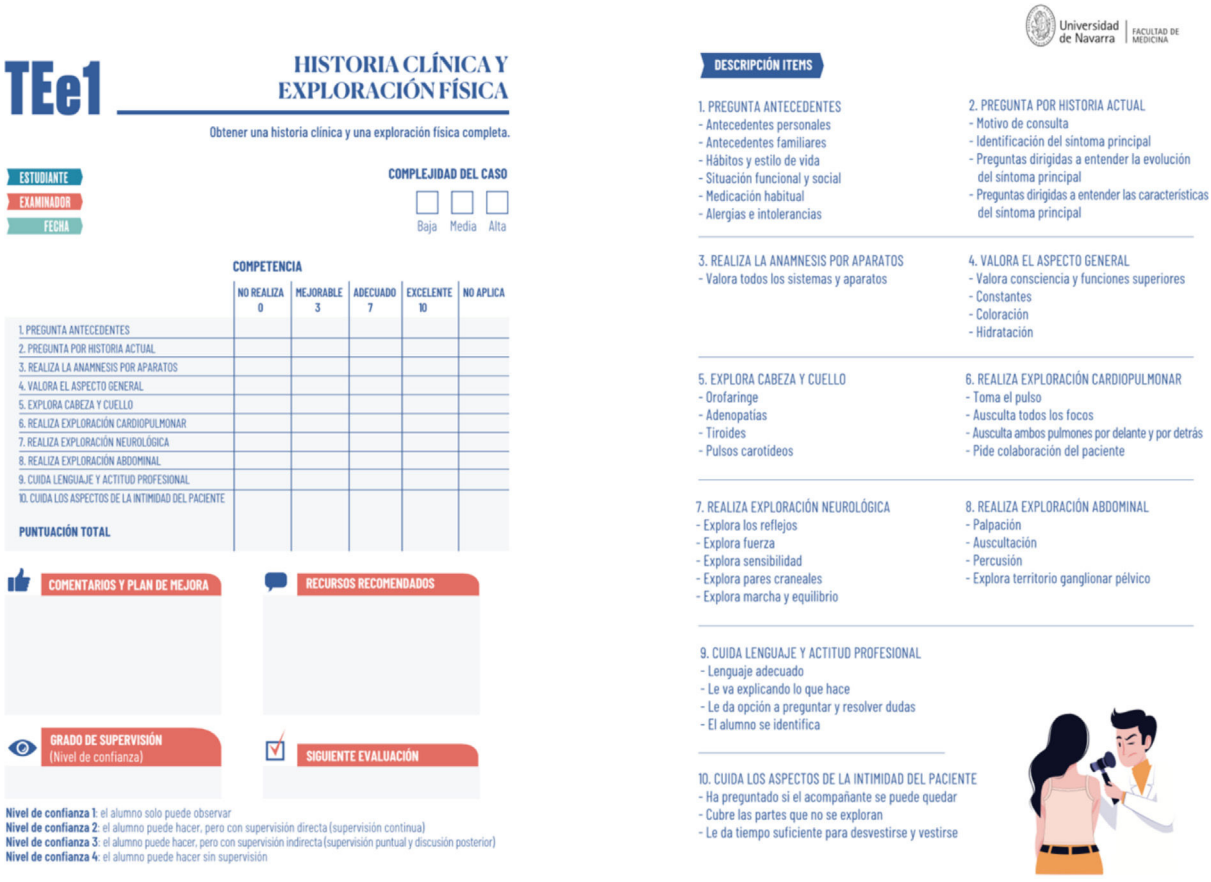

Figura 1 Estructura de la tarea evaluable del estudiante.

Tabla 2 Relación entre las Tareas Evaluables del estudiante y las competencias del modelo CanMEDS

TEe	Descripción	Roles médicos CanMEDS
TEe 1	Obtener historia clínica y exploración física	Médico experto, comunicador, promotor de la salud, profesional
TEe 2	Diagnóstico diferencial	Médico experto, académico/científico
TEe 3	Comprender y justificar la medicación	Médico experto, académico/científico, promotor de la salud, profesional
TEe 4	Documentar y presentar un caso clínico	Comunicador, académico/científico, profesional
TEe 5	Buscar evidencia para el manejo del paciente	Académico/científico, médico experto
TEe 6	Participar en sesión clínica	Comunicador, colaborador, académico/científico
TEe 7	Reconocer urgencia clínica	Médico experto, líder, profesional
TEe 8	Obtener consentimiento informado	Comunicador, profesional, promotor de la salud
TEe 9	Realizar procedimientos clínicos	Médico experto, profesional
TEe 10	Participar en equipo en quirófano	Colaborador, profesional, médico experto

interna y utilidad pedagógica. Para ello, se diseñaron 10 escenarios clínicos simulados, uno por cada TEe, en los que participaron estudiantes de grado, residentes y evaluadores clínicos.

Durante 4 días se realizaron más de 250 observaciones estructuradas, con entre 2 y 3 evaluadores por tarea. Este ejercicio permitió analizar la concordancia entre evaluadores, la capacidad discriminativa entre distintos niveles formativos y la consistencia interna de los ítems.

Los resultados demostraron que la concordancia interevaluador fue excelente en 5 TEe (ICC > 0,8), buena en 4 (ICC: 0,6–0,8) y mejorable en una. Las puntuaciones obtenidas por los residentes fueron sistemáticamente superiores a las de los estudiantes, lo que mostraba una adecuada capacidad discriminativa. Y la consistencia interna (alfa de Cronbach 0,47–0,73) fue acorde a la diversidad de aspectos observados en cada TEe.

Implementación en las rotaciones clínicas

En el curso 2022–2023, las TEe se incorporaron oficialmente al curso rotatorio de tercer año del grado de Medicina. Para garantizar su aplicabilidad, se desarrolló un plan de formación para los tutores clínicos, presencial y online, centrado en la observación directa, el *feedback* efectivo y la integración de las TEe en el flujo asistencial.

La acogida fue muy positiva: el 100% de los estudiantes realizó al menos una TEe y el 80% de los tutores clínicos formados empleó la herramienta de manera regular. Las actividades quedaron registradas en la plataforma institucional, lo que permitió a estudiantes y docentes visualizar el progreso formativo a lo largo del curso. La evaluación sumativa del aprendizaje se analizó mediante un Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE) final, que sirvió además como punto de triangulación para analizar el impacto de las TEe.

Primeros resultados

Resultados cuantitativos (tabla 3)

La implementación y registro de las TEe permitió disponer de datos sobre la actividad formativa desarrollada por los estudiantes durante sus rotaciones clínicas. De los 198 alumnos que participaron en el piloto, todos realizaron al menos una TEe y más del 50% completó varias a lo largo del curso.

El análisis estadístico de la relación entre la práctica a través de las TEe y los resultados del ECOE mostró una correlación significativa entre el número total de TEe realizadas y la nota global del ECOE (r = 0,1781; p = 0,013). Aunque la magnitud del coeficiente es moderada, su significado pedagógico es importante: los estudiantes que participaron más activamente en situaciones observadas y recibieron más *feedback* tendieron a obtener mejores resultados en su evaluación clínica final.

De forma específica, la TEe con mayor capacidad predictiva fue la correspondiente a la presentación y documentación de un caso clínico, que mostró la correlación más alta con el desempeño global del ECOE. Este hallazgo es coherente con la idea de que la capacidad de sintetizar información clínica, argumentar decisiones y comunicar de forma ordenada suele reflejar el grado de comprensión global del proceso clínico por parte del estudiante.

Resultados cualitativos (tabla 4)

Para comprender la experiencia vivida por los estudiantes, se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas al finalizar el curso. Las transcripciones fueron analizadas mediante un enfoque temático por 2 investigadoras de manera independiente, identificando categorías y temas principales del estudio. El análisis se llevó a cabo de forma iterativa hasta alcanzar la saturación de datos. La mayoría de los

Tabla 3 Resultados cuantitativos de los 198 estudiantes

Dimensión	Resultados	Interpretación
Participación	100% realizaron ≥1 TEe; la mayoría completó varias	Alta factibilidad e integración en rotaciones
Relación TEe–ECOE	Más TEe realizadas, mejor nota en el ECOE (r = 0,1781; p = 0,013)	Asociación significativa entre participación y rendimiento clínico
TEe con mayor correlación	TEe 4: presentación y documentación de caso clínico	Las tareas integradoras reflejan mejor la competencia global

Tabla 4 Resultados cualitativos del análisis de 13 entrevistas

Categoría	Hallazgos clave	Significado educativo
Participación activa	Paso de rol observacional a participación activa en la atención al paciente	Favorece implicación, seguridad e inicio del desarrollo de identidad profesional
Feedback	Identificado como el elemento más valioso; permite comprender errores y mejorar	Motor del aprendizaje clínico y de la mejora del desempeño
Reflexión	Permite identificar áreas de mejora y conectar acción-aprendizaje	Promueve aprendizaje autorregulado y cierra el ciclo formativo
Dificultades (transversales)	Limitaciones de tiempo, variabilidad entre tutores y servicios, presión asistencial, problemas organizativos y de coordinación	La implementación depende del contexto, la cultura docente y la formación del profesorado

participantes describió las TEe como una oportunidad formativa real que dio significado a su actividad en las rotaciones. Se identificaron 3 temas principales:

Participación activa: los estudiantes señalaron que las TEe favorecieron un cambio en su papel durante las rotaciones, pasando de una posición observacional a una participación más activa en la atención al paciente.

«Yo creo que desde el principio no era aprender teoría. Los objetivos son otros. Lo que ha ayudado es a no tenerle miedo a enfrentarte al paciente. Ahora nos falta aprender medicina, conceptos, pero hemos aprendido a comportarnos como médicos».

«Como eres tú el protagonista, aprendes mejor. Tú puedes elegir aprender mejor o peor».

«El que quiera aprender en este año mucho (…) Está en nuestra mano tener una actitud activa y que se vea que le estamos quitando tiempo al médico, pero lo estamos aprovechando».

El valor del *feedback*: los estudiantes lo identificaron como el elemento más relevante de la experiencia formativa. Las conversaciones con el tutor tras la realización de las TEe fueron percibidas como momentos clave de aprendizaje, en los que podían comprender mejor su desempeño, identificar áreas de mejora y orientar de forma más consciente su progresión clínica.

«Eso es lo que más te ayuda. Lo que más vale. Te ayuda a aprender y seguir mejorando».

«Te dicen las cosas que has hecho bien, no las que has hecho mal. Es muy importante para saber cómo podía hacerlo mejor. Muchas veces piensas que lo has hecho súper bien, y no te das cuenta de los fallos que has cometido».

Promoción de la reflexión: los estudiantes señalaron que el aprendizaje a través de las TEe les ayudaba a conectar la experiencia vivida con sus necesidades formativas futuras, favoreciendo la toma de conciencia sobre su propio proceso de aprendizaje.

«También me falta una parte de conocimiento que tengo ganas de aprenderlo, porque he visto que me va a ser útil».

«Lo bueno es ver tu progreso. Si te hacen solo una en todo el mes… no aprendes igual. No ves el progreso».

A la vez, se identificaron áreas claras de mejora relacionadas principalmente con aspectos logísticos, organizativos y de implementación. De forma recurrente, señalaron la dificultad para disponer de tiempos adecuados para la observación directa y el *feedback*, condicionados en gran medida por la presión asistencial. Asimismo, describieron una notable variabilidad entre tutores, servicios e incluso dentro de un mismo hospital, en el grado de conocimiento, implicación y uso de la herramienta. Esta heterogeneidad condicionó de forma directa la experiencia formativa del estudiante, generando una percepción de aprendizaje dependiente del profesional asignado más que del entorno estructural. En este sentido, los datos sugieren que la actitud docente del profesional y la cultura del servicio son determinantes clave de la calidad de la experiencia formativa, por encima de factores institucionales como el tipo de hospital o universidad.

Claves pedagógicas y metodológicas aprendidas

Los resultados de este estudio han permitido identificar aprendizajes relevantes que van más allá de la mera viabilidad de la herramienta, aportando claves sobre cómo estructurar el aprendizaje clínico a través de las TEe (fig. 2):

- **Una herramienta viable, pero dependiente del contexto:** las TEe han demostrado ser una herramienta factible. Su diseño sencillo facilita su integración en la actividad asistencial sin generar una carga excesiva. Sin embargo, su implementación efectiva depende de las

Figura 2 Claves pedagógicas TEe.

condiciones del entorno clínico, la organización del servicio y la implicación del tutor, en línea con lo descrito en la literatura sobre formación en entornos clínicos[9].

- **Estructura el aprendizaje, pero no garantiza la eficacia:** las TEe aportan un marco que permite dar intencionalidad educativa a las rotaciones clínicas, facilitando la observación directa y la generación de espacios de conversación formativa. Sin embargo, este cambio depende de factores como la actitud docente, la cultura educativa del servicio, la carga asistencial y la coordinación institucional[2].
- **El *feedback* como núcleo del aprendizaje, cuando ocurre:** la observación directa seguida de una conversación específica y contextualizada permite transformar la práctica clínica en aprendizaje significativo. No obstante, la calidad y frecuencia de esta retroalimentación es variable[19,20].
- **Promueve el protagonismo del estudiante, pero no de forma uniforme:** las TEe contribuyen a que el estudiante adopte un papel más activo en su proceso formativo, favoreciendo su implicación en la práctica clínica. Aun así, este protagonismo depende del contexto y de las oportunidades reales de participación[2].
- **Hace explícito el proceso de formación como médico:** las TEe permiten al estudiante aproximarse progresivamente a las responsabilidades reales de la práctica clínica, contribuyendo al desarrollo de su identidad profesional. La repetición de estas tareas a lo largo del tiempo, junto con la valoración del grado de confianza alcanzado, facilita el seguimiento del progreso del estudiante y su avance hacia mayores niveles de autonomía, alineándose con otros modelos de desarrollo competencial descritos[13].
- **El desarrollo docente como condición de posibilidad:** el impacto de las TEe depende en gran medida del tutor clínico. Su capacidad para observar, dialogar y ofrecer f*eedback*, junto con una adecuada coordinación y reconocimiento del rol docente, resulta clave para garantizar una experiencia formativa homogénea. En este sentido, la formación del profesorado clínico y el desarrollo de una cultura educativa compartida son condiciones necesarias para la consolidación del modelo[21].

Futuro

La experiencia descrita permite identificar 3 líneas principales de desarrollo futuro.

En primer lugar, destaca su protagonismo en modelos de evaluación programática, en los que múltiples observaciones formativas contribuyen a construir una visión longitudinal del desarrollo competencial del estudiante. Además, al integrarse progresivamente en el currículo, las TEe podrían facilitar la acumulación de evidencias del aprendizaje y una toma de decisiones más informada sobre el progreso del alumno.

En segundo lugar, la posible extensión del modelo al ámbito de la formación sanitaria especializada mediante el desarrollo de Tareas Evaluables del Especialista (TEE). Este enfoque permitiría mantener la lógica de observación directa y *feedback* en la residencia, en coherencia con los estándares internacionales como las EPA, pero en un formato más sencillo y operativo que facilite su implementación en entornos clínicos reales.

Por último, la implantación de las TEe abre nuevas oportunidades de investigación educativa, especialmente en relación con el desarrollo longitudinal de competencias, la experiencia de estudiantes y tutores, y los factores que condicionan su implementación en distintos contextos asistenciales.

Conclusiones

- La formación clínica es el núcleo del aprendizaje del estudiante de Medicina, pero con frecuencia carece de estructuras que garanticen una observación sistemática y un *feedback* formativo de calidad.
- Las TEe, basadas en herramientas clásicas de evaluación formativa, representan un modelo intermedio que combina la viabilidad del mini-CEX con la lógica competencial de las EPA.
- Su diseño, basado en tareas clínicas auténticas, permite observar competencias integradas en el entorno real y orientar el aprendizaje hacia la práctica profesional.
- Las TEe son una herramienta factible y bien aceptada, con capacidad para integrarse en la actividad asistencial sin generar una carga significativa.
- El aprendizaje a través de las TEe se asocia con la mejora del rendimiento clínico del estudiante.
- El *feedback* emerge como el elemento central del aprendizaje clínico, con impacto directo en la mejora del desempeño y en la reflexión del estudiante.
- Las TEe favorecen un papel más activo del estudiante y contribuyen a su integración progresiva en la práctica clínica y al desarrollo de su identidad profesional.
- El impacto real de las TEe depende, en última instancia, de un cambio cultural en la enseñanza clínica, que reconozca el valor de la retroalimentación y del acompañamiento, así como de la formación y alineación del profesorado clínico como elemento clave del proceso formativo.

Financiación

Los autores declaran que no obtuvieron ayudas específicas de parte del sector público, sector privado o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los actores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. BMJ. 2003;326(7389):591–4. doi:10.1136/bmj.326.7389.591.
2. Dornan T, Boshuizen H, King N, Scherpbier A. Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. Med Educ. 2007;41(1):84–91. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02652.x.
3. Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA. 1983;250(6):777–81. doi:10.1001/jama.1983.03340060055026.
4. Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. BMJ. 2008;337(7681):1292–4. doi:10.1136/bmj.a1961.

5. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. Ann Intern Med. 1995;123(10):795–9. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00008.
6. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. Ann Intern Med. 2003;138(6):476–81. doi:10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012.
7. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. JAMA. 2009;302(12):1316–2136. doi:10.1001/jama.2009.1365.
8. Lörwald AC, Lahner FM, Nouns ZM, Berendonk C, Norcini J, Greif R, et al. The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and direct observation of procedural skills (DOPS) and its association with implementation: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(6). doi:10.1371/journal.pone.0198009.
9. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach. 2007;29(9):855–71. doi:10.1080/01421590701775453.
10. Kogan JR, Conforti L, Bernabeo E, Iobst W, Holmboe E. Opening the black box of clinical skills assessment via observation: a conceptual model. Med Educ. 2011;45(10):1048–60. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04025.x.
11. Van Der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. Med Educ. 2005;39(3):309–17. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x.
12. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. Med Educ. 2005;39(12):1176–7. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.
13. Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. J Grad Med Educ. 2013;5(1):157–8. doi:10.4300/jgme-d-12-00380.1.
14. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach. 2010;32(8):638–45. doi:10.3109/0142159X.2010.501190.
15. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, Van Der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Med Teach. 2015;37(11):983–1002. doi:10.3109/0142159X.2015.1060308.
16. Frank JR, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 physician competency framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2015; 2015.
17. Ten Cate O, Scheele F, Ten Cate TJ. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? Acad Med. 2007;82(6):542–7. doi:10.1097/ACM.0b013e31805559c7.
18. Basic medical education wfme global standards for quality improvement explanatory note to guide the use of the Standards [Internet]. [consultado24 Mar 2026]. Disponible en: www.wfme.orgadmin@wfme.org
19. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. Rev Educ Res. 2007;77(1):81–112. doi:10.3102/003465430298487.
20. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. Med Educ. 2010;44(1):101–8. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x.
21. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: a 10-year update: BEME Guide No. 40. Med Teach. 2016;38(8):769–86. doi:10.1080/0142159X.2016.1181851.