UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NOROESTE
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES |

INSTITUTO DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

"Percepción de las y los docentes sobre la implementación de ECOE en asignaturas profesionales de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA, año 2024".

ALUMNA

María Mónica Lázzaro

CORREO ELECTRÓNICO: mlazzaro@unnoba.edu.ar

DIRECTORA

Esp. Luciana Vanina Molina

CORREO ELECTRÓNICO: lvmolina@comunidad.unnoba.edu.ar

AÑO: 2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo integrador final a mis profesoras memorables, quienes con su enseñanza y ejemplo marcaron profundamente mi formación, en especial, a mi querida profesora y amiga Nélida Yaryour; y a la licenciada Lilia Beatriz Franzó, cuyo legado continúa inspirando mi camino.

También dedico este logro a mi compañera y amiga Susana Graciela Gimenez, con quien comparto a diario desafíos, aprendizajes y el compromiso diario de la gestión y la docencia, agradeciendo su apoyo incondicional.

A la memoria de mi padre Hugo y de mi tía María Delia, quienes, con su cuidado amoroso, esfuerzo incansable y los valores que me transmitieron, dejaron una huella imborrable en mi vida. Aunque ya no estén presentes, su ejemplo sigue acompañándome e iluminando cada paso de mi camino.

A mi compañero de vida, Mario, y mis dos hijos, Oriana y Thiago, por ser mi sostén y mayor inspiración. Gracias por su amor y la paciencia con que me acompañaron en este recorrido.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires por brindarme la oportunidad de continuar mi formación académica.

A mi directora de Trabajo Integrador Final, por su guía, acompañamiento y valiosos aportes a lo largo de todo el proceso.

Agradezco muy especialmente a las docentes que participaron del presente estudio, por su generosidad, disposición y compromiso con la reflexión permanente de la praxis y construcción colectiva de saberes.

Y a las y los estudiantes de Enfermería del Instituto Académico de Desarrollo Humano, por inspirarme permanentemente a mejorar las prácticas de enseñanza, aprendizaje y evaluación, en pos de una formación universitaria de calidad, de acuerdo a las necesidades y desafíos de la profesión.

RESUMEN

Introducción: La evaluación representa un proceso clave para asegurar la calidad del aprendizaje del estudiantado y, al mismo tiempo, mejorar las praxis docentes. Repensar e innovar las metodologías de evaluación que tradicionalmente se centran en acreditar y calificar aspectos teórico conceptuales del conocimiento, es un gran desafío de las instituciones de educación superior, especialmente para el equipo docente de las carreras de enfermería. La Evaluación Clinica Objetiva Estructurada (ECOE), es un formato que incluye diversos instrumentos evaluativos, pudiendo adoptar carácter sumativa o formativo de acuerdo al momento en que se administre. Su estructura permite a las y los estudiantes de ciencias de la salud, rotar por un circuito de estaciones secuenciales, en el cual deberán enfrentar y resolver una amplia variedad de situaciones para poner en práctica las competencias adquiridas en el marco de una asignatura, modulo o ciclo. La ECOE presenta criterios y características que evidencian su capacidad y calidad para evaluar integralmente el saber, el saber ser y el saber hacer en una carrera de naturaleza eminentemente práctica como Enfermería. Se distingue por ser una modalidad clínica, objetiva, estructurada, confiable, justa, realista, auténtica y de alto impacto en la formación de las y los futuros profesionales. Una vez finalizada la prueba, otorga una retroalimentación constructiva del grado de competencias alcanzado por cada estudiante, favoreciendo el proceso reflexivo del alumnado para su autoconocimiento y autoevaluación; y brinda al equipo docente, información valida y confiable que le permite tomar decisiones sobre el proceso de enseñanza aprendizaje. La investigación exploró la percepción de docentes universitarias que participaron en la primera ECOE de la Carrera de Enfermería, del Instituto Académico de Desarrollo Humano de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, en el año 2023. **Metodología de estudio**: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional de corte transversal con enfoque cuali cuantitativo entre los meses de noviembre y diciembre de 2024. **Población y muestra**: Se tomó la totalidad de la población (N=18) que cumplía con los criterios de inclusión, dado que se trataba de un universo reducido. La muestra estuvo constituida por el 88.89% de esa población (n=16). **Recolección de datos:** Para la recolección de datos, se empleó una encuesta semiestructurada ad hoc que abordó variables sociodemográficas y aspectos relacionados con la metodología de evaluación, organización, diseño, ejecución, rol evaluador, reglamento/protocolo de la ECOE de la UNNOBA, y consideraciones generales. **Análisis de los resultados:** Los resultados de las preguntas abiertas fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido, mientras que los correspondientes a las preguntas cerradas se procesaron utilizando el programa Epidat versión 4.2**. Resultados:** las 16 (100%) participantes se identificaron con el género femenino, 13 (81.25%) presentaron título de grado en Enfermería y más de cinco años de experiencia en docencia. 13 (81.25%) docentes integraron el Comité Operativo y 3 (18,75%) formaron parte del Comité Ejecutivo de la primera ECOE implementada en la UNNOBA en el año 2023. 13 (81,25%) docentes expresaron estar muy de acuerdo**,** y 3 (18,75%) indicaron estar de acuerdo

en considerar que la ECOE una herramienta útil y confiable para evaluar competencias profesionales en la carrera de Enfermería. Se detectó, además un alto grado de acuerdo respecto a los seis grupos de competencias que define el reglamento y protocolo de la UNNOBA: Competencias asociadas con valores profesionales, 13 (81.25%%); Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas, 16 (100%); Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos, 16 (100%); Conocimiento y competencias cognitivas, 15 (93.75%); Competencias interpersonales y de comunicación, 15 (93.75%); y Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo, 14(87.5%). Asimismo, se observó que 15 (93.75%) participantes coinciden en que la ECOE aporta un valor adicional comparada con otras formas de evaluación tradicionales. Además, 10 (62.5%) docentes, expresaron que la ECOE genera un alto impacto positivo en la formación profesional del estudiantado. Respecto a las ventajas, 16 (100%) señalaron la identificación de fortalezas y debilidades individuales en el desempeño estudiantil; 15 (93.75%) la objetividad y estandarización del instrumento; 15 (93.75%) el aporte a la mejora de la preparación práctica de las y los estudiantes; 14 (87.5%) la capacidad para representar escenarios clínicos y comunitarios reales. En cuanto a las desventajas: 7 (43.75%) identificaron la inversión de tiempo; 4 (25%) el estrés que experimenta el equipo docente durante todo el proceso; 2 (12.5%) el estrés estudiantil; y una (6.25%) su alto costo de implementación. Los resultados de las variables relacionadas con el "Diseño de los circuitos de la ECOE", evidenció que las docentes combinaron diferentes tipos de pruebas, y que en su mayoría utilizaron simulación clinica. 8 (57.14%) docentes utilizaron paciente estandarizado en al menos una estación; 12 (75%) coincidieron en que el recurso paciente estandarizado aporta mayor realismo a las estaciones, y el mismo número opinaron que esta estrategia facilita la evaluación de habilidades blandas. 13 docentes (81,25%) reportaron haber enfrentado algún tipo de obstáculo durante el diseño de las estaciones: 6 (46,15%) señalaron inconvenientes en la selección del tipo de prueba, 4 (30,77%) dificultades para la elaboración de las guías e instructivos, 3 (23.07%) mencionaron obstáculos vinculados con el número de estaciones que debían integrar cada ECOE. Respecto a la ejecución, 15 (93.75%) percibieron de forma satisfactoria/muy satisfactoria el proceso de ejecución el día de la prueba. El 96.75% valoró favorablemente el realismo escénico logrado en los escenarios. 14 (87,5%) docentes se desempeñaron como evaluadoras. De estas, el 100% manifestó una percepción positiva respecto a su intervención. Respecto a su percepción sobre el reglamento y protocolo, 9 docentes (56,25%) manifestaron que modificarían al menos un aspecto del reglamento y/o protocolo. Sobre los aspectos de la implementación considerados críticos para el éxito de una ECOE, 15 (93,75%) identificaron la capacitación, 14 (87,5%) docentes señalaron como factores clave la comunicación y la coordinación dentro del equipo docente**,** junto con la logística general, la organización operativa y la efectividad de la evaluación y la retroalimentación brindada a las y los estudiantes; 13 docentes (81,25%) destacaron la disponibilidad de recursos y equipamiento**,** así como el adecuado manejo del tiempo durante el proceso evaluativo**.** Respecto al apoyo adicional, 10 (62,5%) docentes respondieron que contar con instancias adicionales de capacitación mejoraría la implementación; 5 (31,25%) indicaron la

importancia de incorporar recursos humanos: técnico, administrativo y pacientes estandarizados. El 100% de las participantes del estudio presentan una percepción favorable**,** lo que refleja una alta aceptación de la experiencia evaluativa implementada. 14(87,5%) se expresaron dispuestas a implementar la ECOE en el futuro. **Conclusión:** Se logró cumplir con el objetivo general del estudio, en tanto fue posible describir y comprender la percepción de las docentes del área profesional clínica y comunitaria de la Carrera de Enfermería sobre la ECOE implementada en la institución. Se comprobó la hipótesis nula (H0), puesto que no se encontró diferencia significativa en la percepción de las docentes encuestadas. La mayoría percibe positivamente la ECOE integrada a simulación clinica para evaluar el grado de adquisición de conocimientos y competencias de estudiantes de enfermería. Existe alto nivel de consenso, respecto al impacto positivo de la ECOE sobre la preparación profesional del estudiantado, considerando que, al finalizar dicha prueba, se le proporciona retroalimentación brindando la oportunidad de reflexionar sobre su propio desempeño, reconocer sus fortalezas y debilidades, y acordar con el equipo docente actividades para mejorar el aprendizaje. Si bien el 87,5% se expresaron dispuestas a implementar la ECOE en el futuro si se incorporara a las metodologías habituales de evaluación de la carrera, seria indispensable revisar el reglamento y protocolo vigente, ofrecer capacitación a los equipos docentes y generar mecanismos para prevenir el estrés académico.

Palabras claves: ECOE, Percepciones docente, Enfermería

ABSTRAC

Introduction: Evaluation represents a key process to ensure the quality of student learning and, at the same time, improve teaching practices. Rethinking and innovating evaluation methodologies that traditionally focus on accrediting and qualifying theoretical-conceptual aspects of knowledge is a great challenge for higher education institutions, especially for the faculty team in nursing programs. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is a format that includes diverse evaluative instruments, capable of adopting a summative or formative nature depending on the moment it is administered. Its structure allows health science students to rotate through a circuit of sequential stations, in which they must face and resolve a wide variety of situations to put into practice the competencies acquired within the framework of a subject, module, or cycle. The OSCE presents criteria and characteristics that demonstrate its capacity and quality to comprehensively evaluate knowing, being, and doing in a career of an eminently practical nature like Nursing. It is distinguished by being a clinical, objective, structured, reliable, fair, realistic, authentic modality with a high impact on the training of future professionals. Once the test is finished, it provides constructive feedback on the degree of competence achieved by each student, favoring the student's reflective process for self-knowledge and self-evaluation; and provides the faculty team with valid and reliable information that allows them to make decisions about the teaching-learning process. The research explored the perception of university faculty members who participated in the first OSCE of the Nursing Program, of the Academic Institute of Human Development of the Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (UNNOBA), in 2023. **Study methodology:** A descriptive, observational, cross-sectional study with a quali-quantitative approach was carried out between November and December 2024. **Population and sample:** The entire population (N=18) that met the inclusion criteria was taken, given that it was a reduced universe. The sample consisted of 88.89% of that population (n=16). **Data Collection:** For data collection, an ad hoc semi-structured survey was used that addressed sociodemographic variables and aspects related to the evaluation methodology, organization, design, execution, evaluator role, regulation/protocol of the OSCE at UNNOBA, and general considerations. **Analysis of Results:** The results of the open questions were analyzed using the content analysis technique, while those corresponding to the closed questions were processed using the Epidat version 4.2 program. **Results:** The 16 (100%) participants identified as female, 13 (81.25%) held a bachelor's degree in Nursing and had more than five years of experience in teaching. 13 (81.25%) faculty members integrated the Operating Committee and 3 (18.75%) were part of the Executive Committee of the first OSCE implemented at UNNOBA in 2023. 13 (81.25%) faculty members expressed being strongly agree, and 3 (18.75%) indicated being agree in considering the OSCE a useful and reliable tool for evaluating professional competencies in the Nursing program. Furthermore, a high degree of agreement was detected regarding the six groups of competencies defined by the UNNOBA regulation and protocol: Competencies associated with professional values, 13 (81.25%); Competencies associated with nursing practice and clinical decision-making, 16 ($100%);

Competencies for adequate use of a range of skills, interventions, and activities to provide optimal care, 16 (100%); Knowledge and cognitive competencies, 15 (93.75%); Interpersonal and communication competencies, 15 (93.75%); and Leadership, management, and teamwork competencies, 14 (87.5%). Likewise, it was observed that 15 (93.75%) participants agree that the OSCE provides additional value compared to other traditional forms of evaluation. In addition, 10 (62.5%) faculty members expressed that the OSCE generates a high positive impact on the professional training of the student body. Regarding the advantages, 16 ($100%) pointed out the identification of individual strengths and weaknesses in student performance; 15 (93.75%) the objectivity and standardization of the instrument; 15 (93.75%) the contribution to improving the practical preparation of students; 14 (87.5%) the capacity to represent real clinical and community scenarios. As for the disadvantages: 7 (43.75%) identified the time investment; 4 (25%) the stress experienced by the faculty team throughout the process; 2 (12.5%) student stress; and one (6.25%) its high implementation cost. The results of the variables related to the "Design of the OSCE circuits" showed that the faculty combined different types of tests, and that they mostly used clinical simulation. 8 (57.14%) faculty members used a standardized patient in at least one station; 12 (75%) agreed that the standardized patient resource provides greater realism to the stations, and the same number opined that this strategy facilitates the evaluation of soft skills. 13 faculty members (81.25%) reported having faced some type of obstacle during the design of the stations: 6 (46.15%) pointed out inconveniences in the selection of the type of test, 4 (30.77%) difficulties in the elaboration of the guides and instructions, 3 (23.07%) mentioned obstacles related to the number of stations that each OSCE should integrate. Regarding execution, 15 (93.75%) perceived the execution process on the day of the test as satisfactory/very satisfactory. 96.75% favorably valued the scenic realism achieved in the scenarios. 14 (87.5%) faculty members served as evaluators. Of these, 100% manifested a positive perception regarding their intervention. Regarding their perception of the regulation and protocol, 9 faculty members (56.25%) stated that they would modify at least one aspect of the regulation and/or protocol. Regarding the aspects of implementation considered critical for the success of an OSCE, 15 (93.75%) identified training, 14 (87.5%) faculty members pointed out communication and coordination within the faculty team as key factors, along with general logistics, operational organization, and the effectiveness of the evaluation and the feedback provided to the students; 13 faculty members (81.25%) highlighted the availability of resources and equipment, as well as the adequate management of time during the evaluative process. Regarding additional support, 10 (62.5%) faculty members responded that having additional training instances would improve implementation; 5 (31.25%) indicated the importance of incorporating human resources: technical, administrative, and standardized patients. 100% of the study participants present a favorable perception, which reflects a high acceptance of the implemented evaluative experience. 14 (87.5%) expressed willingness to implement the OSCE in the future. **Conclusion:** The general objective of the study was fulfilled, as it was possible to describe and understand the perception of the faculty members from the clinical and community professional area of the Nursing Program regarding the OSCE implemented in the institution. The null hypothesis (H0)

was confirmed, since no significant difference was found in the perception of the surveyed faculty. The majority perceives the OSCE integrated with clinical simulation positively to evaluate the degree of acquisition of knowledge and competencies of nursing students. There is a high level of consensus regarding the positive impact of the OSCE on the professional preparation of the student body, considering that, upon completion of the test, feedback is provided, offering the opportunity to reflect on their own performance, recognize their strengths and weaknesses, and agree with the faculty team on activities to improve learning. Although 87.5% expressed willingness to implement the OSCE in the future if it were incorporated into the program's usual evaluation methodologies, it would be essential to review the current regulation and protocol, offer training to faculty teams, and generate mechanisms to prevent academic stress.

Keywords: OSCE, Faculty perceptions, Nursing

MODALIDAD

La modalidad del presente Trabajo Integrador Final corresponde a una indagación exploratoria. La autora ha seleccionado para su Trabajo Final Integrador de Especialización en Docencia Universitaria de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (UNNOBA), la línea "Currículum universitario: problemáticas, desarrollo e innovación", focalizándose en la evaluación como eje central de análisis.

Abordó el tema Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE), herramienta clave para la valoración de competencias profesionales; también denominada Evaluación Objetiva Estructurada de Cuidados de Enfermería (EOECE) cuando se implementa en estudiantes de enfermería (Castro Yuste, 2014). En particular, se centró en explorar la percepción de las y los docentes de la carrera de Licenciatura en Enfermería sobre la implementación de esta metodología en la formación universitaria. Es decir, el estudio se estructura en torno a dos dimensiones. La primera dimensión, se centra en la ECOE; un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos y se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas. La potencia de este formato, radica en la combinación de diferentes métodos de evaluación, de manera que es capaz de explorar de manera integrada tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: el saber, saber cómo y demostrar cómo" (Almodóvar et al., 2020; De Serdio, 2002; Durante, 2006; Miller, 1990). Además de minimizar la subjetividad de las y los examinadores y asegurar la estandarización de los instrumentos de evaluación. (Ticse, 2017).

La segunda dimensión, aborda las percepciones docentes respecto a dicha experiencia evaluativa. Cebey y Ferrari (2017), refieren que las percepciones de las personas pueden ser entendidas como modos de comprender la realidad, al mismo tiempo construirla. Operan como factores que habilitan el discernimiento de determinados eventos, ocultando otros. Como antesala del accionar, el modo en que una persona percibe es subjetivo y singular y también colectivo, puesto que la percepción depende de las distinciones lingüísticas de las que se dispone a partir de la pertenencia a un grupo, comunidad o sociedad dada, en este caso una institución educativa, y se entrama en el conjunto de representaciones sociales que dan sentido compartido a las experiencias subjetivas.

Por lo tanto, el estudio describe las percepciones de las y los docentes tras su primera experiencia en la ECOE en la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Académico de Desarrollo Humano de la UNNOBA.

INTRODUCCION

PLANTEO DEL PROBLEMA

El surgimiento de la pandemia de COVID-19 generó una disrupción en los procesos de enseñanza aprendizaje convencionales en todos los espacios de educación, incluida la educación superior universitaria en ciencias de la salud. Esto motivó una transición inmediata hacia un sistema de formación remoto, mediado por tecnologías, que trajo consigo numerosos desafíos, no solo para docentes, sino también para el alumnado, sobre todo, para las y los estudiantes de enfermería que tradicionalmente realizaban sus actividades de formación en aula físicas, espacios de simulación y centros de atención sanitaria, dado el componente práctico y experiencial de la profesión (Canova Barrios et al., 2023; Váldez Fernandez et al., 2022)

La literatura evidencia los desafíos que la comunidad educativa debió transitar que en el contexto del coronavirus. Al inicio de la pandemia, el mundo académico evidenció carencias significativas, incluyendo la falta de herramientas adecuadas y equipos necesarios para garantizar una enseñanza efectiva o la aplicación concreta de conocimientos (Millán Núñez Cortés et al., 2020).

Amir et al.,(2020) refieren que, a pesar de los esfuerzos de las universidades por garantizar la calidad educativa, el aprendizaje en línea resultó insuficiente para la formación de profesionales de la salud competentes; debido a que estas disciplinas requieren el contacto directo con las personas en la práctica clínica, la cual no se puede remplazar con recursos tecnológicos.

Al inicio de la pandemia del coronavirus manifestaron que la sustitución de las prácticas clínicas por alternativas equivalentes resultó especialmente desafiante, ya que virtualizar el contacto con pacientes y la adquisición de ciertas competencias clínicas fue extremadamente complejo (Millán Núñez Cortés et al., 2020).

En igual modo, Lepez (2021) en su artículo reconoce que, en la formación de profesiones de enfermería, especialmente en educación clínica, examen físico, entrevista a pacientes, y experiencias vividas con el equipo de salud no lograron ser reemplazados por dispositivos móviles o entornos virtuales. Sin embargo, afirma que es indudable que los recursos digitales funcionaron durante el periodo de emergencia sanitaria como complemento para el desarrollo de competencias para el razonamiento crítico, la actualización y la gestión de la información en salud.

La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación (2020), expresó que el coronavirus ha generado desigualdades educativas, produciendo pérdida de aprendizajes en las y los estudiantes, y ha instado a las universidades a indagar y producir conocimiento en torno a conocer los efectos de las medidas adoptadas sobre los procesos enseñanza aprendizaje.

En Chile, por ejemplo, el Ministerio de Salud recomendó a las instituciones educativas que acordasen requerimientos para una formación, a partir de allí, basada en un modelo de aprendizaje centrado en el estudiantado, además de ajustes en los métodos de acreditación, en las estrategias metodológicas y evaluativas, puesto que los exámenes escritos tradicionales no permitían evaluar las competencias profesionales y laborales necesarias en la pos pandemia (Barra & Calisto, 2023).

Es así como las estrategias, diseñadas para garantizar la continuidad académica en un contexto socio sanitario adverso, debieron ser analizadas a partir de los resultados de aprendizaje y las competencias alcanzadas por el estudiantado**.**

Sin embargo, en Latinoamérica y particularmente en Argentina, la preocupación por la calidad de la enseñanza, y la efectividad de los procesos de formación en términos de aprendizajes significativos, no es un fenómeno reciente. Existían previamente al inicio de la pandemia, como una cuestión central. Los dinámicos y cambiantes escenarios económicos, políticos, culturales y ambientales, impulsados por el avance tecnológico, las comunicaciones, el aumento de la conectividad, los cambios demográficos y las transiciones epidemiológicas de los últimos años, han impactado significativamente en la salud de la población. Esta situación ha generado nuevas necesidades y demandas para la profesión, que no solo debe adaptarse a los cambios emergentes, sino también anticiparse a ellos. En este contexto, el cuidado, como núcleo esencial de la disciplina, enfrenta verdaderos retos en un mundo cada vez más globalizado. (Luengo Martínez & Sanhueza-Alvarado, 2016)

La llegada de la COVID-19, sin lugar a dudas, intensificó esta inquietud, dado por las condiciones excepcionales impuestas por la crisis sanitaria, social y económica. Esta situación se convirtió, por un lado, en una oportunidad para evaluar los resultados de los aprendizajes, es decir las competencias adquiridas por las y los estudiantes en ese entorno desfavorable y, por otro, en una posibilidad de explorar e implementar herramientas de evaluación formativas e innovadoras, más integrales y dinámicas, de acuerdo a las características y contexto de la Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA (Lázzaro et al., 2023).

En la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Académico de Desarrollo Humano de la UNNOBA hasta el momento, las evaluaciones en las asignaturas que integran el área profesional se centran principalmente en contenidos teóricos, dejando en segundo plano dimensiones fundamentales como las actitudes y el desempeño práctico. Esto resulta especialmente relevante en una carrera que articula conocimientos científicos, habilidades técnico procedimentales y una perspectiva ética y humanista, aspectos esenciales para la formación integral de los futuros profesionales. (Plan de Estudio, 2018).

Sobre esto último, se refieren Beltrán Velíz et al.,(2020), cuando expresan que la evaluación en ciencias de la salud, habitualmente excluye conocimientos de la diversidad cultural, es punitiva y no considera las características, estilos de aprendizaje ni el contexto de las y los estudiantes, lo que conduce a la mecanización de los contenidos y a la fragmentación del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Esto cobra importancia si se considera que también otros autores dedicados al estudio de aprendizaje y desarrollo de competencias profesionales se oponen a los métodos tradicionales que miden aprendizajes y a los sistemas de calificaciones, argumentando que estos enfoques se centran en aspectos cognitivos, memorización de contenidos, y no en lo que realmente importa: analizar, reflexionar, y resolver situaciones propias de la dinámica profesional. Estos especialistas enfatizan en la importancia de formar y evaluar las competencias esenciales necesarias para un desempeño futuro de calidad.

Declaran que una/un estudiante competente es aquel que posee conocimiento y sabe utilizarlo. Tener una competencia es usar el conocimiento para aplicarlo a la solución de situaciones nuevas o imprevistas, fuera del aula, en contextos diferentes, y para desempeñarse de manera eficiente en la vida personal, intelectual, social, ciudadana y laboral (Granizo Coloma et al., 2018)

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal (2022), recomienda y orienta a las instituciones responsables de la formación de profesionales sanitarios, sobre la necesidad de adoptar nuevos enfoques. En otras palabras, les sugiere re direccionar el proceso formativo colocando a las y los estudiantes en el centro, promoviendo la aplicación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes, en el contexto de las competencias y resultados definidos por cada programa educativo; explícitamente alineados con las necesidades de salud y las características de los sistemas sanitarios locales y regionales.

Sin lugar a dudas, la formación de estudiantes de enfermería resulta compleja, ya que durante el trascurso de la carrera el alumnado debe adquirir y poseer conocimientos, habilidades prácticas y actitudes que garanticen su desempeño profesional futuro con calidad, eficiencia y efectividad en la promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación; es decir, deben estar preparados para dar respuestas adecuadas a las demandas laborales y a las necesidades de cuidado de las personas y grupos. Por lo tanto, es fundamental que el aprendizaje se desarrolle de manera constructiva y que la evaluación se realice de forma integral, abarcando diversos contextos, similares a aquellos en los que se desarrollará la práctica profesional de la enfermería. Esto, sin lugar a dudas constituye una exigencia para las instituciones de educación superior (Gómez del Pulgar García, 2017; Luengo Martínez & Sanhueza Alvarado, 2016; Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022; Vallejo Gómez et al., 2021)

Para ello, es necesario contar con instrumentos de evaluación adecuados, que imiten tareas reales de la práctica profesional, para identificar el grado de adquisición y desarrollo de las competencias secuenciales en por lo menos tres momentos claves de la formación; uno durante o al finalizar las cursadas de las asignaturas profesionales; el segundo, al finalizar cada ciclo de formación, pre grado y grado. Y, por último, un tercer momento, no menos importante, pero que no se abordará en el presente estudio, por corresponder a la etapa de ejercicio profesional o formación continua. (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022)

Se vuelve relevante y significativo distinguir la singularidad de las acciones para una formación de enfermería integral, humanística, ética, y segura, sin riesgos para las personas, las organizaciones de salud, la comunidad y para los propios estudiantes mediante instrumentos que midan competencias específicas basadas en las acciones que desarrollaran en sus futuros puestos de trabajo combinadas con la verificación de las capacidades de análisis de las diferentes situaciones que se les pueden presentar en la realidad.

Por todo lo antes expuesto, durante el año 2022, el Instituto Académico de Desarrollo Humano (IADH) de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (UNNOBA) desarrolló en el Laboratorio de Simulación Clinica, con el objetivo de diagnosticar aprendizajes y competencias

adquiridos durante la pandemia por las y los estudiantes en el marco de las asignaturas profesionales, por primera vez una Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE). Esta, se convirtió en una oportunidad de innovar.

La ECOE se basa en la creación de estaciones a partir de casos clínicos (Almodóvar et al., 2020). Cada estación presenta una situación con una o varias tareas llamadas competencias que el/la estudiante debe realizar y una rúbrica de evaluación con el propósito de explorar el saber, saber cómo y demostrar cómo (De Serdio R., 2009).

En esa oportunidad, participaron de la experiencia el equipo de gestión, 18 docentes del área profesional, 4 docentes de asignaturas del área sociohumanísticas y 3 docentes del área de ciencias biológicas, 4 pacientes estandarizados, 3 no docentes y 46 estudiantes de enfermería, de los cuales 43 completaron la ECOE (Luhaces et al. 2023).

Al finalizar las pruebas, a través de una encuesta, se logró recabar las opiniones de las y los estudiantes que intervinieron, sobre la nueva metodología en contraste a los métodos de evaluación que se implementan tradicionalmente en la universidad (Lezcano et al., 2023). No obstante, se carecía de información respecto a las percepciones de las y los docentes que participaron en el estudio mencionado, asumiendo diferentes roles, y desempeñando diversas actividades: cuestiones relacionadas con la elaboración del reglamento, protocolo, y capacitación, selección y ponderación de competencias de acuerdo a la propuesta educativa de cada asignatura, diseño es escenarios, listas de cotejo, rúbricas, puesta en marcha de pruebas pilotos, ejecución, observación/evaluación, análisis e interpretación de los resultados, retroalimentación oportuna a las y los estudiantes de acuerdo a la literatura consultada.

Por ello, la autora, titular del área profesional clínica, se planteó la siguiente pregunta que guía el presente trabajo final integrador:

¿Qué percepciones presentan las y los docentes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA, sobre la ECOE como método de evaluación en las asignaturas del área profesional?

El propósito del estudio, es obtener información que proporcione sustento para lograr la incorporación de esta modalidad de evaluación integral al currículum y propuesta educativa de las asignaturas disciplinares de Enfermería, considerando en esta oportunidad las percepciones de las y los actores parte integrante del proceso enseñanza aprendizaje.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. Objetivo General

Describir la percepción de las y los docentes del área profesional clínica y comunitaria de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, sobre la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE) implementada por el IADH de la UNNOBA.

2. Objetivos Específicos

1- Describir las características sociodemográficas de las y los docentes del área profesional clínica y comunitaria de la Carrera de Licenciatura de la UNNOBA

2- Conocer las percepciones de las y los docentes de Enfermería sobre utilidad, diseño, organización, ejecución, y evaluación de la ECOE aplicado para la formación de profesionales de grado en enfermería en el IADH de la UNNOBA.

3- Identificar fortalezas y debilidades de la ECOE implementada en la Licenciatura en Enfermería del IADH, según la percepción de las y los docentes.

3. Hipótesis

Hipótesis nula (H0): No existe diferencia significativa en la percepción de los docentes del área profesional de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA respecto a la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE) aplicada en el IADH en el año 2022.

Hipótesis alternativa (H1): Existe diferencia significativa en la percepción de los docentes del área profesional de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA respecto a la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE), aplicada en el IADH en el año 2022.

JUSTIFICACIÓN

La evaluación es uno de los pilares fundamentales del proceso enseñanza aprendizaje. Existe un vínculo determinante entre el aprendizaje, la enseñanza y las prácticas evaluativas, todas ellas influenciadas por la cultura imperante en cada institución educativa (Alarcón, 2013).

En este sentido, la evaluación debe entenderse como una instancia inherente a la planificación docente, que, cuando se ejerce con rigurosidad y honestidad, contribuye a comprender, valorar y mejorar las prácticas educativas en las aulas, en la medida que ofrece información y juicios acerca del funcionamiento del sistema para que, a partir de los mismos, puedan diseñarse estrategias tendientes a fortalecer los aspectos adecuados o a modificar aquellas acciones o condiciones determinantes de resultados no deseables. La evaluación entonces, debe entenderse como un medio y nunca en un fin (Alarcón, 2013), o como expresan Beltrán Velíz et al.,(2020), en una verdadera herramienta para el aprendizaje orientada a promover procesos de mejora continua en la formación del estudiantado.

Enfermería, como ciencia ha evolucionado e innovado creativamente en su proceso de enseñanza y aprendizaje focalizado en el estudiantado, y en las cualidades que deben adquirir las y los futuros profesionales de enfermería; especialmente a partir de su incorporación al artículo 43 de la Ley de Educación Superior, con los consiguientes procesos de acreditación de calidad e innovación de recursos pedagógicos como las TIC y la simulación clínica como (Resolución Ministerial N° 2721., 2015).

La nueva manera de concebir la formación universitaria de enfermería no sólo se centra en los aspectos teóricos sino también, en los aspectos aplicados y en los resultados del aprendizaje (Almodóvar et al.,2020; Sánchez Thevenet, 2020)

La educación tradicional de enfermeras y enfermeros se encuentra transitando un proceso paulatino de cambio de modelo, hacia uno centrado en el estudiantado, y basado en competencias. La Educación Basada en Competencias (EBC) es enfoque de formación para la práctica, fundamentalmente orientado a las habilidades para obtener resultados y organizado de acuerdo a competencias. La EBC requiere de ciertos requisitos: articulación de competencias, métodos pedagógicos, técnicas educativas, experiencias de aprendizaje y evaluación que apoyen a las y los estudiantes a desarrollar conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos necesarios para lograr los resultados fijados. (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022).

Estos cambios, paralelamente, han conducido hacia nuevas opciones de evaluación que sistematizan el avance y los logros del estudiantado, tanto en adquisición como en la aplicación de conocimientos actitudes, aptitudes y comportamientos profesionales en la práctica. Estas nuevas tendencias, evidencian mayores niveles de validez y fiabilidad, alejándose de los sistemas de evaluación tradicionales basados en pruebas teóricas.

En este sentido, Vallejo Gómez et al., (2021), consideran primordial que las instituciones formadoras realicen evaluaciones de competencias. Hacerlo permite a las y los estudiantes identificar el grado de adquisición y desarrollo de competencias generales y específicas, las capacidades que poseen para la resolución de tareas y la identificación de fortalezas y debilidades en su desempeño en el área asistencial, administrativa, docente y de investigación; contribuyendo al fortaleciendo del proceso formativo, en termino de calidad y seguridad de los cuidados durante las prácticas pre profesionales.

Por consiguiente, resulta importante disponer de instrumentos o escalas que posibiliten una evaluación objetiva de los atributos que integran los dimensiones cada vez más complejas de las competencias de enfermería. Estos instrumentos deben reunir criterios de validez y fiabilidad para garantizar resultados precisos (Vallejo Gómez et al., 2021)

La evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), adaptada al contexto de la formación de grado de enfermería se denomina Evaluación Clínica Objetiva Estructurada de Cuidados de Enfermería y sus siglas ECOECE (Castro Yuste M. C., 2014). Es un instrumento que cumple rigurosamente con esos criterios. Dado que, fundamentalmente, se trata de una evaluación orientada a valorar las competencias clínicas de las y los estudiantes en situaciones simuladas o estandarizadas. Es objetiva porque existen listas de cotejo y pautas explícitas para juzgar el desempeño que el/la estudiante debe demostrar, sumado al entrenamiento previo de quienes deciden el resultado (evaluadores). Es estructurada, además, porque los actores trabajan con un libreto prefijado y son entrenados específicamente para ese rol. (Spretz, 2013).

Según Almodóvar et al.,(2020), la ECOE es un tipo de evaluación que permite fortalecer el desarrollo de competencias, reconocer puntos críticos en el proceso de enseñanza aprendizaje y establecer alternativas para encauzar aquello que se ha propuesto alcanzar en un tiempo y curricula determinada. La ECOE es utilizada para la evaluación de habilidades en estudiantes de enfermería durante su formación universitaria, donde el saber, saber ser y saber hacer toman una dimensión relevante. Estos

saberes son aplicados en diferentes escenarios, con una visión que combina la perspectiva científico técnica con la humanística.

Incorporar la ECOE, por otro lado, implica responder positivamente a las estrategias impulsadas por la Organización Mundial de la Salud, orientadas a fortalecer los sistemas de salud mediante la formación de profesionales competentes, capaces de brindar cuidados seguros, de calidad y centrados en las personas. Estas estrategias están alineadas con el objetivo de alcanzar la Cobertura Universal de Salud, uno de los pilares fundamentales del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar. En este sentido, la implementación de la ECOE como instrumento de evaluación de competencias clínicas contribuye a garantizar que las y los futuros profesionales de enfermería desarrollen las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para enfrentar los desafíos actuales y futuros de los sistemas sanitarios, especialmente en contextos locales y regionales marcados por desigualdades en el acceso a la atención. (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022)

Relevar las percepciones de las y los docentes que participaron en la primera experiencia de ECOE en Enfermería de la UNNOBA, ofrece un panorama sobre la posibilidad de incorporar la ECOE en la propuesta educativa de las asignaturas disciplinares como una metodología estable para la evaluación integral; permitiendo a su vez tomar decisiones y fortalecer la herramienta. Ello significa, por un lado, reflexionar y continuar avanzando hacia un nuevo proceso de innovación del currículo en la formación de profesionales de enfermería, y por otro, una oportunidad para compartir conocimientos sobre mejores prácticas en la utilización de esta modalidad evaluativa en ambientes o entornos simulados, desde la visión las y los docentes de las asignaturas del área profesional; con el compromiso de formar profesionales que puedan hacer frente a las exigencias para enfrentar los nuevos desafíos.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

En la formación de enfermería, la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE) es ampliamente valorada por educadores en países como el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia, Irlanda, y Sudáfrica (Calman 2002; Roberts & Brown 1990, Castro Yuste., 2014). Sin embargo, a nivel regional y nacional, las experiencias documentadas en la literatura científica relacionadas con las percepciones docentes son limitadas y, en su mayoría, se centran en la formación de otras ciencias de la salud o se abordan desde la perspectiva estudiantil.

1- Internacionales

Wali et al.,(2022) realizaron en Arabia Saudita, una investigación sobre ECOE. Este estudio tuvo como objetivos evaluar conocimientos, actitudes, prácticas y observaciones en profesores de odontología que implementaban esta metodología de evaluación. Para ello utilizaron una encuesta que se distribuyó en diferentes facultades de odontología, tanto públicas como privadas. El cuestionario constó de 4 categorías que incluían generalidades de las y los encuestados, conocimiento sobre la utilidad de la ECOE en el plan de estudios y su confiabilidad, actitudes con respecto a la ECOE, prácticas y

observaciones. Respondieron 101 docentes de 7 universidades. El 62% de las y los encuestados opinaron que la ECOE es adecuada para evaluar competencias, el 73% para evaluar habilidades cognitivas y el 79% para interpretar diagnósticos. El 77%, opinó que la confiabilidad de la ECOE puede aumentarse mediante la estandarización de las y los evaluadores. El 42% coincidió que un número entre 6-8 estaciones es adecuado para constituir una ECOE. Las directrices de la institución (49%) junto con la implementación de talleres (47%) fueron los métodos preferidos por las y los docentes para la preparación de ECOE. La mayoría consideró que la ECOE es más adecuada para exámenes de alto riesgo (media=3,37) y es una parte indispensable de la evaluación dental (media=3,78). Finalmente sugirieron utilízala en situaciones específicas, bien seleccionadas, debido a la complejidad en logística, organización y dificultades para disponer de pacientes estandarizados

2-Latinoamericanos

Spretz et al.,2013 desarrollaron en Chile una investigación descriptiva, con enfoque cualitativo, para estudiar la opinión de docentes de medicina sobre la implementación de la ECOE. Los objetivos fueron conocer la opinión de los docentes sobre qué evalúa el ECOE, definir las competencias de la práctica clínica e identificar fortalezas y debilidades. Utilizaron entrevistas semiestructuradas, que aplicaron a 32 docentes. Resultados: la mayoría de las y los participantes habían participado en más de una evaluación ECOE. La mayoría coincidieron en que el ECOE evalúa competencias. Las y los docentes fueron capaces de reseñar debilidades y fortalezas del instrumento. Conclusiones: En su mayoría, las y los profesores entrevistados reconocieron qué la ECOE evalúa: la capacidad de realizar el examen físico completo, formular hipótesis diagnósticas, indicar tratamiento, capacidades procedimentales, actitud frente al paciente, presencia, capacidad de comunicación y escucha, y relación médico paciente. Las y los docentes identifican las siguientes fortalezas: dinamismo, integra conocimientos, evalúa competencias profesionales. Respecto a las debilidades, el estudio logró identificar: laboriosidad para su construcción, gran insumo de tiempo, estresante para el docente y para el alumnado.

Ruiz Hoyos et al.,(2018), en Colombia, a través de una investigación cualitativa etnográfica, investigaron la percepción de docentes y estudiantes de medicina, sobre estrategias innovadoras de evaluación entre las cuales se encuentra la ECOE. Realizaron cinco grupos focales, y entrevistas en profundidad. Resultados: la ECOE los acerca a la correlación básico-clínica, pero requiere organización y espacio para las estaciones. Conclusiones: las estrategias innovadoras de evaluación, como la ECOE, deben someterse a una constante revisión de su estructura y ejecución, para fortalecer así la formación integral de las y los estudiantes de medicina.

Higuita Gutiérrez et al., (2019), ante la carencia de escalas de medición de fenómenos no observables como las acepciones, percepciones y sensaciones respecto a la ECOE, aplicable a docentes y estudiantes, que se constituyan como base para el mejoramiento de su implementación, ejecución y seguimiento llevaron a cabo una investigación que consistió en una evaluación psicométrica. La población de estudio contempló la totalidad de los estudiantes y profesores de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede en Medellín, que participaron de una ECOE. Se trató de

un estudio poblacional, que tomó como único criterio de inclusión ser profesor/a o estudiante del último año de medicina. En total participaron 99 individuos (71 estudiantes y 28 profesores). Este proceso fue realizado por dos investigadores para garantizar la reproducibilidad El objetivo fue construir y validar una escala sobre acepciones, percepciones y sensaciones de la ECOE para evaluar su reproducibilidad y validez en estudiantes de una facultad de medicina. Instrumento: La elaboración de la escala se realizó en tres etapas: revisión de literatura, reducción de ítems y evaluación de las propiedades psicométricas. Las y los investigadores calcularon el Alpha de Cronbach, las correlaciones de Pearson y t Student. Se establecieron las siguientes acepciones de la ECOE: es una metodología estimulante; la ECOE es una oportunidad de aprendizaje; ECOE es motivadora; ECOE es agradable; la ECOE evalúa la actitud profesional; la ECOE potencia habilidades clínicas; la ECOE estimula la resolución de problemas; la ECOE permite autoevaluar teoría y práctica; la ECOE permite evaluar la relación médico-paciente; la ECOE permite identificar fortalezas y debilidades; la ECOE permite reflexionar la práctica clínica; la ECOE permite la autoevaluación general. Sobre las percepciones frente a la ECOE y sus estaciones, los dominios de la escala fueron los siguientes: Calidad de la información previa de la prueba; Duración total de la prueba; Número de casos de la prueba; Tiempo en estaciones; Pertinencia de las estaciones; Claridad en las estaciones; Complejidad de las estaciones; Objetividad en las estaciones; Realimentación en las estaciones; Rol del paciente en las estaciones y evaluación global de la prueba y las estaciones. Por último, sensaciones de la ECOE, estuvieron integrados por los siguientes seis dominios: Ansiedad, Nerviosismo, Temor, Frustración, Decepción, e Impotencia. La escala Likert presentó 5 niveles. Resultados: En el dominio de acepciones, en un rango de 1 o 5, todos los ítems presentaron una media igual o mayor a 3, y en 9 de los 12 puntos se halló una mediana de 4. En el dominio de percepciones, el promedio de los ítems fue igual o mayor que 4,1 y en el dominio de sensaciones la frustración, decepción e impotencia presentaron una media entre 3,1 y 3,5; mientras que lo referido a ansiedad, nerviosismo y temor presentó una media entre 4,3 y 4,7. El puntaje global, en un rango entre 0 y 100, fue de 65,3 ± 23,2 para el dominio de acepciones; 83,1 ± 14,9 para el de percepciones; y 72,9 ± 23 para las Sensaciones. Conclusiones: según las y los investigadores la escala presentó excelente reproducibilidad, según los criterios de fiabilidad, consistencia interna y poder discriminante, y excelente validez de apariencia, contenido y predicción. Por lo que concluyeron que la escala es un insumo importante para la aplicación del recurso didáctico.

Un estudio realizado en el año 2023, denominado “Factores facilitadores y obstaculizadores del aprendizaje a través de la simulación”, identificó los factores que influyen positiva y negativamente en el proceso de enseñanza aprendizaje y en la ECOE a través de la simulación clinica, desde la perspectiva de los estudiantes y los docentes en una carrera Técnica de Enfermería de Nivel Superior, en la ciudad de Santiago de Chile. Se trató de un estudio cualitativo con diseño fenomenológico. Se aplicó una encuesta en línea y se desarrollaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Participaron diez estudiantes y diez profesores pertenecientes a la carrera. Para llevar a cabo el proceso de análisis, codificación y clasificación de los datos, se utilizó el software de análisis NVivo. Resultados: los elementos favorecedores para las

habilidades procedimentales son la metodología; la práctica y repetición; las y los profesores; la motivación y la posibilidad de entrar en contacto y practicar con insumos y materiales biomédicos. Los elementos obstaculizadores fueron el nerviosismo, la falta de insumos y el tiempo escaso. Conclusiones: se identificaron aspectos favorecedores y obstaculizadores para el logro de las habilidades procedimentales en la formación de técnicos en enfermería. Estos resultados, según las y los investigadores deben ser considerados para realizar propuestas de diseño curricular que aborden aspectos didácticos, metodológicos y humanos (Barra & Calisto Alegria , 2023).

3-Locales

A nivel local, como se anunció al comienzo del presente apartado, no se registraron estudios que exploren las percepciones docentes relacionadas. No obstante, a continuación, se presentan los resultados de una de líneas de investigación que diseño e implementó por primera vez la ECOE en la Carrera de Licenciatura en Enfermería UNNOBA, en las ciudades de Junín y Pergamino. Este estudio se centró en las percepciones estudiantiles. Hacer referencia a este antecedente pretende contextualizar y proporcionar una visión integral del impacto y efectividad de esta estrategia evaluativa desde la opinión y experiencia de quienes constituyen los principales actores del proceso a nivel local. Es decir, las y los destinatarios. Se trató de una investigación descriptiva con enfoque cualicuantitativo que se llevó a cabo en año 2022. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento semiestructurado, basado en el cuestionario validado por Rivera Vélez Reina (2018), en el que se exploraron variables sociodemográficas, académicas y metodológicas del ECOE, tales como: diseño, organización, implementación y grado de estrés que genera en las y los evaluados. El tamaño de la muestra estuvo determinado por el número de estudiantes de asignaturas profesionales que participaron y completaron la primera experiencia de ECOE entre noviembre y diciembre de 2022 (n43). Entre los resultados se destaca una participación del 100% de la muestra, de los cuales el 78% se identificaron con el género femenino y, el 50% presentan entre 18 y 23 años de edad. El 78% estuvo de acuerdo con la duración de la prueba, 91.7% mostró comprensión del circuito, 52.2% percibió la presencia de evaluadores positivamente, 86.8% expresó correlato teoría, sus prácticas y los escenarios de cada asignatura. El 15% percibió alto grado de estrés, no obstante, el 82.6% acepta y recomendaría el ECOE a sus compañeras/os. Este equipo de investigadoras, recomienda incorporar el ECOE a la curricula de forma permanente, para ser utilizada de manera formativa y sumativa en todos los cursos de enfermería. Paralelamente, implementar estrategias para reducir el estrés, generar vínculos entre los equipos docentes y actores que participen activamente en los escenarios de mediano y alto realismo cumpliendo rol de pacientes estandarizados, así como también fortalecer las herramientas de comunicación entre las partes intervinientes en el proceso (Lezcano et al., 2023)

MARCO TEÓRICO

1. Enfermería

La enfermería desempeña un papel fundamental en el sistema sanitario, contribuyendo de manera significativa a la salud y bienestar de las personas mediante la provisión de cuidados integrales. El informe anual, "Estado de Enfermería 2020, invertir en educación, empleo y liderazgo" publicado por la OMS junto al CIE en el marco de la campaña mundial Nursing Now, declara que la fuerza laboral de enfermería en el mundo es de 27.9 millones, de los cuales 19.3 millones son enfermeras/os profesionales. Y representa aproximadamente el 59 % de las profesiones sanitarias, consolidándose así, en el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud. Su accionar está basado en conocimientos científicos y principios éticos, que garantizan una atención humanizada, segura y de calidad. (Organización Mundial de la Salud, Estado de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo, 2020)

En este sentido, resulta esencial presentar una conceptualización epistemológica de la disciplina, para entender sus fundamentos teóricos y prácticos, sobre los cuales se basará la formación universitaria y sus procesos enseñanza aprendizaje; como así también el marco legislativo que regula la profesión en el país.

1.1 Epistemología de la profesión

Enfermería "es ciencia y arte" (Rodríguez Bustamante & Báez Hernández, 2021; Salamanca Castro, 2017; León, 2006). Interpretar y comprender estos dos componentes disciplinares, es indispensables para el estudio y análisis de cualquier aspecto relacionado con la formación de las y los profesionales de la enfermería.

León Román (2006), refiere que la enfermería es el arte milenario del cuidado, una ciencia humana práctica reconocida recién a mediados del siglo XX. Como toda ciencia, consta de teorías y modelos que le proporcionan un marco conceptual en constante renovación a través de la investigación científica que sustenta sus principios y objetivos, y mejora la práctica diaria a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos. Posee, además, un método científico de actuación propio, el Proceso de Atención de Enfermería, también conocido por sus siglas PAE, que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas: mantener y preservar su integridad física, sus creencias y valores personales. El autor expresa que, a través de este método científico de actuación, la enfermería, reconoce a la persona, la familia o grupo social en su contexto y las características individuales para realizar una valoración integral, que le permita identificar las necesidades afectadas, y crear un plan de cuidados que ayude a satisfacerla desde su propia filosofía. Filosofía que abarca, el conjunto de creencias y valores de la profesión. Implica una búsqueda permanente de conocimientos, determinando la manera de pensar, abordar y actuar sobre los fenómenos, lo que la constituye en un elemento esencial para el desarrollo y la ejecución de la práctica profesional.

En un artículo más reciente, Rodríguez Bustamante et al.,(2021), retoman estas dos dimensiones, ciencia y arte. La ciencia de enfermería como base de conocimientos, constituida por los elementos teóricos relacionados con los fenómenos de interés de la disciplina integrada por la estructura epistémica del conocimiento; y el arte de enfermería, como base para la praxis y la aplicación del conocimiento, integrada por las dimensiones de la práctica de enfermería y los patrones del conocimiento. Estos autores, refieren que la ciencia del cuidado es concebida como un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse por un conocimiento racional, sistemático, exacto, fiable y verificable, avalado por la investigación científica y el análisis lógico, cuyo objetivo es la creación de modelos y teorías que proporcionan marcos de referencia para perfeccionar la práctica, a través de la descripción, predicción y el control de los fenómenos de interés disciplinarios. La ciencia de enfermería se encuentra integrada por cinco niveles que parten de lo abstracto a lo concreto:

1. Metaparadigma: componente de mayor abstracción y estructura de base a partir de la cual el conocimiento puede evolucionar. Es la tetralogía metaparadigmática: persona, salud, entorno, y cuidados de enfermería. En otras palabras, el metaparadigma, ancla y articula el sistema de engranes que movilizan y permiten dirigir el actuar profesional mediante la identificación de los fenómenos únicos y específicos del cuidado.
2. Filosofías: la función de este nivel radica en comunicar a las y los integrantes de la disciplina y a la sociedad, sobre las creencias y valores que guían el actuar profesional.
3. Modelos conceptuales: conjunto de imágenes y conceptos parcialmente abstractos y generales que conducen a los fenómenos de interés para enfermería
4. Teorías: conjunto de uno o más conceptos relativamente concretos y específicos, derivados de un modelo conceptual, clasificados por su nivel de abstracción en grandes teorías y teorías de mediano rango.
5. Indicador empírico: el vínculo entre la teoría y la práctica, que permite analizar matemáticamente, observar y medir la realidad a través de instrumentos de investigación y clínicos para un fenómeno específico. A través de este elemento, el quehacer de la enfermería logra consolidar su actuación ante los ojos del mundo; al pasar de una teórica distante y, en ocasiones, invisible, a la operacionalización concreta de la praxis mediante pruebas empíricas e indicadores de cuidados, la disciplina de enfermería se vuele más clara, medible y reconocible.

Rodríguez Bustamante & Báez Hernández (2021) además explican el arte de la enfermería, haciendo referencia al quehacer enfermero como práctica de servicio, cuya razón de ser radica en mejorar las experiencias de salud humana, guiado por un sistema de conocimientos de enfermería que incluya multiplicidad de saberes. Dado que la práctica es deliberativa, está diseñada y destinada a abordar los objetivos y las necesidades particulares de las personas, familias, grupos y/o comunidades; se reconocen cinco dimensiones representativas:

a. Dimensión científica, conjunto de conocimientos que integran las pautas de actuación profesional guiando y fundamentando el actuar de enfermería.
2. Dimensión técnica: representa la manera en que las técnicas se aplican para resolver con eficacia y

efectividad los problemas de las personas y atender la particularidad de sus necesidades.

3. Dimensión ética. Las acciones de cuidado en la práctica de enfermería se rigen por principios de moralidad, comprensión holística, veracidad y compasión

4. Dimensión estética. Significa que el profesional de enfermería combina conocimientos, imaginación y sensibilidad para diseñar cuidados únicos, adecuados y creativos, según cada persona y contexto.

5. Dimensión existencial. Representa la racionalidad práctica sustentada en la experiencia profesional, que se manifiesta en la capacidad de contextualizar, reconocer la individualidad de las situaciones humanas y aplicar el juicio clínico para resolver problemas.

En otras palabras, enfermería es ciencia y es arte, en la medida que es conocimiento y praxis. Esta característica la convierte en una disciplina compleja en lo relativo a la formación universitaria de las y los futuros profesionales.

Como toda ciencia, en su curricula integra, conocimientos teóricos y evidencia científica para brindar cuidados oportunos, seguros y eficaces. Su estudio es desafiante porque integra múltiples áreas del saber: 1- conocimientos provenientes de las ciencias básicas, como anatomía, fisiología, microbiología, farmacología; 2-conocimientos sociohumanísticos, aportes de antropología, psicología, filosofía, sociología, epidemiologia, investigación, aspectos éticos, legales y, 3-conocimientos profesionales propios, o sea las bases científicas propias del cuidado de enfermería, en sus ámbitos comunitario, clínico quirúrgico, materno infantil, infanto juvenil, salud mental. Como arte, promueve el saber ser: sensibilidad, empatía, habilidades interpersonales para responder a las necesidades físicas y emocionales de las personas. La formación exige el desarrollo de pensamiento crítico, toma de decisiones en situaciones de alta presión; y el saber hacer, habilidades prácticas o técnicas que solo se perfeccionan con la experiencia (Plan de Estudio, 2018).

La convergencia de estos constructos, saber-saber hacer y saber ser, son esenciales en la educación universitaria de enfermería para garantizar profesionales altamente capacitados que contribuyan eficazmente a la salud y bienestar de las personas, al sistema de sanitario seguro y de calidad, y al desarrollo humano de las personas en la sociedad.

1.2 Definición de Enfermería

Aunque la enfermería ha sido definida desde múltiples perspectivas, en este trabajo se presentaran dos. Se retoma la definición propuesta por (Tuning America Latina, 2007) , que la concibe como una disciplina profesional, que se inserta en un conjunto de fuerzas vivas de la sociedad, en defensa de la vida y del planeta, y tiene como propósito superior promover el bienestar del ser humano, a través de la gestión del cuidado, desde una dimensión holística, ética e inter-personal.

Y, la definición completa y actualizada Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), que declara:

> *"Una enfermera es una profesional formada con los conocimientos científicos, las habilidades y la filosofía de la enfermería, y regulada para ejercer la profesión basándose en normas de práctica y códigos éticos establecidos. Las enfermeras mejoran los conocimientos en salud, promueven la salud, previenen la enfermedad, protegen la*

seguridad del paciente, alivian el sufrimiento, facilitan la recuperación y la adaptación y defienden la dignidad a lo largo de la vida y al final de la misma. Trabajan de forma autónoma y colaborativa en diversos contextos para mejorar la salud, mediante su labor de abogacía, la toma de decisiones basada en la evidencia y el establecimiento de relaciones terapéuticas culturalmente seguras. Prestan cuidados clínicos y sociales, centrados en las personas y compasivos, gestionan servicios, mejoran los sistemas de salud, promueven la salud pública y de la población y fomentan entornos seguros y sostenibles. Las enfermeras lideran, educan, investigan, defienden, innovan y diseñan políticas para mejorar los resultados en salud. Además, las enfermeras desempeñan un papel único en la salud y los cuidados de poblaciones de todas las edades y en todos los entornos, generando vínculos de confianza con personas, familias y comunidades y adquiriendo un conocimiento valioso sobre las experiencias de salud y enfermedad de las personas. Basándose en la prestación de cuidados personalizados directos y sociales, las enfermeras desarrollan sus capacidades mediante la formación continua, la investigación y la exploración de las mejores prácticas. El ámbito de actuación de una enfermera está definido por su nivel de formación, experiencia, competencia, normas profesionales y autoridad legal. Desempeñan un papel clave en la coordinación, supervisión y delegación de funciones a otras personas que contribuyen a la prestación de cuidados de salud. Frecuentemente en la primera línea, responden a catástrofes, conflictos y emergencias, demostrando valentía, dedicación, adaptabilidad y compromiso con la salud de las personas, las comunidades y el medio ambiente" (White et al.,2025)

En la redacción de las definiciones subyacen términos cuyo análisis resulta fundamental para una comprensión profunda y contextualizada de lo que implica por un lado la compleja formación de enfermería, y por otro, el ejercicio y desempeño de la profesión; como:

Profesión/Profesional, que implica tres elementos principales conocimientos, competencias disciplinarias, y su aplicación en una práctica que beneficia a las personas.

Filosofía de la enfermería: en la definición, se emplea este término para hacer referirse a los valores y principios profesionales esenciales que orientan su práctica, tales como la compasión, el respeto, la seguridad ética y la sensibilidad hacia la diversidad cultural. Estos fundamentos expresan la dimensión más profunda de la profesión, aquello que configura su identidad y sentido, caracterizada por una enfoque holístico, integral y humanista de los cuidados. Esta concepción, es en línea, con el abordaje epistemológico de la enfermería que se desarrolló en el subpunto 1.1 del presente capítulo, que tiene como propósito de explicar los modos de conocer y construir saber dentro de la disciplina.

Conocimiento científico: la definición considera importante distinguir las formas de conocimiento (científico, el ético, el personal, el estético y el sociopolítico/emancipador), para destacar mejor la profundidad de estudio que requiere la enfermería y la importancia crítica de su fundamento científico, basado en pruebas.

Habilidades: el término se utiliza para englobar la multitud de habilidades utilizadas en la praxis de la enfermería, desde la capacidad técnica y la destreza hasta los compromisos interpersonales de la enfermería, la abogacía y la habilidad de negociación para dar forma a la política, entre otras. Por lo tanto, la autora infiere que “habilidades" en la definición del CIE abarcan el conjunto de destrezas necesarias para cumplir con las competencias generales y profesionales específicas.

Seguridad del paciente y del sistema: abarca diversas formas de seguridad, seguridad cultural, física y psicológica. Enfermería desempeña un papel crucial a la hora de garantizar la seguridad de las personas en las organizaciones de salud. Este aspecto, según la autora del presente trabajo, alcanza también a las universidades, las cuales presentan la responsabilidad fundamental de garantizar que el proceso de formación de las y los futuros profesionales de enfermería integre los principios de seguridad del paciente y del sistema de salud. Durante las prácticas de campo, las y los estudiantes deben aplicar conocimientos y competencias técnicas del cuidado, que incluyan la gestión de riesgos y la promoción de entornos seguros, lo cual implica el reconocimiento y la implementación de protocolos de seguridad y la identificación de factores que puedan afectar la calidad del cuidado. De este modo, las instituciones de educación superior, a través de las carreras de enfermerías no solo contribuyen a la preparación académica, sino que también son responsables de inculcar una cultura de seguridad que las y los futuros profesionales llevarán consigo al ejercicio de la profesión, asegurando una atención de calidad y el bienestar de las personas atendidas.

Entornos seguros y sostenibles, en línea con lo anterior, resalta la importancia de crear entornos seguros tanto para personas, comunidades, y planeta. Reconoce preocupaciones sanitarias globales, haciendo hincapié en la interconexión de la salud medioambiental, personal y pública.

Este término, según la autora, aplica directamente con el compromiso que deben asumir las universidades durante la formación de las y los profesionales de la enfermería de garantizar condiciones adecuadas, es decir, generar entornos seguros y sostenibles, para una formación de calidad que prepare a las y los futuros enfermeros para actuar de manera competente, comprometida, ética y contextualizada. En este sentido, la simulación clínica se constituye como una estrategia pedagógica clave, ya que permite el desarrollo y la evaluación de competencias en escenarios controlados que replican situaciones reales, promoviendo la seguridad tanto del estudiantado como las y los usuarios del sistema sanitario. Además, al fomentar la reflexión, el trabajo en equipo y la toma de decisiones en un entorno cuidado, la simulación contribuye a la formación de profesionales capaces de generar prácticas sostenibles, seguras y centradas en las personas, alineadas con los principios rectores de la profesión enfermera a nivel global.

Las conceptualizaciones, demuestran el valor, la importancia y el mandato de enfermería a nivel local, nacional, e internacional. La enfermería es un pilar fundamental del sistema de salud. La literatura en varias oportunidades la compara con la columna vertebral del sistema de sanitario, debido a que desempeña un rol clave en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. Su labor no solo garantiza una atención integral, segura, ética, humanizada y contextualizada, sino que también contribuye significativamente al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A través de

su trabajo las y los enfermeros aportan a la reducción de desigualdades en el acceso a la salud, la mejora de la calidad de vida, la educación sanitaria y la respuesta a emergencias, la enfermería impulsa el bienestar y seguridad de las comunidades y fortalece los sistemas de salud a nivel global.

1.3 Marco Legislativo y Competencias de las y los profesionales de la enfermería

En la República Argentina, el ejercicio de la enfermería está regulado a nivel nacional por Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería N° 24.004/91 y su Decreto Reglamentario N° 2497/93. A nivel provincial, 21 leyes establecen el marco legal para la práctica en la enfermería en cada jurisdicción, junto con sus respectivos decretos reglamentarios.

El artículo 3°, de la Ley Nacional reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería. Uno Profesional, y otro Auxiliar. El Profesional consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad; y el Auxiliar, en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión (Argentina, Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería N°24.004, 1991).

Las funciones de las y los profesionales de la enfermería, se disponen en el artículo 2° de la Ley Nacional. Para la formación técnica, establece funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud realizadas en forma autónoma. Ampliando las funciones para los títulos de grado: docencia, investigación, administración, y asesoramiento (Argentina, Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería N°24.004, 1991).

Las actividades exclusivas para el título de Licenciatura en Enfermería, se encuentran descriptas en los estándares de acreditación de carrera como "actividades profesionales reservadas":

> "*valorar y diagnosticar los requerimientos de los cuidados integrales de enfermería, planificar, evaluar y supervisar la realización de esos cuidados de acuerdo a las necesidades de las personas y a la población en todos los niveles de atención y complejidad. Organizar, gestionar y evaluar servicios y procesos de enfermería en la prevención de enfermedades y promoción de la salud*" (Resolución Ministerial N° 2721., 2015).

El Decreto Reglamentario 2497/93 de la Ley 24.004 (1993), delimita competencias específicas para el nivel profesional, establecidas en las incumbencias de los títulos habilitantes de licenciado/a en Enfermería y Enfermero/a. Incluye 18 competencias en las áreas asistenciales, educativas, de investigación, gestión, administrativas y manejo de tecnologías y comunicación. Las competencias asistenciales son las que están directamente relacionadas con el cuidado de la salud y bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Las competencias educativas, se relacionan por un lado con formación y posterior capacitación/actualización permanente de profesionales de la salud, y por otro con la educación para la salud ofrecida a personas, familia y la comunidad. Las competencias en investigación, se asocian a la producción de conocimiento disciplinar e interdisciplinario, que promueva por un lado el desarrollo y avance de la práctica profesional, y por otro la mejora continua

de la calidad de los cuidados, impactando en la salud y bienestar de la población. Las competencias de administración y gestión, permiten coordinar y administrar entornos relacionados con la profesión en organizaciones de salud y educación. Y, las relacionadas con el uso adecuado de las tecnologías en salud y la comunicación, son cruciales para mejorar la calidad y eficacia del cuidado, como así también para apoyar las funciones de docencia, investigación y gestión.

Tanto la Ley del Ejercicio, como Decreto Reglamentario establecen un marco amplio y detallado que reconoce el papel esencial de la enfermería en el sistema de salud. Las competencias definidas refuerzan el enfoque integral y autónomo de la enfermería. Los grupos de competencias antes mencionados son fundamentales para el avance de la profesión y la mejora de la calidad del cuidado de salud en Argentina. Además, subrayan la importancia de la colaboración y el trabajo en equipo, un aspecto esencial para el funcionamiento adecuado del sistema de salud en su conjunto.

Por otro lado, el marco legal que regula la formación de enfermería en Argentina está determinado por diversas leyes, decretos y resoluciones. A continuación, se presentan los principales instrumentos normativos que establecen los lineamientos para la educación superior de enfermeras y enfermeros en el país e impulsan estrategias de fortalecimiento.

En el artículo 3° de la Ley 24.004/91, de la Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería N°24.004 (1991) se distinguen dos niveles de formación:

1- Enfermero/a: formación técnica, pudiendo desarrollarse en universidades públicas o privadas o institutos de educación superior, con una duración de 3 años.
2- Licenciado/a en Enfermería: requiere formación de grado universitaria, con una duración total de 5 años. Además, establece y promueve formación continua de posgrado: especialidad, maestría y doctorado.

Todo ello en línea con la establecido por la Ley de Educación Nacional N° 26.206, la Ley de Educación Superior N°24.521; y la Ley N° 26.058 de Educación Técnico Profesional.

La Resolución 2721/2015 del Ministerio de Educación, la cual se retomará más adelante, establece los estándares de calidad para la formación de licenciados en enfermería (Resolución Ministerial N° 2721., 2015)

Como puede observarse, el marco legislativo de la formación en enfermería en la República Argentina es amplio. Se sustenta en un conjunto integral de leyes, regulaciones y programas que garantizan la calidad educativa, promueven el uso de tecnologías educativas innovadoras, fomentan la actualización continua a través de la formación de posgrado y consolidan el reconocimiento de la enfermería como una carrera estratégica para el sistema de salud de todo el territorio.

2. La formación universitaria de grado en enfermería

En este apartado se presentarán los desafíos de la educación superior, el modelo educativo de la Universidad y las características de la Carrera de Enfermería de la UNNOBA, con el propósito de contextualizar el tema objeto de estudio de la presente investigación.

2.1 Desafíos de la educación superior en enfermería

Considerando por una parte que, dentro del equipo de salud, las y los profesionales de la enfermería mantienen un contacto directo, cotidiano y continuo con las personas bajo su cuidado, y que además constituyen el grupo profesional más numeroso y confiable del sector al ser responsables de gran parte de la atención directa las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año (William et al.,2020). Y por otra, que las sociedades de los países desarrollados son cada vez más exigentes con la calidad de los servicios que se les prestan; son las universidades, a través de sus programas educativos, las que desempeñan un papel fundamental para lograr una práctica asistencial eficaz y segura en los ámbitos de trabajo donde se insertan sus graduadas y graduados. De ellas depende en gran medida la formación y el desarrollo de las competencias que las y los profesionales de la salud aplicarán en su ejercicio. (Rodriguez et al.,2014).

La OMS, destaca el rol y la responsabilidad de las universidades, al manifestar que para responder a los dinámicos y cambiantes escenarios de salud y alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS), principio clave dentro del ODS 3: Salud y Bienestar, el mundo requiere sistemas sanitarios sólidos y trabajadores de la salud, especialmente enfermeras y enfermeros, que estén capacitados y facultados para proporcionar los cuidados que las poblaciones necesitan. Estos desafíos, subraya, requieren de profesionales bien preparados, capaces de proporcionar una atención eficaz, eficiente, equitativa, inclusiva, integrada, centrada en las personas, segura y oportuna; que cuenten con las competencias necesarias que le permiten adaptarse a las demandas cambiantes de la práctica de la salud, adquirir nuevas responsabilidades y demandar e integrar nuevos conocimientos a lo largo de sus carreras. Además, señala que las instituciones formadoras deben contextualizar sus planes de estudio de acuerdo con las necesidades de salud de la población, con enfoque basados en competencias. Aclara, que los programas de educación deben reflejar lo que el alumnado hace durante la práctica clínica, y posteriormente hará en el ejercicio profesional; es decir actividades prácticas que abarcan el desempeño de sus tareas futuras. Estos programas deben incluir las normas con las que se llevan a cabo o sea competencias demostradas a través de comportamientos. Al diseñar un plan de estudio, la OMS, recomienda dividir las competencias y resultados complejos en conjuntos de conocimientos y habilidades, asegurando el dominio progresivo y longitudinal de cada uno de ellos antes de avanzar a la aplicación y evaluación de la competencia en su contexto. (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022)

Por ello, en los últimos años, las instituciones de educación superior se han visto obligadas a repensar sus modelo educativos y, reformular y adaptar sus planes de estudio con el propósito de afrontar de manera efectiva los desafíos emergentes y los que están por venir (Luengo Martínez & Sanhueza-Alvarado, 2016) .

En línea con ello, en la República Argentina, la carrera de Licenciatura en Enfermería fue incorporada, en el año 2015, al artículo 43° de la Ley de Educación Superior. Esta normativa establece cuales son las carreras de grado que, debido a su naturaleza, pueden comprometer el interés público al involucrar

directamente la salud, la seguridad, los derechos y los bienes de la población. En consecuencia, deben someterse regularmente a procesos de evaluación y acreditación de calidad, que alcanza cinco dimensiones: contexto institucional, planes de estudio, cuerpo académico, alumnado, graduadas, graduados e infraestructura y equipamiento, con el propósito por un lado de garantizar su excelencia y responsabilidad en la formación de profesionales, y por otro para obtener validez nacional y reconocimiento oficial de sus títulos de grado por parte del Ministerio de Educación de la Nación. (Gómez, Molina, & Avila , 2019; Ministerio de Educación de la Nación, 2015). Dichos procesos se consideran valiosos debido a que cuanto mayor es la regulación de las carreras de enfermería, mayor será la calidad y seguridad en la atención brindada a las personas y comunidad (Luengo Martínez & Sanhueza Alvarado, 2016).

Paralelamente a los procesos de acreditación, gracias a la producción ascendente de conocimientos, la enfermería ha evolucionado favorablemente como disciplina científica, lo que le ha permitido estructurar, profundizar y expandir su propio cuerpo teórico. Estas bases teóricas han sido reconocidas y promovidas en la estructura curricular de las Carreras de Enfermería en Latinoamérica, logrando formar profesionales con el grado de Licenciado/a, los cuales presentan diversas competencias, como la de investigación, necesaria para desarrollar el pensamiento crítico que les permite realizar juicios y tomar decisiones fundamentadas; competencias asistenciales, que las y los facultan para proporcionar cuidados integrales y humanísticos a las personas, familia y comunidad; también se destaca la formación de competencias en el ámbito de la gestión, la administración, la educación y la ética. Todo estos esfuerzos en busca de formar un perfil profesional adecuado al dinámico campo laboral, que sea capaz de enfrentar y satisfacer las necesidades que traen consigo los nuevos desafíos, y garantizar los principios de equidad, oportunidad y calidad de la atención de enfermería (Luengo Martínez & Sanhueza Alvarado, 2016).

Las universidades en general históricamente buscan ser el centro del pensamiento, debate, cultura e innovación, y a la vez estar en sintonía con la realidad circundante y los nuevos paradigmas de la educación superior. Por ello las casas de altos estudios en latinoamericana comenzaron a asumir las nuevas tendencias universales.

El primer antecedente regional consolidado fue el Proyecto Tuning America Latina (2007), una iniciativa de universidades para universidades, que ofreció indudablemente una oportunidad de dialogo y colaboración entre las instituciones de educación superior para reflexionar y repensar el espacio de educación superior. Este proyecto replica el modelo de Tuning Educational Structures in Europe (Tuning Educational Structures in Europe, 2004), sintetiza los cambios y desafíos de la formación de profesionales universitarios de la siguiente manera**:**

a) Conocimiento como factor productivo**.** La acelerada generación de nuevo conocimiento implica para las sociedades prepararse y estructurarse con el propósito de aplicar estos avances de manera rápida, eficaz e innovadora. Exige a las universidades actualizar continuamente sus programas académicos, flexibilizar sus planes de estudio, y ofrecer a sus estudiantes oportunidades novedosas de aprendizaje que promuevan el desarrollo de competencias para el trabajo; que les permita adaptarse

permanentemente a esos cambios, y a la vez que los forme como ciudadanas y ciudadanos comprometidos.

b) Impacto de las TICs: la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación transforman, que buscan dinamizar y enriquecer las prácticas educativas. Exigen nuevos enfoques pedagógicos y metodológicos, y otras formas de enseñanza aprendizaje que promueven mejoras de la calidad educativa y redefinen, incluso los roles tradicionales de docentes y estudiantes.

c) Nuevo perfil profesional**:** los perfiles deben diseñarse en función de competencias. El proceso de aprendizaje, debe realizarse desde un enfoque interdisciplinario y colaborativo, debe promover el pensamiento crítico reflexivo, la comprensión de la realidad local y global, y el compromiso ético.

d) Enfoque centrado en el aprendizaje: el estudiantado se convierte en protagonista activo de su educación, en la medida que construye su propio aprendizaje; y las y los profesores, en motivadores y facilitadores de los procesos, asesores científicos y metodológicos, acercando al alumnado los recursos: información, métodos, herramientas. Acompañan, brindándoles asistencia, elevando su motivación, compromiso y gusto por aprender y comprender la utilidad del aprendizaje.

e) Internacionalización de la educación**:** la globalización impulsa la cooperación entre universidades mediante movilidad académica, programas de estudio y currículos compartidos, doble titulación, y proyectos conjuntos de investigación, fortaleciendo la integración y expansión del conocimiento a nivel nacional y mundial.

El Proyecto Tuning marcó un precedente en la educación superior, en especial en las carreras de salud, estableciendo bases que aún hoy siguen vigentes. Su impacto trascendió fronteras al orientar los cambios y desafíos hacia una mayor colaboración entre instituciones y una formación académica más integral y pertinente. Promovió una educación centrada en el estudiantado, y el desarrollo de competencias alineadas con las necesidades sociales y económicas de los países. Así, Tuning no solo trazó un camino, sino que sigue siendo una referencia clave para la transformación y mejora continua de los sistemas educativos.

Para las carreras de Licenciatura en Enfermería cumplir con todos estos nuevos retos, implica por un lado presentar una estructura y organización flexible, utilizar nuevas tecnologías educativas (entre ellas la simulación), la información, y la comunicación, pero, sobre todo, incorporar sistemas de aseguramiento de la calidad. Y por otro, conlleva a una formación de profesionales de enfermería insertado en el cambio de paradigma sanitario, transicionando de biomédico a la producción social de salud, y a los nuevos conceptos de salud integral, salud global e intersectorialidad, que las estrategias de salud internacionales señalan como necesarias.

La educación universitaria de enfermería, por ende, cumple un rol preponderante, al formar profesionales capaces de hacerse cargo de estos cambios paradigmáticos y, a la vez, formar un sujeto social y ético con autonomía que le permita establecer juicios de valor y ser capaz de asumirlos. Como queda evidenciado, la formación de licenciadas y licenciados es compleja, ya que deben poseer y adquirir conocimientos y habilidades a lo largo de los cinco años de duración de la carrera que les permitan desempeñarse con calidad, eficiencia y efectividad en promoción, prevención, diagnóstico,

curación y rehabilitación de las personas, en los que influyen muchos factores, entre ellos la preparación docente, y sus estrategias de enseñanza aprendizaje incluida la evaluación de los conocimientos (Luengo Martínez & Sanhueza Alvarado, 2016).

Todos estos cambios deben plasmarse en los planes de estudio, especialmente en el perfil del egresado/a, el que permite responder a los nuevos desafíos. El perfil de egreso se entiende como el "conjunto de cualidades y características que de acuerdo a los conocimientos, habilidades, aptitudes y valores le permiten a una persona asumir las actitudes y competencias requeridas en una responsabilidad definida" (Torres Esperón & Urbina Laza, 2006; Luengo Martínez & Sanhueza Alvarado, 2016); también, definido como la "imagen contextualizada de la profesión en un momento y lugar, que orienta la determinación de los objetivos curriculares, sirve de referencia para la valoración de la calidad de la formación y para la elaboración de clasificadores de cargo" (Caballero Gonzalez, 2000; Luengo Martínez & Sanhueza Alvarado, 2016).

Además, deben reflejarse en el modelo educativo. Entendiéndose por modelo educativo las bases conceptuales y metodológicas sobre la cual se estructura la formación, definiendo el enfoque pedagógico que guía la enseñanza y el aprendizaje. El modelo educativo es una recopilación o síntesis de diversas teorías que logran reunir bases dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, buscando que estos den respuesta a las necesidades de la sociedad. (Apodaca Orozco, 2017).

Un modelo educativo orientado hacia las necesidades del siglo XXI debe entender el proceso de enseñanza aprendizaje como el resultado de la construcción activa del sujeto sobre el objeto de aprendizaje. Supone la generación de operaciones mentales y procedimientos prácticos que permitan seguir aprendiendo solo durante su trayectoria formativa dentro del sistema educativo formal y también una vez que egresa. (Granizo Coloma, 2018)

A partir de este modelo, se ha de diseñar la planificación docente. La planificación organiza contenidos, estrategias y metodologías para garantizar que las y los estudiantes adquieran las competencias necesarias para su futuro desarrollo profesional; siendo la evaluación uno de los componentes claves, ya que permite medir el progreso y el logro de los aprendizajes y competencias. Asegura que las y los futuros enfermeros desarrollen conocimientos, habilidades y actitudes acordes con las exigencias del sistema de salud, y la sociedad en su conjunto. Esta evaluación debe ser integral, abarcando tanto aspectos teóricos, actitudinales como prácticos, y convertirse en una herramienta valiosa tanto para las y los estudiantes como para el equipo docente. Debe proporcionar información que favorezca la reflexión crítica y promover la mejora continua del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Lo que hay que aprender; lo que hay que enseñar, requiere como se ha mencionado competencias. En el viejo paradigma educativo, la evaluación centraba sus esfuerzos en el saber, en el conocimiento teórico. Actualmente se solicita a las instituciones formadoras, no solo se enfoque en los saberes, sino también en el hacer, en las habilidades y competencias profesionales. La gran diferencia es que la competencia no proviene solamente de la aprobación de un currículo, sino de la aplicación de conocimientos en circunstancias prácticas. Los conocimientos necesarios para poder resolver problemas no se pueden transmitir mecánicamente; son una mezcla de conocimientos previos y de la

experiencia que se consigue con la práctica, lograda en los ámbitos de práctica, que a futuro se constituirán en sus lugares de trabajo. (Granizo Coloma et al., 2018)

2.2 **El saber hacer en el Grado de Enfermería**.

La práctica es la acción del hombre sobre las cosas, o sea, la aplicación del conocimiento en situaciones concretas. Enfermería es una profesión práctica (Chiesa A, 2000). Su producto final, como se ha mencionado, es el cuidado de la persona, en los diferentes momentos del proceso salud-enfermedad cumpliendo con los mejores estándares de calidad y seguridad en salud disponibles (Trezza M, 2008). Al tratarse de una disciplina práctica, la exclusiva generación de conocimientos no es suficiente por sí solo para cumplir con su objetivo. Es necesario llevar a la práctica estos saberes, motivo por el cual es necesario referenciar siempre el objeto del saber enfermero, fijado en la atención segura y eficiente del cuidado. El saber de enfermería es el saber-hacer o el saber práctico. (Arribas Cachá, 2019)

Por lo tanto, la formación teórico-práctica de la carrera de grado en enfermería requiere que el conjunto de programas de enseñanza disciplinar (asignaturas o subáreas profesionales) estén bajo la responsabilidad y dirección de docentes de la disciplina.

Estas asignaturas organizan sus contenidos y cargas horarias en instancias teóricas y prácticas (clínicas y/o comunitarias), definiendo para cada una de ellas las características y alcances que se detallan a continuación:

1-La enseñanza teórica es el aspecto de la formación en cuidados de enfermería mediante el cual las y los estudiantes adquieren los conocimientos, la comprensión, las aptitudes y las actitudes profesionales necesarias para diagnosticar, planificar, brindar y evaluar los cuidados de salud. Esta formación es impartida por profesionales de enfermería competentes designadas por la institución de formación. (ANECA, 2004) y se desarrolla en espacios áulicos y laboratorios de simulación clínica (Resolución Ministerial N° 2721., 2015)

2- La enseñanza clínica, es el aspecto de la formación de los cuidados de enfermería mediante el cual el estudiantado de enfermería aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o enfermo y/o colectividad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados de enfermería globales requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos (ANECA, 2004); y bajo supervisión permanente del equipo docente (Resolución Ministerial N° 2721., 2015).

Como ya se ha descripto en el primer apartado del presente marco teórico, el compendio de ciencia y arte que configura la esencia y la práctica de la enfermería, constituye el conjunto de conocimiento científico teórico generado por la investigación, y conocimiento práctico generado por las experiencias prácticas ya sea en las aulas durante la formación, o a futuro en los entornos laborales de las y los enfermeros asistenciales las que establecen el saber-hacer ante situaciones determinadas (Arribas Cachá, 2019).

En consecuencia, el “saber-hacer” toma una dimensión especialmente importante en su práctica clínica/comunitaria, de igual modo durante el proceso de formación universitaria. Considerando la etapa formativa, este “saber-hacer”, las y los estudiantes de enfermería han de aplicarlo en diferentes

escenarios y niveles de atención, con una visión que combina la perspectiva científica con la humanística y ética, que permite fomentar y desarrollar un cuidado de calidad, adecuado a las necesidades de salud de las personas, grupos y comunidades. (Almodóvar et al., 2020).

Partiendo de la premisa de que aquello que no se practica difícilmente se aplicará, es fundamental que los planes de estudios del grado en enfermería, los programas y sus propuestas docentes consideren todas las dimensiones del conocimiento de enfermería. Es decir, sus graduadas/os deberán ser capaces de intervenir en las diferentes etapas del ciclo vital humano, garantizando una práctica profesional de excelencia. La excelencia no solo implica el dominio de conocimientos técnicos, sino también el desarrollo de habilidades comunicativas y valores éticos; sustentada en el razonamiento y juicio clínico, la toma de decisiones, la capacidad para resolver problemas, así como habilidades en la construcción de relaciones interpersonales efectivas y una comunicación eficaz, clara y asertiva. (Almodóvar et al.,2020).

Dicho en otras palabras, el "saber-hacer" en enfermería trasciende la mera ejecución de procedimientos y se convierte en un pilar fundamental que implica la integración, articulación y aplicación de un cumulo de conocimientos teóricos contrastables, habilidades técnicas y actitudes profesionales para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en la persona. Su fortalecimiento en la educación universitaria es fundamental para formar profesionales capaces de comprender y enfrentar las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad, así como también los desafíos del sistema sanitario en diferentes contextos locales, nacionales y regionales.

El desarrollo del 'saber hacer' en la formación profesional no se limita únicamente a la adquisición de contenidos teóricos, sino también requiere de la articulación e integración con experiencias prácticas significativas que favorezcan la aplicación de los conocimientos en contextos simulados y reales. En este sentido, la incorporación de metodologías innovadoras, como la simulación clínica, permite recrear escenarios complejos que promueven la toma de decisiones, el pensamiento crítico, habilidades blandas y el trabajo en equipo. Asimismo, la evaluación por competencias se presenta como un enfoque clave para valorar y aprender de manera integral el saber, el saber hacer y el ser, es decir conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para un desempeño profesional ético, seguro y contextualizado.

El sistema universitario, y en particular las y los profesores, deben reflexionar, repensar y transformar sus prácticas pedagógicas, para adaptarse a los necesarios cambios en la formación. Rodriguez Higueras et al.,(2014), enumera las áreas claves:

1- Cambios en el enfoque del proceso de enseñanza y aprendizaje. Otorgar mayor relevancia a los procesos de aprendizaje y a los resultados alcanzados por el estudiantado, priorizándolos por sobre la enseñanza centrada en la actuación del profesorado. Desde este nuevo enfoque, el rol docente transciende la simple transmisión de conocimientos, asumiendo funciones de facilitador, guía y mediador en la construcción del aprendizaje. Además, la incorporación de las TIC y la simulación clínica como herramientas pedagógicas, junto con la implementación de nuevas estrategias de evaluación, enriquecen y diversifican las metodologías de enseñanza, promoviendo una formación más dinámica e integral.

2- Cambios en los contenidos de evaluación. La calidad de un aprendizaje ya no se basa exclusivamente en conocer un dominio concreto, sino en la capacidad de integrar conocimientos, habilidades y actitudes para aplicarlas de manera activa y eficiente sobre tareas específicas.

3- Cambios en la lógica de la evaluación. La evaluación se convierte en uno de los ejes articuladores del aprendizaje, ya que se descubre su enorme potencial para gestionar el mismo aprendizaje y garantizar la calidad.

Almodóvar et al.,(2020), de igual modo afirman que las nuevas tendencias en la formación superior, no solo deben plantearse los aspectos teóricos, actitudinales y aplicados, sino también la calidad de los resultados, es decir el monitoreo permanente de los aprendizajes a través de nuevas opciones de evaluación. Ello requiere que los equipos docentes reorienten su trabajo, abriendo nuevas dimensiones que inciden en sus tareas de organización, planificación y evaluación.

Es evidente que las y los profesores universitarios tienen que preocuparse por un lado de los problemas prioritarios de la sociedad, para guiar y apoyar a las y los futuros profesionales en los desafíos por venir, además, reflexionar sobre sus praxis docentes, medir los resultados de los aprendizajes y las competencias logradas con el propósito de fortalecerlos; en definitiva, trabajar en la mejora continua de la calidad de la enseñanza y la formación.

Como ya se ha mencionado antes, la educación desde la perspectiva constructivista, exige una docencia universitaria que se enfoque más en el aprendizaje, es decir en el sujeto activo que aprende. Guidi (2019), al respecto plantea que el aprendizaje es un proceso individual que cada estudiante realiza a su manera, en un contexto de condiciones que también son particulares. Por lo tanto, a las y los docentes, por una parte, les recomienda que se acerquen lo más posible al estudiantado, supervisen los procesos de aprendizaje que sigue cada uno para apropiarse del conocimiento y el contexto en que dicho proceso se produce. Y por otra, refuerza la idea de que el trabajo del docente debe radicar fundamentalmente en hacer todo lo que esté en su alcance para facilitar el acceso intelectual de sus alumnos/as a los contenidos científicos, y a situaciones de prácticas profesionales de la disciplina que se trate.

Resulta fundamental que exista una relación dialógica entre la teoría y la práctica en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además, que exista una reflexión sobre el conocimiento que se pretende evaluar, pues ello contribuye a superar prácticas evaluativas que enfatizan la descontextualización, el monoculturalismo y la generalización de los conocimientos. En consecuencia, para evaluar los conocimientos disciplinares en ciencias de la salud, en este caso de enfermería, procedimentales, actitudinales, afectivos y éticos, considerando los aspectos sociales y culturales del individuo en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de ciencias de la salud, se proponen tres aspectos fundamentales: medios, técnicas e instrumentos de evaluación. (Beltrán Velíz et al.,2020)

Un ejemplo de medios es el portafolio en el que se recogen las producciones de los estudiantes que demuestran lo aprendido a lo largo del proceso de aprendizaje. Las técnicas de evaluación pueden incluir las observaciones del profesor y los registros de entrevistas, que el evaluador utiliza para recoger sistemáticamente información sobre el objeto que se evalúa. La autoevaluación, la coevaluación y la evaluación colaborativa son otras técnicas de evaluación que se utilizan cuando las y los estudiantes

participan en el proceso de evaluación. Finalmente, las rúbricas se consideran como una herramienta de evaluación para evaluar el desempeño de los estudiantes, tanto el MiniCEX como la ECOE. Esto promueve el avance en cuanto mejorar el modelo de evaluación estándar y hegemónico; y contribuir así a una evaluación pertinente y culturalmente diversa centrada en el proceso de enseñanza-aprendizaje y por ende en el aprendizaje (Beltrán Velíz et al.,2020)

En línea con lo antes dicho, la evaluación por competencias se presenta como una estrategia alternativa efectiva en la educación superior en salud, ya que permite valorar de manera integral el "saber hacer", identificar fortalezas, debilidades o áreas de mejoras, además de orientar tanto aa docentes en su praxis como al estudiantado sobre su proceso formativo.

Tal como afirma Santos Guerra, la evaluación puede tener muchas finalidades. Lo importante es utilizarla como aprendizaje, como una manera de comprender para mejorar el proceso**.** En definitiva, se ha de ayudar al alumnado para que su proceso educativo sea significativo y utilizar la evaluación como medio de mejora que deshaga los obstáculos o los errores que a lo largo del proceso se vayan produciendo, aportando y contribuyendo a la calidad de la formación universitaria. (Sanmartí, 2020)

La evaluación debe ser para aprender, considerando que el éxito de los aprendizajes depende de la corrección de los errores y de la regulación continua, sin embargo, modificar la evaluación requiere un cambio profundo de ideas, prácticas y emociones que se encuentran establecidas en la sociedad (Sanmartí, 2020).

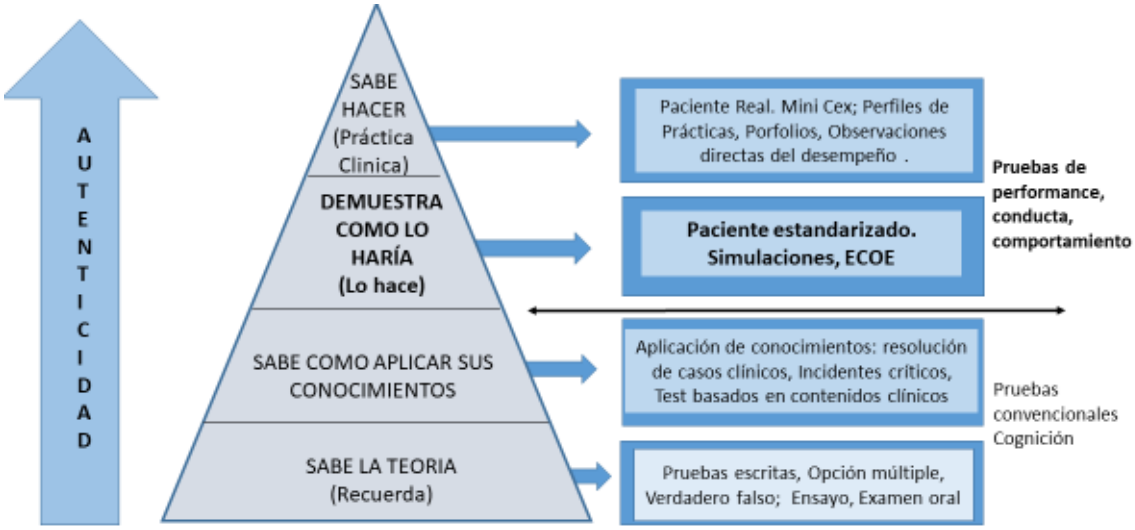
Las evaluaciones por competencias son una herramienta alineada con la teoría socioconstructivista, ya que ambas promueven un aprendizaje activo, contextualizado y centrado en el estudiante aun en etapas de evaluación. En un marco constructivista, evaluar por competencias no solo mide el conocimiento adquirido, sino también la capacidad de aplicarlo en situaciones reales, favoreciendo una formación integral y relevante para el mundo profesional.

Resulta evidente, que este tipo de evaluación sirve para aprender, ya que el aprendiz es el protagonista. Así llegaremos a una evaluación formadora, que hace pensar y reflexionar al alumnado en su propio proceso de aprendizaje y promueve que sea el mismo el que tome las decisiones de mejora, acompañado por el docente. (Sanmartí, 2020**).**

Cuando de evaluar competencias y desempeño se trata, es inevitable no mencionar a George E. Miller, destacado médico y educador estadounidense, y su conocida pirámide para evaluar conocimientos, habilidades, competencias y desempeño clínicos. Según Miller, los niveles de la evaluación, en orden ascendente, son cuatro. La base de la pirámide implica el "saber" y corresponde sólo al área de conocimientos. El segundo escalón "saber cómo", corresponde al saber aplicar los conocimientos a problemas específicos relacionados con el cuidado y manejo de los pacientes. Estos dos primeros escalones se circunscriben al dominio de los conocimientos. El tercer escalón corresponde al "mostrar cómo". La cúspide de la pirámide corresponde al "hacer" en la práctica real. Los métodos de evaluación tradicionales de la base de la pirámide ("sabe" y "sabe cómo") incluyen preguntas de opción múltiple, preguntas de respuesta corta y ensayos. Los niveles superiores de la pirámide ('demuestra cómo' y 'hace') utilizan simulación, exámenes clínicos estructurados objetivos (ECOE) y evaluaciones y

observaciones en el trabajo, como por ejemplo el Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise). La evaluación de los últimos escalones, incluye los aspectos relacionados a las actitudes, ética, toma de decisiones, y desarrollo profesional. El triángulo de Miller supone que los resultados de los niveles inferiores predicen el desempeño en los niveles superiores. Sin embargo, esto puede no ser siempre así. En la práctica diaria, muchos factores influyen en el desempeño clínico, incluyendo la disponibilidad de tiempo, la fatiga, el estado de ánimo de profesional y del usuario, etc. Saber y demostrar no significa que la/el estudiante se desempeñará de cierta manera en la práctica real. Por lo tanto, la evaluación del desempeño en cada nivel de la pirámide es importante para evaluar las competencias, es decir el "saber hacer". (Almodóvar et al.2020;Durante, 2006; Miller,1990)

Ilustración 1: Pirámide de Miller, adaptada por la autora.



Fuente: Elaboración propia

En ese mismo sentido, se mencionará el Informe a la UNESCO: *"La educación encierra un tesoro"* elaborado por la Comisión Internacional sobre Educación para el siglo XXI, presidido por Jacques Delors (1996). El documento destaca cuatro pilares fundamentales para la educación y el desarrollo humano: aprender a conocer, a hacer, a convivir y a ser. Aprender a conocer, trata de desarrollar en el estudiantado la capacidad de comprender, reflexionar y aprender a aprender. Implica cultivar el pensamiento crítico y la curiosidad intelectual. Aprender a hacer, se refiere a aplicar lo aprendido en la práctica, a desarrollar habilidades y competencias para actuar eficazmente en distintos contextos, tanto personales como laborales. Aprender a convivir, el autor menciona necesidad de educarse para la paz, el respeto por los otros, la cooperación y la comprensión intercultural; es decir lograr competencias para una interacción terapéutica positiva. Es clave para construir sociedades e instituciones más justas y solidarias. Finalmente aprender a ser, pilar que articula los otros tres desde una perspectiva humanista; se relaciona con el desarrollo integral de las y los futuros profesionales: autonomía, responsabilidad, intuición, creatividad, sensibilidad y ética (Delors, 1996).

Si bien el autor, en el informe no aborda la evaluación educativa de manera directa, enfatiza en la educación con enfoque filosófico, humanista y holístico, lo que hace suponer una visión crítica y transformadora de la evaluación, más centrada en la persona, que incluya no solo conocimientos, sino

también actitudes, capacidades para convivir, resolver problemas, actuar con ética, ser creativo y reflexionar. Evaluar podría significar probablemente para Delors, no es solo medir, sino ayudar al estudiante a tomar conciencia de lo que sabe, cómo aprende y en qué puede mejorar. La evaluación desde esta visión es formativa y orientadora, de acuerdo a las trayectorias y contextos de aprendizajes; y el ECOE, se ajusta a ello, en la medida que evalúa de manera auténtica, integral y justa las competencias profesionales, promoviendo una formación completa, ética y comprometida con el otro.

2.3 Modelo educativo

Apodaca-Orozco et al.,(2017) manifiestan que desde comienzos del siglo XXI la sociedad y el sistema educativo experimenta cambios importantes. La globalización y liberación de la economía, la competitividad, pero también la colaboración internacional en materia de capitales, bienes y servicios, ha conducido a la necesidad de modificar el modelo tradicionalista hacia un modelo más moderno, donde el docente tiene que realizar un abordaje de las distintas teorías y nuevos enfoques pedagógicos que orienten a la construcción de programas de estudio de calidad lo que permita mejorar el proceso enseñanza- aprendizaje. Respecto al modelo educativo para la formación de recursos humanos en salud debe considerarse las competencias científicas, tecnológicas y humanistas, inculcando un fuerte compromiso social, cuyo paradigma sea la formación de profesionales preparados para la demanda social de manera integral, competente, con preparación científica para comprender y aceptar los retos de la sociedad moderna y con un amplio desarrollo humanístico para desarrollarse en la sociedad de esta época y servirla con sencillez y modestia, con los valores como pilar fundamental de su formación. En este mismo sentido, la educación universitaria tiende a alejarse del método clásico de enseñanza basado en una pedagogía instructiva, caracterizado por un alumnado consumidor, que cumple un rol pasivo como receptor, repetidor y memorizador de contenidos previamente estructurados y transmitidos por el docente. En su lugar, se busca transformar la interacción docente-discente del modelo unidireccional a uno bidireccional y dialéctico, promoviendo un aprendizaje profundo, y significativo. Este enfoque pone al estudiantado en el centro del proceso educativo, fomentando su autonomía y su capacidad de construir conocimientos a partir de la reflexión y la práctica, con la orientación y guía del docente. De este modo, se aspira al desarrollo de competencias clave para su futuro desempeño profesional. En este marco, la pedagogía por competencias rompe con la lógica de la mera transmisión de conocimientos y, en su lugar, promueve la adquisición de saberes a través de la práctica en contextos reales, integrando teoría y aplicación de manera dinámica. (Pinilla Roa, 2012).

Si bien la pedagogía por competencias es una aliada de la teoría constructivista, el enfoque de competencias puede llevarse a cabo desde cualquiera de los modelos pedagógicos existentes, o también desde una integración de ellos (Granizo Coloma et al.,2018)

En las ideas constructivistas, el aprendizaje no es un sencillo asunto de transmisión y acumulación de conocimientos, sino un proceso activo por parte del sujeto que aprende que ensambla, restaura, interpreta, reorganiza, internaliza y por lo tanto construye conocimientos partiendo de una experiencia previa e integrándola con la información nueva que reciben (Granizo Coloma et al.,2018). Cada nueva

información es asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existen previamente en el sujeto, por lo tanto, el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario, es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias (Abbott, 1999).

En el modelo constructivista, cuyos máximos exponentes han sido Jean Piaget (1952), Lev Vygotsky (1978), David Ausubel (1963), Jerome Bruner (1960), entre otros, el alumnado mediante su participación activa, interacción y colaboración con sus compañeras y compañeros, docentes, se convierte en el responsable de su propio aprendizaje. Para ello deberá incorporar y consolidar nuevas estructuras cognitivas que le permitan desenvolverse con eficacia, no solo en el entorno universitario, sino también en su futuro desempeño profesional. Es el propio alumno/a quien habrá de lograr la transferencia de lo teórico hacia ámbitos prácticos, ya sea en espacios de simulación o contextos reales. (Granizo Coloma et al., 2018).

En este proceso de aprendizaje constructivo, el/la docente cede su protagonismo al estudiantado, para asumir un rol de facilitador del aprendizaje, en la medida que genera oportunidades en contextos significativos en los cuales los conocimientos a futuro han de ser aplicados; acompaña al estudiantado orientándolos durante todo el proceso formativo, utilizando diferentes herramientas evaluativas que imitan la realidad, brindando retroalimentación continua, Así, docentes y alumnos, establecen una relación no jerárquica, es decir estudiantes, profesores, institución y órgano de gobierno trabajan juntos, con un mismo propósito. (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022; Granizo Coloma et al.2018; Tuning America Latina, 2007)

La docencia desempeñada con vocación tiene la capacidad de generar conocimientos especializados en el estudiantado. Establece bases sólidas a través del saber y guía el aprendizaje mediante diferentes estrategias innovadoras, fomentando el desarrollo gradual de competencias profesionales. Promueve la formación de enfermeras y enfermeros preparados para enfrentar situaciones de creciente complejidad a lo largo de su trayectoria académica, como así también en su futuro ejercicio profesional. Es fundamental que, con el apoyo y supervisión docente, el alumnado descubra su potencial, ya que esto les permitirá aplicar sus conocimientos, experiencias, actitudes y valores. Cuando el/la estudiante logra construir su propio aprendizaje y articular estos elementos durante su formación, se fortalece la preparación de profesionales capaces de responder a las exigencias del ámbito laboral. (Apodaca Orozco et al.,2017).

2.3.1 El modelo educativo de la UNNOBA

El Modelo Educativo de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (UNNOBA), nace de su proyecto institucional, el cual ha sido enriquecido por los desafíos asumidos a partir de las diversas instancias de evaluación y acreditación de orden nacional. Asume la innovación educativa y los nuevos enfoques metodológicos como fundamento central del mejoramiento de la calidad, la flexibilidad, el emprendedurismo, la innovación, la inserción social considerando la igualdad de oportunidades, la creación y transmisión del conocimiento en el marco de las necesidades

de la región y del país. Servir a la sociedad, significado social de la producción de conocimiento, es para la UNNOBA uno de sus objetivos centrales como así también su participación en la solución de los principales problemas locales, regionales, nacionales y universales. El Modelo Educativo promueve la formación de ciudadanos responsables y comprometidos, asegurando su formación integral en el marco de una cultura democrática, la preservación del medio ambiente, y el desarrollo sustentable para el país y la región; y la adquisición de conocimientos y competencias en las áreas específicas para la formación profesional. (RESOLUCIÓN (CS) 2069/2021., 2021)

En este contexto el currículum, basado en la misión de la universidad y en las nuevas tendencias educativas nacionales e internacionales, pretende ser innovador e integrador, en el cual la docencia, la investigación, la extensión y la transferencia, se constituyen en los núcleos esenciales para su construcción. Estas funciones sustantivas se interrelacionan en un marco de calidad y pertinencia y en un clima de libertad, democracia, justicia y solidaridad. En ese marco, la o el docente es mediador, y su misión se orienta a potenciar las capacidades de las y los estudiantes y evaluarlos en base al logro de competencias adquiridas. (RESOLUCIÓN (CS) 2069/2021., 2021)

Es a través del proceso de enseñanza que se forman profesionales para el mercado de trabajo y científicos para la producción y transmisión del conocimiento en las ciencias. Para ello, se emplean diversas estrategias, medios, recursos, herramientas didácticas y tecnologías que potencian la enseñanza y el aprendizaje, impulsan el desarrollo tecnológico, cultural y científico, y permiten afrontar con mayor eficacia los desafíos de una sociedad en constante evolución. (RESOLUCIÓN (CS) 2069/2021., 2021)

Este modelo requiere de la actualización continua de los contenidos de los programas académicos y de planes de estudio flexibles, proporcionando a las y los alumnos nuevas herramientas de aprendizaje que les permitan la adaptación permanente a los cambios, lo cual influye sobre el perfil del egresado que como consecuencia también se redefine periódicamente. Los programas académicos son modalidad presencial, semipresencial o a distancia dependiendo de la disciplina. En el caso de la carrera de Licenciatura en Enfermería, la modalidad es presencial. (RESOLUCIÓN (CS) 2069/2021., 2021)

2.3.2 El caso de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA

La carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA, se encuentra inserta en la oferta académica del IADH, y si dicta completa en las ciudades de Junín y Pergamino. Se trata de una Carrera acreditada por la CONEAU, de cinco años de duración. Al finalizar el tercer año, el estudiantado obtiene el título intermedio de enfermería universitaria. La carga horaria total de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA es de 3909 horas; 2701 horas corresponden a la formación teórica, y las restantes 1208 horas se destinan a la formación práctica profesional supervisada (Plan de Estudio, 2018).

El objetivo general de la carrera es formar profesionales de enfermería con alto sentido humanístico, ético y de compromiso social para examinar reflexiva y críticamente la evolución histórica, y los

factores que determinan la práctica y la formación del profesional de enfermería, a fin de trasformar su actuación en el campo de la salud; reconceptualizar el rol y fortaleciendo su identidad profesional; brindar cuidados de calidad a las personas, familias y comunidad, en estado de salud, enfermedad; promocionar la participación, la cultura del autocuidado; fomentar los estilos de vida saludables a fin de lograr en las personas que cuida un alto nivel de bienestar para el desarrollo social; diseñar, ejecutar y evaluar programas para las distintas situaciones educativas; desarrollar una actitud investigativa en la realidad en que se inserte.

El plan de estudio, estable que el perfil de egresado/a es un profesional que tendrá la capacidad para brindar cuidados de enfermería integrales a personas sanas o enfermas , familia y comunidad en cualquier etapa del ciclo vital, en los distintos niveles de atención, fundados en una sólida base de conocimiento científico propio y de otras disciplinas humanas, sociales y de la salud; que ha desarrollado habilidades y destrezas técnicas, manteniendo siempre una actitud reflexiva, humanística, ética, y de respeto por la diversidad cultural y de género. Se desempeñará tanto en instituciones de salud públicas como privadas, o ejercer de manera independiente la práctica profesional. Incluye funciones de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación, cuidados paliativos, administración, gestión de los servicios de salud hospitalarios y/o comunitarios, docencia e investigación para el desarrollo y aplicación del conocimiento en la práctica. Interactúa con equipos disciplinarios, interdisciplinarios y multisectoriales, en un ámbito globalizado. Presenta habilidades en el manejo y uso de tecnologías aplicadas a la práctica asistencial, a la comunicación y al manejo de información, ejerciendo su rol con liderazgo y responsabilidad social, en beneficio de la equidad, la solidaridad, el entorno seguro y la calidad de vida, siendo su propósito fundamental el desarrollo humano.

Los saberes se estructuran en unidades curriculares o asignaturas, las cuales se agrupan en áreas de conocimiento según su afinidad disciplinar. Cada una de estas áreas contribuye al desarrollo de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para una formación integral, que articula dimensiones técnicas, científicas, humanísticas, éticas, filosóficas y solidarias, en correspondencia con el perfil académico-profesional del graduado o la graduada.

Las áreas curriculares determinan la organización estructural del plan de estudios, las interrelaciones horizontales y verticales entre los distintos niveles de contenidos, así como la secuencia de correlatividades que orientan el recorrido formativo de los y las estudiantes desde el ingreso hasta el egreso.

En consonancia con los estándares establecidos por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) mediante la Resolución Ministerial N.º 2721/2015, la carrera define tres grandes áreas de conocimiento: Biológica, Sociohumanística y Profesional.

Se describirá particularmente en el Área Profesional consolida como el área central del Plan de Estudio ya que fundamenta la formación del Licenciado/a en Enfermería. Esta misma, se organiza en cinco núcleos sustantivos: comunitario, clínico o asistencial, educativo, gestión, e investigación:

1. Núcleo comunitario: brinda conocimientos, y desarrolla habilidades y actitudes en los estudiantes tendientes a promover la participación de la comunidad en la búsqueda, detección y

priorización de las problemáticas que afecten a la salud de la población y su plena colaboración en la concreción de intervenciones independientes de enfermería o interdependientes, consensuadas con el usuario y el equipo de salud, que ayuden a mejorar la salud y el bienestar, teniendo como guía la equidad y la solidaridad. Las asignaturas que lo integran son Enfermería Comunitaria I, y II.

2. Núcleo Clínico: constituído por Enfermería Básica, Enfermería del Adulto y Anciano I y II, Enfermería en Salud Mental, Enfermería Materno Infantil, Enfermería Infanto-juvenil, Cuidados Críticos de la Enfermería I, II, y III.

3. Educación en Enfermería, aporta las bases conceptuales y metodológicas, para planificar, desarrollar y evaluar programas de formación de recursos humanos de Enfermería, educación continua en servicio, y educación para la salud direccionada a la familia, el barrio, las escuelas y el trabajo, con el objeto de fomentar el autocuidado, y la participación ciudadana.

4. Administración en Enfermería y Gestión de los Servicios de Salud Hospitalarios y Comunitarios, brindan conocimientos para que el estudiante desarrolle habilidades en la administración, gestión y liderazgo, en los tres niveles de atención;

5. Y asignaturas que aportan las bases teóricas y metodológicas de la investigación en enfermería, como Investigación en Enfermería I y II, y Taller de Trabajo Final de Grado, que le permita al futuro profesional desarrollar actitud y habilidad para el estudio, diagnóstico, y solución de fenómenos relacionados con la salud, la práctica de la enfermería, la gestión y la formación de los profesionales. (Plan de Estudio, 2018)

A excepción del último núcleo, todos presentan una particularidad: el proceso de enseñanza aprendizaje transcurre en dos escenarios: uno teórico, en el aula y en el laboratorio de simulación clínica, que le permite al estudiantado la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes mediante la utilización de simuladores que recrean situaciones y condiciones de la práctica real. Y otro práctico, en ambientes auténticos: las prácticas clínicas y comunitarias supervisadas fundamentalmente en organizaciones de salud vinculadas mediante convenio a la universidad. De esta forma el estudiantado interactúa con todos los miembros del equipo de salud y los usuarios del sistema sanitario para el desarrollo longitudinal y gradual de competencias profesionales para la práctica clínica y comunitaria de enfermería. Desarrolla competencias de comunicación, educación para la salud y capacidad para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería, orientados a las personas sanas o enfermas, sus familias, grupos y comunidad.

Este complejo escenario de dictado de la Carrera tiene por propósito integrar y articular el saber, el saber hacer y el ser del futuro profesional de enfermería.

Respecto a la simulación clínica en la Carrera se enmarca en la Teoría del Aprendizaje Experiencial de Kolb y el Modelo de Simulación Zim-Zones. Los escenarios de aprendizajes basados en simulación son planificados de acuerdo a los objetivos de cada espacio curricular, y diseñados por las y los equipos docentes. Se implementan en espacios seguros, ambientados con mobiliario hospitalario, tecnologías educativas avanzadas, e insumos biomédicos, que favorecen el entrenamiento, y desarrollo gradual de

competencias fundamentales para la profesión. El modelo Zim-Zones, se abordará más adelante, en el apartado 5.

En lo concerniente al sistema de evaluación de la Carrera, este se ajusta a los dispuesto por el Reglamento Alumno de la UNNOBA, artículo 14, de las Evaluaciones Finales, que establece:

> *"Todas las asignaturas de los planes de estudio de las carreras deberán ser aprobadas mediante exámenes finales. Los exámenes finales serán calificados individualmente, serán orales y/o escritos y por asignatura, en todos los casos"* (UNNOBA, 2009).

Como se puede observar, a lo largo de sus trayectorias académicas, las y los estudiantes de enfermería en la UNNOBA adquieren, integran y aplican conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudinales en contextos diversos, desde laboratorios de simulación, hasta servicios de enfermería clínicos y comunitarios en las organizaciones de salud. Sin embargo, la evaluación tanto de proceso como sumativa, no se alinea con el enfoque integral del plan de estudio, resultando, según la autora, en especial para las asignaturas profesionales, obsoleta. Considerando que la evaluación, en esta carrera, como en la mayoría de las carreras de salud, según menciona Beltrán Velíz et al.,(2020) se presenta predominantemente teórico conceptual, es decir se reduce a los aspectos cognitivos, y al acto calificativo, la generalización del conocimiento enfatizando la memorización, la fragmentación, sin considerar la cultura y el contexto, imposibilitando al estudiantado ocupar un rol protagónico, y demostrar lo aprendido durante el proceso desde todas las esferas del conocimiento; identificar sus fortalezas, debilidades, trabajarlas, y continuar acrecentándose.

Por ello es fundamental, transformar las prácticas evaluativas hegemónicas tradicionales, e implementar evaluaciones que se ajusten al modelo educativo de la universidad, y al plan de estudio de la carrera; que reflejen de manera más precisa y efectiva el grado de aprendizaje y desempeño logrado, que incluyan el saber, el saber ser, y saber hacer en diferentes contextos. Que la información que ofrezcan retroalimente tanto a estudiantes como docentes, para la mejora continua (Reyes & Román Rivera, 2024). El desafió, para las y los docentes, según los especialistas en el tema, es considerar y abordar la evaluación como herramienta para el aprendizaje (Beltrán Velíz et al.,2020).

En ese constructo integrador del saber, saber hacer y saber ser y estar, que se manifiesta en la acción, y se demuestran mediante ejecuciones observables, requiere el esfuerzo de las y los docentes para implementar metodologías evaluativas acordes a las características de la disciplina y las nuevas formas de enseñar y aprender; que cumplan con los atributos propios de un buen instrumento de evaluación como validez, objetividad y confianza, que aseguren la obtención de información sobre el desarrollo de destrezas y habilidades mínimas requeridas en cada asignatura de una carrera (Alarcón, 2013). En este contexto, la evaluación, debe permitir valorar el logro de competencias generales y específicas, por lo que actúa como elemento regulador del aprendizaje; no consiste sólo en evaluar una competencia *per se*, sino identificar acciones para su mejoramiento.

Las evaluaciones por competencias se proponen como una alternativa. (Castro Yuste, 2014) define el aprendizaje basado en competencias como la integración y aplicación de conocimientos, habilidades y

actitudes, que se construyen a lo largo de toda la vida profesional. Entendiéndose por conocimientos la capacidad de retener cuestiones teóricas específicas y generales, métodos y procesos, y/o un patrón, estructura o entorno; por habilidades o aptitudes a la capacidad cognitiva o motora específica que normalmente se desarrolla mediante la capacitación y la práctica, y por actitudes los sentimientos, valores y creencias de una persona que influyen en su comportamiento y en el desempeño de sus tareas (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022).

No obstante, medir el nivel de aprendizaje y competencias logrado por las y los estudiantes en ciencias de la salud es complejo porque se trata de un proceso que requiere de instrumentos que acrediten calidad, en cuanto a validez, objetividad y confianza. (Castro Yuste, 2014)

3.La evaluación de los aprendizajes en las carreras de enfermería

La evaluación de los aprendizajes y competencias, constituye el eje del presente estudio. Por lo tanto, desde un enfoque constructivista, este apartado invita realizar un recorrido conceptual sobre importancia de la evaluación como herramienta para la mejora continua del proceso enseñanza aprendizaje, el "saber hacer en enfermería", las competencias profesionales de la profesión, y la ECOE como instrumento de evaluación.

3.1 La evaluación

La actividad de la enseñanza, incluye la evaluación en un doble sentido: por un lado, brinda retroalimentación informativa a docentes y estudiantes sobre la marcha de los procesos de enseñanza y aprendizaje, permitiendo operar, introducir modificaciones y tomar decisiones de manera racional y fundamentada de acuerdo a los propósitos planteados y las responsabilidades institucionales; y por otro, acreditar el logro de conocimientos, capacidades y competencias de distinto orden que permiten otorgar certificaciones habilitantes en campos académicos o profesionales. (Feldman & Palamidessi, 2001).

Proyecto Tuning, define evaluación como el conjunto de pruebas escritas, orales y prácticas, así como proyectos y trabajos, utilizados en la evaluación del progreso del estudiantado en la unidad del curso; y que pueden ser empleadas por las y los propios estudiantes para evaluar su progreso (evaluación formativa) o por la universidad para juzgar si la unidad del curso se ha concluido satisfactoriamente en relación a los resultados de aprendizaje de ese módulo, es decir evaluación acumulativa o continua. (Tuning Educational Structures in Europe, 2004).

En línea con lo anterior, Reyes & Román Rivera (2024), manifiestan que la evaluación educativa, conduce hacia la dirección efectiva del proceso enseñanza y aprendizaje, así como a la determinación de su grado de eficiencia.

La evaluación tiene muchos significados, diversas finalidades, y maneras de llevarla a cabo en la práctica docente. Se habla de evaluación como estrategia para medir, regular, calificar, acreditar,

seleccionar, orientar; y también de tipologías de evaluación diferentes, como la inicial, la diagnóstica, la formativa, la formadora, la sumativa, la acreditativa, entre otras. (Sanmartí, 2020).

En las carreras de salud, tradicionalmente, las instituciones implementan tres tipos de evaluación. Al inicio de los cursos aplican evaluación diagnóstica para identificar saberes previos, fortalezas y debilidades en cada estudiante. Llevan a cabo durante los cursos evaluaciones formativas como parte del proceso de enseñanza y aprendizaje, monitorizando el conocimiento que van adquiriendo las y los estudiantes, sin finalidad calificativa, sino de mejora continua. Y ´por último, evaluaciones sumativas al final del proceso educativo para medir lo aprendido, y así determinar el nivel de logro de los objetivos. (Reyes & Román Rivera,2024; Sanmartí,2020; Ticse,2017; Tuning Educational Structures in Europe, 2004; Tuning America Latina, 2007)

Para una mayor comprensión del alcance de la evaluación, es importante detenerse en la función sumativa y formativa, considerando que son estas las que particularmente se vinculan con la implementación de la ECOE.

La función sumativa va dirigida a certificar la adquisición de los niveles adecuados de los aprendizajes con la finalidad de permitir el paso a otros módulos o fases del proceso formativo, conceder la titulación oficial correspondiente y en ciertos casos, acreditar para el ejercicio profesional. La función formativa en cambio va encaminada a proporcionar información valida y fiable sobre el proceso de aprendizaje, es decir sobre el grado progresivo de adquisición de competencias, con la finalidad de ayudar tanto al alumnado, como al equipo docente a tomar las decisiones pertinentes para su favorecer el aprendizaje. En relación al alumno, tiene por objetivo motivarlo proporcionándole feedback para mejorar la calidad del aprendizaje, informarlo de sus puntos fuertes y débiles, errores o lagunas. Esta función, no obstante, requiere y exige una dedicación notable por parte del equipo docente y consume mucho tiempo. En realidad, la función sumativa, formativa y diagnóstica de la evaluación no son del todo excluyentes entre sí. La fase de evaluación diagnóstica, es un aspecto de la evaluación formativa, ya que ofrece al docente la posibilidad de saber en qué situación se encuentra el alumno antes de iniciar y durante el proceso formativo, prever posibles problemas y diseñar acciones correctivas. A la vez, permite al estudiante reflexionar sobre el propio conocimiento o el nivel de competencia y sobre el proceso que ha de seguir para adquirir los objetivos establecidos (Rodriguez Higueras , 2013).

En los últimos años, la discusión en torno al significado de la evaluación ha incidido especialmente en su finalidad, y en evaluar que se evalúa en los exámenes, si estos proporcionan datos válidos y útiles para comprobar la calidad de los aprendizajes, poniéndose de relieve la concepción de evaluar para aprender, según la cual no se puede separar el aprendizaje de la evaluación. El desafío y los cambios implican llevar a la práctica una evaluación que tenga un objetivo distinto al de poner notas numéricas. Diseñar instrumentos que no se limiten a recoger conocimientos memorizados, sino centrados en comprobar si las y los estudiantes saben utilizarlos, permitiendo reconocer las dificultades y hallar los caminos para superarlos. (Sanmartí, 2020).

Hace más de 25 años, Celman (1998) , afirmaba que era necesario y posible transformar la evaluación en una herramienta de conocimiento útil para el aprendizaje. La autora, proponía una serie de principios guía para docentes dispuestos a transformas sus prácticas, los cuales se describen a continuación:

a) La evaluación debía ser entendida como parte del proceso enseñanza aprendizaje, no como un apéndice de ambos. En la medida en que una persona aprende, simultáneamente evalúa, valora, reflexiona, critica, opina, razona, fundamenta, decide, enjuicia, opta entre lo que considera que tiene un valor y en lo que no. Esta actitud evaluadora, que se aprende, es parte del proceso educativo, y como tal, es continuamente formativo.

b) Las pruebas de evaluación de los aprendizajes, son valiosas, en tanto permitan conocer la manera y el grado en que las y los estudiantes han asimilado y apropiado un conocimiento importante de ser aprendido. Por otro lado, la evaluación debe presentar coherencia con el tipo de conocimiento que se ha promovido durante la formación, es decir, debe ser un sistema capaz de ponerlo de manifiesto.

c) No existen formas de evaluación que sean absolutamente mejores que otras. Su calidad depende del grado de pertinencia al objeto evaluado, a las y los sujetos involucrados y a la situación en la que se ubiquen. En otras palabras, una prueba escrita, sólo brinda información acerca de los saberes teóricos que se hayan desarrollado, pero será muy pobre para juzgar el "saber hacer". Para esto, se requiere una evaluación que se acerque al plano de las realizaciones concretas, mediante la observación, resolución de problemas prácticos, etc.

d) Si el/la docente logra centrar más su atención en comprender qué y cómo aprende su alumnado, en lugar de concentrarse únicamente en lo que se enseña, abre la posibilidad comprender la evaluación como herramienta no solo para verificar el grado en que las y los estudiantes han alcanzado la enseñanza, sino además para comprender, aportar y fortalecer el proceso de aprendizaje.

e) Procesar y obtener información acerca de lo que se desea evaluar, es solo un aspecto del proceso evaluativo. Su riqueza y dificultad mayor, consiste en reflexionar, interpretar y enjuiciar los datos recogidos. El diseño y/o elección de la metodología para obtener esa información, supone, previamente, una toma de postura teórico epistemológica acerca de la concepción de conocimiento y de su modo de construcción. Diseñar instrumentos y aplicarlos, optar por alguna metodología en lugar de otras, permite tener acceso a una cierta cantidad de información en relación a lo que se desea evaluar. Su capacidad para dar cuenta de diferentes tipos de conocimientos, dependerá de la sensibilidad de dichos instrumentos para captar o capturar los datos buscados. El cuidado en su aplicación (elección del momento, características de la situación, clima creado para su realización, etc.) también incide en la validez y confiabilidad de los datos que se obtienen.

f) La evaluación organizada con una perspectiva de continuidad, se constituye en fuente de conocimiento que impulsa acciones de mejoras en el proceso educativo. La reflexión sobre las problemáticas y propuestas iniciales, así como sobre los procesos realizados y los logros alcanzados, facilitan la tarea de descubrir relaciones y fundamentar decisiones. Según Celman, la evaluación formativa, tiene como propósito realizar los reajustes necesarios y sucesivos en el desarrollo de un programa; es decir adecuar las estrategias pedagógicas de acuerdo a los progresos y dificultades

mostradas por el alumnado. En la evaluación formativa, los ‘errores’ son objeto de estudio en la medida en que son reveladores de la naturaleza de las representaciones o estrategias elaboradas por cada alumna/o en su proceso de aprendizaje, constituyendo una oportunidad de mejora.

g) La evaluación de las estrategias de aprendizaje puestas en juego durante el proceso de construcción de conocimientos, es un área de alta potencialidad educativa y con amplias posibilidades de incidencia en la transformación de dicho proceso.

Los postulados Celman (Celman, 1998), no han perdido vigencia, y continúan desafiando el enfoque de la evaluación, en la formación universitaria.

Actualmente, y en la misma dirección, las y los especialistas en educación coinciden en que la evaluación del aprendizaje debe ser un proceso continuo, dinámico, reflexivo, crítico, de carácter integral e inherente a todas las formas de aprendizaje (Beltrán Velíz et al.,2020; Sanmartí, 2020). Además, personalizado, cuyo objetivo es conocer la evolución de cada estudiante en lo cognitivo (saber), en lo práctico (hacer), y en lo afectivo y psicosocial (ser). Es indispensable que se lleve a cabo alineado con el currículo, los métodos y estrategias de enseñanza, que proporcione resultados interpretables y útiles para los diferentes actores del proceso educativo. Es decir, que se convierta en una herramienta de gran utilidad para tomar decisiones pedagógicas y mejorar el desempeño tanto del docente como del estudiantado. (Reyes & Román Rivera, 2024).

En el caso de las carreras de enfermerías y otras ciencias de la salud, es importante comprobar el impacto de la formación sobre los aprendizajes, es decir el grado en que las y los estudiantes alcanzan los objetivos de aprendizaje esperados, tanto teóricos como prácticos ya que la evaluación se asume como un proceso de retroalimentación donde el/la estudiante pueda analizar su desempeño, su rendimiento, su progreso y avance a lo largo del proceso formativo, lo que les permite identificar, analizar y reflexionar sobre sus propios errores, para trabajar en ellos; es decir tomar medidas para corregirlos y mejorar con apoyo del equipo docente. (Beltrán Velíz et al.,2020)

Cuando la evaluación promociona el aprendizaje, se centra en tres elementos claves: primero hacia dónde se dirige el/la estudiante; segundo, dónde se encuentra el/la estudiante actualmente (obteniendo evidencia de aprendizaje); y tercero, cómo pueden lograr el objetivo, proporcionándoles retroalimentación oral y escrita, ayudando a las y los estudiantes a dar los siguientes pasos. (Beltrán Velíz et al.,2020)

Sin lugar a dudas este enfoque, complejiza la evaluación, ya que se requieren indicadores que validen los logros adquiridos por las y los estudiantes en los procesos de “aprender a conocer”, “aprender a hacer” y “aprender a convivir”, así como en sus actitudes, comportamientos y motivaciones, o sea” aprender a ser”. Por ello, los docentes tienen la responsabilidad de propiciar espacios de aprendizaje con significado, proveer procesos, métodos e instrumentos evaluativos innovadora y mantener un alto sentido de la ética, protegiendo los derechos de las partes involucradas y la validez de los resultados. (Reyes & Román Rivera, 2024)

Considerando lo anterior, es imposible abordar de manera aislada y autónoma la evaluación. Planificar, y realizar una evaluación supone para los equipos docentes asumir una perspectiva pedagógica desde

la cual se entiende el proceso enseñanza aprendizaje, y se concibe y aporta a la construcción perfil de graduado/a que establece el plan de estudio de la Carrera.

3.1.1 La evaluación, desde un enfoque constructivista

La evaluación concebida desde la teoría constructivista, enfoque desde el cual la autora se posiciona, tiene como metas, potenciar el desarrollo del alumnado y promover su autonomía moral e intelectual; contribuir a la génesis de profesionales que sean capaces de hacer cosas nuevas de manera creativa, formar mentes críticas, que puedan verificar y no aceptar todo lo que se les ofrezca, y alcanzar el pensamiento racional. En otras palabras, pretende lograr en el/la estudiante la construcción significativa y representativa de la realidad, que puedan elaborar e interpretar la información existente, tomar decisiones de manera independiente y desempeñarse en diferentes contextos, enfrentando los desafíos presentes y futuros.

La evaluación constructivista, indaga por las causas, y permite una reflexión sobre el aprendizaje como también sobre la enseñanza. Otra característica que brinda el constructivismo es la interpretación y reflexión de la información que arrojan los diferentes instrumentos de evaluación y actividades que ofrece el equipo docente en cotidianidad, que permiten que la evaluación regule el proceso y sea un fundamento para tomar decisiones. Los instrumentos que son elaborados bajo este enfoque, tienen carácter formativo, e incluyen actividades que solicitan al estudiantado la interpretación, análisis, explicación y fundamentación teórica, la puesta en práctica de procesos y habilidades, así como también remiten a lo afectivo, emocional y ético del estudiantado. Mientras el rol del docente desde el constructivismo, como ya se ha mencionado es acompañar al educando en la construcción de su propio conocimiento, promover una atmósfera democrática, de reciprocidad, respeto y autoconfianza para el/la aprendiz. Es un facilitador, respeta las estrategias de conocimiento del educando, los errores que se suceden en la aproximación a la construcción y sabe hacer uso de ellos para profundizar en el aprendizaje. No usa recompensa ni castigo. En el constructivismo el/la estudiante es creativo e inventivo, constructor activo de su propio conocimiento. No está exento de equivocaciones y confusiones, esto es parte central de su aprendizaje (Martinez , 2009).

3.2 Competencias

En este espacio se presenta un marco conceptual de “competencias”, desde la etimología de la palabra, su surgimiento, las definiciones más relevantes según la autora y su clasificación. Ello permitirá comprender mejor el qué y para qué, de la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE).

3.2.1 Etimología de la palabra

Si se analiza etimológicamente la palabra “competencia” procede del latín *competeré*, que significa “aspirar” o “ir al encuentro “. En español, de esa raíz derivan dos sentidos de la palabra: uno en relación con la idea de competitividad y otro con la capacidad o autoridad en un dominio. El que se aplica en el ámbito educativo es el segundo. (Sesento García, 2008)

La Real Academia Española (2025), define el término competencia como:

- Incumbencia, sinónimo de responsabilidad, dominio
- Pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. Sinónimo de habilidad, facultad, talento, destreza, disposición y suficiencia .
- Disputa o contienda entre dos o más personas sobre algo.
- Oposición o rivalidad entre dos o más personas que aspiran a obtener la misma cosa.
- Situación de empresas que rivalizan en un mercado ofreciendo o demandando un mismo producto o servicio.

Como puede observarse, son múltiples las acepciones que la Real Academia Española, ofrece respecto al término competencia. Su riqueza semántica abarca desde la disputa o rivalidad entre personas, hasta la habilidad, aptitud o idoneidad para desempeñarse eficazmente en un determinado ámbito o trabajo. En el contexto educativo y profesional, esta última acepción adquiere especial relevancia, ya que refiere al conjunto de saberes, habilidades y actitudes que una persona adquiere, desarrolla, integra y aplica para resolver situaciones de manera eficaz, contextualizada y segura. Comprender, como docentes, esta variedad semántica resulta clave para precisar su uso en el diseño curricular, en la formación por competencias y en los procesos de evaluación orientados al desarrollo profesional competente.

3.2.2 Antecedentes históricos

El término competencias se introduce en los años 70 a partir de los trabajos de Mac Clelland en la Universidad de Harvard ante la necesidad de mejorar la calidad del trabajo y el empleo. Mac Clelland, demostró que las historias académicas, los test de inteligencia, las notas escolares y credenciales por sí solas no eran capaces de predecir con fiabilidad la adecuada adaptación de las y los graduados a los problemas de la vida cotidiana, y en consecuencia su éxito profesional. Sus investigaciones lo llevaron a identificar nuevas variables con mayor capacidad predictiva del rendimiento laboral, a las que denominó competencias**.** Consideró necesario estudiar a las personas directamente en sus puestos de trabajo, comparando las características de quienes demostraban un desempeño sobresaliente con aquellas de los individuos cuyo rendimiento era promedio (Granizo Coloma et al.,2018).

En el área de las ciencias de la salud, este modelo rápidamente comienza a consolidarse. La primera experiencia se sitúa en 1973, cuando la Escuela de Enfermería de Milwaukee, en Estados Unidos, incorporó por primera vez a su currículo un enfoque basado en competencias para la formación de enfermeras y enfermeros. Esta institución se convirtió así pionera al implementar este enfoque en carreras de ciencias de la salud (Granizo Coloma et al.,2018). Este antecedente marcó un hito al adoptar un enfoque innovador centrado en la integración práctica del conocimiento y el desempeño del futuro profesional, diferenciándose de las estructuras educativas tradicionales, centradas exclusivamente en la adquisición de conocimiento teórico.

Durante las décadas siguientes, las competencias fueron adoptadas gradualmente por distintas instituciones de formación en salud en el mundo, especialmente en medicina, enfermería, odontología y otras disciplinas afines.

En los años 80, surge y se expande el concepto de competencia laboral en los países industrializados entre ellos Estados Unidos, China, Alemania, Japón, Francia y España, como respuesta a la urgencia de fomentar la formación de mano de obra y ante la demanda surgida en el sistema educativo y el productivo. Este nuevo enfoque pretendía lograr una formación integral que conectara a la persona, con el trabajo, la sociedad en general y el mundo de la educación. (Granizo Coloma et al. 2018).

A partir de 1984, las competencias se aplican en colegios de enseñanza general de Canadá, Escocia, Gran Bretaña. Posteriormente, en 1986, Canadá comenzó a implementar esta modalidad en el nivel medio profesional, y en 1993, lo extendió de manera generalizada a la formación básica y preuniversitaria. En la actualidad la educación basada en competencias se aplica en numerosos países, entre ellos están: México. Argentina, Canadá, Francia, Alemania. (Granizo Coloma et al.2018).

Uno de los motores principales de este enfoque, como ya se ha mencionado antes, ha sido el proyecto Tuning Educational Structures in Europe, más conocido como Proyecto Tuning Europa, creado en el año 2000, en el marco del Declaratoria de Bolonia y el Comunicado de Praga, por iniciativa de más de cien universidades europeas en dialogo con los gobiernos y otras partes interesadas. Los representantes, motivados por un trasformado económico, buscaban de forma conjunta reflexionar y consensuar, conservando la diversidad, aspectos de la estructura y calidad de la educación superior europea. La fuerza impulsora de este proyecto fue la necesidad de compatibilizar, comparar y promover la competitividad de la educación superior. El objetivo clave era contribuir al desarrollo de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles en toda Europa en respuesta por un lado a la creciente movilidad de las y los estudiantes, que requerían información fiable y objetiva sobre la oferta de programas educativos; y por otra de las y los futuros empleadores, también dentro y fuera de Europa, que exigían información confiable sobre lo que significaba en la práctica una capacitación o un título determinado. (Tuning Educational Structures in Europe, 2004)

La influencia de Tuning Eupora fue determinante para la creación, cuatro años más tarde, del proyecto Tuning América Latina, que adaptó sus mismos principios al contexto regional, nacional.

En el caso de América Latina, comienza teniendo como participantes 62 universidades de 4 áreas temáticas: Administración de Empresas, Ciencias de la Educación, Historia y Matemáticas; alcanzando progresivamente a 120 universidades en 18 países y ocho nuevas áreas del conocimiento entre las cuales se sumaron: Física, Química, Geología, Enfermería, Derecho, Ingeniería Civil, Medicina y Arquitectura. (ANECA, 2004;Tuning America Latina, 2007)

Un rasgo significativo de Tuning, fue considerar los títulos en términos de resultados de aprendizaje y particularmente en términos de competencias. Respecto a “resultados de aprendizaje”, lo definen como el conjunto de competencias que incluye conocimientos, comprensión y habilidades que se espera que el/la estudiante domine, comprenda y demuestre después de completar un proceso corto o largo de aprendizaje. Así pueden ser identificados y relacionados con programas completos de estudio y con unidades individuales de aprendizaje, es decir asignaturas o subáreas. En lo que concierne a “competencias”, representan una combinación dinámica de atributos relacionados a conocimiento y su aplicación, a las actitudes y a las responsabilidades que describen los resultados del aprendizaje de un

determinado programa, o cómo las y los estudiantes serán capaces de desenvolverse al finalizar el proceso educativo. (Tuning Educational Structures in Europe, 2004; Tuning America Latina, 2007)

La definición y descripción conjunta de competencias resultó especialmente atractiva para el contexto europeo y latinoamericano, ya que posibilitaba establecer puntos de referencia comparables entre instituciones, al tiempo que garantizaba la calidad, flexibilidad y autonomía en el diseño curricular. Asimismo, constituía una base sólida para la formulación de indicadores de nivel que pudieran ser comprendidos, consensuados y desarrollados colectivamente por las distintas instituciones de educación superior en cada continente (Tuning Educational Structures in Europe, 2004;Tuning America Latina, 2007)

Los Proyectos Tuning Europa y Tuning Latino América, impulsaron sin lugar a dudas, una transformación en la educación superior al proponer un modelo formativo centrado en competencias, habilidades, destrezas y resultados de aprendizaje. Esta iniciativa sentó las bases para el diseño de perfiles profesionales más acordes a las demandas del contexto social y laboral; y promovió una educación más orientada a la empleabilidad, la calidad académica y la movilidad estudiantil a través de programas de intercambio no solo para estudiantes sino también para profesionales, garantizando mayor facilidad para moverse, configurando las directrices iniciales para los procesos de internacionalización de los currículos. (Tuning Educational Structures in Europe, 2004) .

Los cambios de enfoques y objetivos de enseñanza y aprendizaje implicaron también cambios en los métodos de evaluación y en los criterios para evaluar. Estos debían considerar no sólo el conocimiento y los contenidos sino también habilidades y destrezas generales. Cada estudiante debía experimentar una variedad de enfoques y tener acceso a diferentes contextos de aprendizaje, independientemente de su área de estudio. La transparencia y la capacidad de comparabilidad de los métodos y criterios para evaluar garantizaban la calidad en un contexto europeo (Tuning Educational Structures in Europe, 2004).

Actualmente, el enfoque por competencias constituye un paradigma formativo ampliamente extendido en las carreras de salud. Su implementación busca asegurar que las y los profesionales egresados estén preparados para responder a las necesidades sanitarias de la población, enfrentando con profesionalismo, liderazgo, solvencia e idoneidad los desafíos técnicos, éticos y humanos del ejercicio profesional.

3.2.3 Definición de competencias

Varios autores a lo largo de los años han definido “competencias”. Ello muestra las diversas posiciones sobre este concepto.

Para Dranke (1994), la competencia es una capacidad multidimensional para realizar actividades de manera satisfactoria. Incluye conocimiento específico y habilidades técnicas para una actuación exitosa en el trabajo. Más allá de la adquisición de habilidades y de conocimientos, la competencia incluye la capacidad para hacer frente a lo incierto y a lo irregular en la situación de trabajo. Esta capacidad de

hacer frente a situaciones es la base de una efectiva flexibilidad y adaptabilidad del trabajador/a (Sesento García, 2008).

Según Aledo (1995), una competencia es un conjunto específico de formas de conducta observables y evaluables que pueden ser clasificadas de una forma lógica; en definitiva, categorías de conducta (Sesento García, 2008).

Parry en 1996, definía competencia como un grupo relacionado de conocimientos, habilidades y actitudes que afectan en su mayor parte a un trabajo (roles o responsabilidades) o que se correlacionan con la actuación en el trabajo, el cual puede ser medido frente a los estándares correctamente aceptados y pueden ser perfeccionados por medio de acciones formativas y de desarrollo. (Sesento García, 2008).

Mirabile (1997) citado por (Sesento García, 2008) las describe como conocimientos, habilidades, capacidades o características asociadas con la buena ejecución de una actividad o trabajo, tal como la solución de problemas, el pensamiento analítico, el liderazgo, motivos, creencias y valores.

Las competencias son complejas capacidades integradas, en diversos grados, que la educación debe formar en las personas para que puedan desempeñarse como sujetos responsables en diferentes situaciones y contextos de la vida social y personal, sabiendo ver, hacer, actuar y disfrutar convenientemente, evaluando alternativas, eligiendo las estrategias adecuadas y haciéndose cargo de las decisiones tomadas (Cullen , 1997).

Martinez Carretero (2005), define competencia como un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo, mediante el cual una persona utiliza conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz. Para explicar el desarrollo de las competencias, según niveles de complejidad creciente, cita a Miller. Así en el nivel inicial de las competencias ubica el saber (conocimientos teóricos); en el nivel intermedio el saber cómo (explicar cómo) y demostrar cómo hacerlo, y finalmente, en la cúspide el desempeño en práctica real.

Aguerrondo (2009) define competencias, como un conjunto de propiedades inestables de las personas, que deben someterse a prueba permanentemente; y ser competente, saber hacer cosas y resolver situaciones. Ello requiere, por un lado, saberes teóricos y prácticos, y por otro imaginación y creatividad. La autora hace énfasis en el saber actuar más que en el saber hacer, pues saber actuar implica interpretar, reflexionar y utilizar criterios con compromiso ético, más que saber cumplir con rigurosidad la consigna o normativa.

Bordogna et al.,(2017) definen competencias al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para hacer una tarea específica. Estos autores reconocen cinco elementos comunes: 1. Saber, es decir cada profesional necesita adquirir los conocimientos que exige el ejercicio de su profesión. 2- Saber hacer: la persona debe poseer un conjunto de habilidades y/o destrezas. 3- Saber estar: es preciso que los comportamientos se adapten a la cultura y a las normas del sitio donde las y los profesionales en el futuro desempeñen sus labores, de la organización en general, o de su grupo en particular. 4- Querer hacer: es necesario que la persona esté motivada para llevar a cabo dichos comportamientos. 5- Poder hacer, es decir disponer de los medios y recursos que exige la actividad.

Según Granizo Coloma et al.,(2018), las competencias se ubican en la intersección entre los saberes y las habilidades, y están en constante puesta a prueba en la práctica profesional. Estas especialistas cuestionan las formas tradicionales de calificación basadas únicamente en la obtención de diplomas o en la antigüedad laboral. En cambio, sostienen que ser competente implica la capacidad de saber hacer cosas**,** de resolver situaciones cada vez más complejas y cambiantes**,** demostrando un dominio integrado de conocimientos, destrezas y actitudes.

También se puede definir la competencia profesional como una organización estructurada y compleja del saber, el hacer, el reconocer, discriminar, valorar y decidir, no de manera mecánica como en la aplicación de una técnica, sino en la conjugación de un dominio teórico que elige un campo de aplicación adecuado para el uso integral de conocimientos, herramientas y métodos, que permiten intervenir profesionalmente la realidad para la resolución o esclarecimiento de un problema o una situación dada" (Castellanos, 1999).

En un documento reciente "Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal" la OMS ofrece un concepto competencias. La define como la capacidad de una persona para integrar conocimientos, habilidades y actitudes en el desempeño de sus tareas en un contexto determinado. Agrega además que, las competencias son duraderas, entrenables y mensurables mediante la expresión de comportamiento. Mientras, se refiere a competente como la persona que expresa aptitud para realizar las actividades prácticas de conformidad con la norma establecida. (Organización Mundial de la Salud, Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal., 2022)

Desde un enfoque disciplinar, las competencias de enfermería se pueden definir en la acción, vinculada a los distintos saberes del cuidado de enfermería. Los saberes de la disciplina se apoyan en el conocimiento, la elaboración y aplicación del cuidado humano en forma efectiva y eficiente, para ayudar a satisfacer las necesidades de las personas, familia y comunidad, dentro del contexto bio-psico-social-ético-espiritual (Tuning America Latina, 2007)

Por su parte, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama, centro colaborador de la OPS/OMS, ha sintetizado competencia de enfermería, como el nivel esperado de desempeño que integra conocimientos, habilidades, y juicio (University of Alabama at Birmingham School of Nurs, 2024).

3.2.4 Tipos de competencias

El proceso de experimentación, formación, y desarrollo de competencias en la persona adulta autónoma presenta niveles de complejidad, profundidad, y abarca desde que la persona es estudiante hasta cuando es profesional, y las utiliza, al mismo tiempo y de manera integrada e interrelacionada para actuar o desempeñarse frente a un problema específico. Es importante destacar que para el desarrollo de competencias se necesita de: aprendizaje significativo, profundo, reflexivo, y no memorístico o repetitivo; habilidades que tienen un componente mental y otro procedimental, es decir, no siempre son tangibles o visibles; pero, son imprescindibles los valores expresados en actitudes (Pinilla Roa, 2012),

Una de las clasificaciones, propone competencias en académicas y profesionales. Diversos autores coinciden en que las competencias académicas en enfermería constituyen un conjunto de capacidades que integran el saber teórico, cognitivo y actitudinal necesario para un desempeño profesional reflexivo y eficaz.

En ese sentido Rodriguez Higueras et al.,(2014), las vincula de manera más directa con la puesta en práctica de un cuerpo de conocimientos, conceptos y teorías propias de la disciplina, y de habilidades cognitivas necesarias para gestionarlas, tales como el pensamiento analítico y la indagación.

De manera complementaria, Aguerrondo (2009), define las competencias académicas, como aquellas que promueven el desarrollo de las capacidades humanas de identificar problemas, valorar riesgos, tomar decisiones, resolver situaciones, trabajar en equipo, liderar, trabajar en equipo, relacionarse con los demás, comunicarse eficazmente, utilizar tecnologías, comprender otras culturas y, aprender a aprender.

Pinilla Roa (2012) sostiene que las competencias académicas se desarrollan en el ámbito universitario e implican la formación de personas autónomas y responsables, capaces de construir aprendizajes significativos que las conduzcan en el futuro a un desempeño profesional idóneo.

Mientras las competencias profesionales, incluyen tanto los conocimientos relativos a las técnicas, metodologías, procedimientos de trabajo o el saber hacer propio como las habilidades cognitivas propias del profesional reflexivo: resolución de problemas, toma de decisiones, razonamiento inductivo, creatividad. (Rodriguez Higueras et al., 2014)

Pinilla Roa (2012), conceptualiza competencias profesionales, como el conjunto de atributos interrelacionados e integrados: actitudes y valores o virtudes (metacognitivas y socio-afectivas, saber-ser), conocimientos (dimensión cognitiva, saber) y habilidades y destrezas (dimensión motora, procedimientos hacer, hacer sabiendo, entendiendo lo que se hace) propios de cada profesión.

En definitiva, las competencias en educación universitaria hacen referencia a la formación de estudiantes para el desempeño profesional con un enfoque socioconstructivista . En la universidad, en la fase final del pregrado y en el posgrado, las competencias académicas, concuerdan con las competencias profesionales que continuarán desarrollándose durante la vida profesional. Es decir, que una vez graduada/o un profesional es competente cuando logra actuar y desempeñarse con autonomía para solucionar problemas reales de diversa complejidad e interactúa eficazmente con otros para mejorar su calidad de vida y la de otros. (Pinilla Roa, 2012)

Otra forma de clasificar las competencias las agrupa en genéricas y específicas: las primeras, comunes a diversas disciplinas y contextos laborales; las segundas, propias de cada campo profesional o área de conocimiento.

Proyecto Tuning, describió estos dos niveles. Las competencias genéricas, de tipo instrumentales, interpersonales y sistémicas que identificaran elementos compartidos que podían ser comunes a cualquier titulación tales como la capacidad de aprender, tomar decisiones, diseñar proyectos, destrezas administrativas. Y las competencias específicas, es decir propias de cada campo de estudio o área

temática, que incluyen las destrezas y el conocimiento (Tuning Educational Structures in Europe, 2004;Tuning America Latina, 2007)

Del mismo modo, Ferreira & Gomes Lima (2013), refieren que las competencias genéricas deben ser entendidas como una combinación de atributos relacionados con la formación completa del conocimiento de la persona, guiados por el desarrollo de habilidades prácticas, instrumentales y cognitivas fundamentales para satisfacer las exigencias de un mundo globalizado. Mientras, las competencias en un contexto específico, se refieren a una situación determinada. Es decir, son habilidades relacionadas con un título y una práctica profesional especializada. Estas se estrechan a las áreas temáticas del plan de estudio, y están vinculadas a cada disciplina, dando identidad y consistencia específica para un programa en particular

Ferreira & Gomes Lima (2013), dividen las competencias genéricas en tres grupos:

1. Competencias Instrumentales: relacionados con las capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas;
2. Competencias Interpersonales: relacionados con la capacidad de una buena relación social y cooperación;
3. Competencias Sistémicas: habilidades de desempeño relacionadas a la visión de conjunto y la capacidad de gestionar un proyecto en su totalidad.

En la misma línea, Rodriguez Higueras et al. (2014), afirma que las competencias genéricas son aquellas competencias transversales y comunes a la mayoría de las titulaciones y amplía la clasificación proponiendo cinco categorías:

1. Gestión del tiempo y de los recursos: organización, planificación;
2. Relaciones interpersonales: comunicación, trabajo en equipo, liderazgo;
3. Gestión de la información: identificación de datos relevantes, análisis de datos;
4. Habilidades personales: responsabilidad, valores éticos, confidencialidad:
5. Habilidades instrumentales: informática, comunicación oral y escrita, manejos de idiomas.

En relación con las competencias específicas, la Red de Universidades Españolas**,** en el marco del diseño del Título de Grado en Enfermería adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y en coherencia con los lineamientos del Proyecto Tuning Europa, impulsó la elaboración del Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería**,** desarrollado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2004). Dicho documento establece y describe las competencias específicas del perfil del egresado en Enfermería generalista, organizadas en seis grandes categorías:

1. Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermería: proporcionar cuidados en un entorno de respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de las personas; y ejercer con responsabilidad y excelencia tanto las actividades autónomas como en las interdependientes.

2. Competencias asociadas con la práctica de enfermería y la toma de decisiones clínicas. Supone emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones

integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia profesional mediante la formación continuada.

3. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Incluye las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria.

4. Conocimiento y competencias cognitivas. Actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, garantizando que su aplicación sea compatible con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.

5. Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías). Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades de las personas, establecer una comunicación fluida y proporcionar apoyo emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

6. Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados optimizando los recursos. Posteriormente, el Proyecto Tuning América Latina identificó un total de 27 competencias propias vinculadas a la disciplina de Enfermería y a los programas de Licenciatura en Enfermería para los países de la región (Tuning America Latina, 2007).

Tabla 1: Descripción de las Competencias Específicas, Carreras de Grado América Latina.

Variables	Competencias
1	Capacidad para aplicar los conocimientos en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad, considerando las diversas fases del ciclo de la vida en los procesos de salud enfermedad.
2	Habilidad para aplicar la metodología del proceso de enfermería y teorías de la disciplina que organiza la intervención, garantizando la relación de ayuda.
3	Capacidad para documentar y comunicar de forma amplia y completa la información a la persona, familia y comunidad para prever continuidad y seguridad en el cuidado
4	Capacidad para utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para la toma de decisiones asertivas y la gestión de los recursos para el cuidado de la salud
5	Respeto por la cultura y los derechos humanos, en las intervenciones de enfermería en el campo de la salud.
6	Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutiva para satisfacer las necesidades de salud prioritarias, emergentes y especiales
7	Capacidad para diseñar y gestionar proyectos de investigación.
8	Habilidad para resolver los problemas de salud utilizando la investigación en la práctica de enfermería.
9	Capacidad de participar activamente en el desarrollo de las políticas de salud, respetando la diversidad cultural
10	Capacidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperación de la enfermedad, con criterios de calidad.

11	Capacidad de trabajar dentro del contexto de códigos éticos, normativos y legales de la profesión
12	Capacidad para diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación en salud formal y no formal que responden a las necesidades del contexto.
13	Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios entre en la formulación de proyectos educativos
14	Habilidad y capacidad para promover el proceso de aprendizaje permanente con personas, grupos y comunidad en la promoción del autocuidado y estilos de vida saludable en relación con su medio ambiente.
15	Conocimiento y capacidad para aplicar la tecnología y la informática de investigaciones de enfermería y salud.
16	Conocimiento de las distintas funciones, responsabilidades y papeles que debe desempeñar el profesional de enfermería.
17	Capacidad para aplicar en la práctica los principios de seguridad e higiene en el cuidado de enfermería.
18	Conocimiento y habilidad para utilizar los instrumentos inherentes a los procedimientos del cuidado humano
19	Capacidad para participar activamente en los comités de ética de la práctica de la enfermería y bioética.
20	Capacidad para defender la dignidad de la persona y el derecho a la vida en el cuidado interdisciplinario de la salud.
21	Capacidad para administrar en forma segura fármacos y otras terapias con el fin de proporcionar cuidado de enfermería de calidad
22	Capacidad para reconocer, respetar y apoyar las necesidades espirituales de las personas
23	Capacidad para participar y concertar en organismos colegiados de nivel local, regional y nacional e internacionales que promueven el desarrollo de la profesión.
24	Capacidad para establecer y mantener la relación de ayuda con las personas, familia, comunidad, frente a diferentes cuidados requeridos con mayor énfasis en situaciones críticas y en la fase terminal de la vida.
25	Capacidad de promover y realizar acciones tendientes a estimular la participación social y desarrollo comunitario en el área de su competencia en salud.
26	Demuestra solidaridad ante las situaciones de desastres, catástrofes y epidemias
27	Capaz de gestionar de forma autónoma nuevos servicios de enfermería

Fuente: Proyecto Tuning América Latina (Tuning America Latina, 2007)

Por último, se mencionará un modelo estadounidense de competencias profesionales, en el marco del proyecto “Educación de Calidad y Seguridad para Enfermeras”, QSEN, por sus siglas en ingles. La QSEN, junto al Consejo Asesor Nacional, definieron las competencias de calidad y seguridad para enfermería con el objetivo principal de afrontar los desafíos de preparar futuras enfermeras y enfermeros que tengan conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para mejorar continuamente los sistemas de atención sanitaria en los que trabajan (Cronenwett, y otros, 2007).

Los ámbitos de aplicación de estas competencias QSEN, son el currículo de programas académicos formales, programas de transición a la práctica y programas de educación continua. De igual modo, son seis grupos de competencias:

1- Atención centrada en el paciente: reconocer al usuario como fuente de control y socio pleno en la prestación de una atención compasiva y coordinada basada en el respeto por valores, preferencias y

necesidades de las personas.

2- Trabajo en equipo y colaboración: funcionar eficazmente dentro de los equipos de enfermería y equipos interprofesionales, fomentando la comunicación abierta, el respeto mutuo, y la toma de decisiones compartida, para lograr una atención centrada en el paciente.

3- Práctica basada en la evidencia

4- Mejora de la calidad, a partir de utilizar datos para monitorear los resultados de los procesos de atención y aplicar métodos de mejora para diseñar y probar cambios que permitan mejorar de manera continua la calidad y la seguridad de los sistemas de salud.

5- Seguridad: La competencia de Seguridad destaca la importancia de reducir eventos adversos en pacientes y profesionales a través de mejoras tanto en los procesos organizacionales como en la práctica clínica individual.

6- Informática: utilizar tecnologías de la información para gestionar el cuidado del paciente, reducir errores y apoyar la toma de decisiones.

Como ha quedado evidenciado, una competencia es una combinación de conocimientos, destrezas y actitudes. Representa una capacidad para actuar que moviliza diversos recursos, incluyendo valores éticos, personales, profesionales y sociales (Vallejo Gómez et al., 2021). Es un conjunto específico de formas de conducta consciente, observables y medible, es decir evaluable, frente a estándares aceptados. Se evidencian progresivamente durante la formación del estudiante y la práctica profesional; y pueden ser perfeccionadas por medio de acciones formativas, de capacitación y actualización durante toda la vida.

A lo largo de la historia, las definiciones de competencias coinciden con la concepción que define a las competencias como un sistema de conocimiento integral y profundo vinculados a: 1) una actividad académica, científica, cultural, social y laboral; 2) la solución a los problemas que se le presente en la vida profesional/laboral, social y personal y 3) a la toma de decisiones centrada en las personas, basada en conocimientos científicos, tecnológicos, humanísticos, ejercidos con responsabilidad, creatividad y compromiso ético.

Finalmente, se citará a Pinilla Roa (2012), quien afirma que un profesional en ciencias de la salud es competente cuando logra desempeñarse con autonomía y flexibilidad para solucionar problemas de diversa complejidad de las personas, familia y comunidad; además de colaborar interactuar, y comunicarse eficazmente con el entorno profesional, para mejorar su calidad de vida y la de otros. Así, la educación universitaria logra formar profesionales e investigadores competentes, críticos, creativos y reflexivos; pero ante todo con profesionalismo y conciencia moral.

En ese sentido, se puede entender competencia como la posibilidad que tiene cada persona de integrar, movilizar y aplicar de manera oportuna estos sistemas para el desarrollo profesional eficaz y autónomo en el mundo laboral que responsa a las necesidades de la sociedad en constante dinamismo.

En este contexto, las y los docentes universitarios asumen un rol fundamental, de guiar al estudiantado como facilitadores del aprendizaje y el desarrollo integral. Su labor consiste en proporcionar la ayuda y brindar el acompañamiento necesario para la formación de profesionales competentes, autónomos y

con pensamiento crítico; ciudadanos participativos y reflexivos, capaces de comprender y respetar las diferencias individuales ya sean de género, culturales, étnicas, entre otras, fomentando el trabajo colaborativo y la indagación colectiva orientada al compromiso y servicio social. (Pinilla Roa, 2012)

3.2.5 Competencias en la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA

Considerando las afirmaciones de Escobar et al.(2023) que, trabajar con competencias en un programa de formación requiere un proceso riguroso y planificado de varias etapas, en las cuales se determinan desde las competencias a incluir, el grado de desarrollo esperado al finalizar la formación, las formas de acompañamiento de los aprendizajes, hasta las modalidades de evaluación; un equipo de expertos realizó un exhaustivo trabajo para definir las competencias para cada asignatura profesional del Plan de Estudio de la Carrera de Licenciatura en Enfermería.

Rodriguez Higueras et al.(2014), expresan que, en el ámbito de la formación universitaria, las competencias surgen de las características del perfil profesional o del análisis pormenorizado de una actividad. Según estos autores para alcanzar las competencias profesionales se necesita tanto de la combinación de recursos de la persona (capacidades afectivas, cognitivas y psicomotrices) como de las propias experiencias que haya ido acumulando durante la cursada. Estas dos premisas son la base para que, durante el proceso formativo, se adquieran/moldeen conocimientos, habilidades, actitudes y valores que llevarán a la persona a tener una actuación competente (afrontar eficazmente la resolución de problemas) en un contexto académico, profesional, o social determinado, resolviendo las demandas que se plantean en situaciones diversas.

En este sentido, las competencias académicas específicas para cada asignatura disciplinar de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA fueron definidas considerando criterios de intensidad, gradualidad y longitudinalidad, por el equipo de investigadores que implementaron por primera vez el ECOE, en función de los objetivos y contenidos de cada ciclo formativo y del perfil del egresado/a establecido en el Plan de Estudios vigente (Resolución CS N.º 1584/2018, P 0286), en línea con los estándares de acreditación de Carrera (Resolución Ministerial N° 2721.2015), considerando la clasificación de Rodriguez Higueras et al.(2014), basada en las recomendaciones del Proyecto Tuning para América Latina (2007) y el Libro Blanco de ANECA(2004).

De esta manera, las categorías especificas quedaron definidas en seis grupos de competencias:

1. Competencias asociadas con valores profesionales,
2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas,
3. Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos,
4. Conocimiento y, competencias cognitivas,
5. Competencias interpersonales y de comunicación, y
6. Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo.

Las competencias básicas descritas en las subáreas del plan de estudios son aquellas que las y los estudiantes deben haber logrado al momento de su graduación. Estas se definen como la capacidad de ejercer la práctica profesional a partir de un conjunto de conocimientos generales y específicos, integrados con habilidades y actitudes que emergen no solo del saber teórico, sino también del accionar profesional orientado por un profundo sentido humanístico (Vallejo Gómez et al., 2021)

En el campo de la enfermería, las competencias exigen que el acto de cuidar se fundamente tanto en el plano cognitivo, psicomotriz, como en el plano axiológico, incorporando valores que habiliten un desempeño profesional eficiente, ético y comprometido. Este enfoque permite aplicar la autonomía profesional con flexibilidad, adaptando el cuidado a las necesidades particulares de cada persona (Vallejo Gómez et al.,2021)

De este modo, la incorporación de enfoques centrados en el aprendizaje y la evaluación por competencias se vuelve un componente esencial que incide directamente y positivamente en la calidad de la formación de las y los futuros profesionales y, en consecuencia, en la calidad de los servicios de enfermería en las organizaciones de salud. Esta perspectiva contribuye a garantizar cuidados idóneos, seguros y eficaces, de adecuado a las necesidades y problemas de salud de las personas, familias y comunidad.

Según García Sanz (2014) y Unigarro Gutiérrez (2017), para evaluar las competencias se deben aplicar rúbricas que permitan valorar aspectos complejos de la esfera subjetiva, con lo cual la evaluación se hace más interpretable, justa y transparente. Martinez Carretero, (2005), afirma que para juzgar aprendizajes y competencias profesionales, se requieren instrumentos de evaluación diferentes a los convencionales, dado que no hay ningún método de evaluación que por sí solo pueda proporcionar toda la información necesaria. La ECOE, se constituye como un instrumento que cumple con esas premisas.

4.Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE)

El objetivo final de la mayoría de los programas académicos de enfermería es formar profesionales de calidad, para que se desempeñen de manera eficaz y segura, facilitando su inserción laboral. Esta calidad asistencial depende en gran medida de las competencias que las y los estudiantes desarrollan a lo largo su formación que incluye actividades y experiencias en el aula, laboratorios de simulación y prácticas de campo. Estas competencias se deben abordar y trabajar gradual y longitudinalmente en todas las unidades de aprendizaje y valorarse en las diferentes fases del plan de estudio, en especial en las asignaturas profesionales.

Valorar competencias, es una de las tareas docentes más importantes, ya que constituye uno de los procesos más significativos para gestionar correctamente la calidad de los aprendizajes, y a su vez, la actividad docente. (Rodriguez Higueras et al.,2014).

El resultado del presente trabajo integrador final, de manera conjunta con las experiencias estudiantiles relevadas con anterioridad por la autora y su equipo de investigación, serán insumos

críticos en primer lugar para proponer mejoras en el reglamento de la ECOE, y en segundo para impulsar a través de la gestión, la implementación de este tipo de evaluación integral en las asignaturas disciplinares de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA.

Una evaluación con estas características permitiría evidenciar cómo y en qué medida el estudiantado adquiere las competencias del perfil profesional; abordando la cúspide del modelo de la pirámide de Miller, como expresión concreta de las competencias profesionales e interprofesionales, en escenarios que, mediante simulación, reproducen situaciones propias de la práctica en hospitales y comunidad. (Almodóvar et al.,2020)

Este apartado invita a realizar un recorrido y profundizar sobre conceptos, características, componentes, ventajas, desventajas de la ECOE, y su aplicación en escenarios de simulación; puesto que como menciona Rodriguez Higueras et al.,(2014) para evaluar competencias, es fundamental comprender que estas solo pueden ser valoradas en la acción. Por lo tanto, la evaluación debe centrarse en actividades que se lleven a cabo efectivamente. En este sentido, el espacio por excelencia para su implementación es el Laboratorio de Simulación.

4.1 Historia de la ECOE

La ECOE fue descrita por primera vez por Harden, Stevenson, Downie y Wilson en Escocia**,** Reino Unido**,** en el año 1975. El equipo de doctores, pertenecientes a la Universidad de Dundee, en su artículo publicado en el *British Medical Journal*, titulado *"Assessment of clinical competence using objective structured examination"*, presentaron esta innovación educativa, tendiente a contrastar con los exámenes tradicionales, que presentaban alta variabilidad entre las y los evaluadores. La metodología fue creada para evaluar de manera objetiva, planificada y estandarizada los componentes que configuraban la competencia clínica en medicina. Harden, un prestigioso médico canadiense, le dió el nombre al Objective Structured Clinical Examination (OSCE), en español evaluación (o examen) clínico objetivo estructurado (ECOE). (Harden, Stevenson, Downie, & Wilson, 1975)

Dos años más tarde empezaron a aparecer más universidades que se implicaron con esta metodología de evaluación y entre finales de 70 y principio de 80 fueron muchos los países que se iniciaron con este tipo de evaluación, entre ellos estaban Canadá, EEUU, Australia, Países Bajos, Irlanda, Suecia y Sud África. (Rodriguez Higueras et al.,2014; Zabar et al., 2013)

A partir de la década de los 90, la prueba presentó un proceso de expansión. En EEUU, la fundación Macy financió a 28 escuelas de medicina para promover la metodología. Asi mismo, varias instituciones oficiales comenzaron a incorporar esta metodología evaluativa como parte del examen oficial que otorgaba la licencia médica, entre ellas el Consejo Médico de Canadá, la Comisión de Educación para Graduados Médicos Extranjeros de EEUU y la Junta Nacional de Examinadores Médicos (Zabar et al., 2013; Rodriguez Higueras et al.,2014).

Posteriormente otras instituciones de Holanda, Reino Unido, República Checa, Francia, Nueva Zelanda, Pakistán y España, siguieron los pasos de Canadá y EEUU. Así, de acuerdo a cada país, la

ECOE fue regulada por las universidades o por las sociedades profesionales. (Rodriguez Higueras et al.,2014)

Su uso se amplió más allá de la medicina, integrándose también en otras carreras del área de la salud como fisioterapia, odontología, nutrición, dietética y enfermería, en virtud de su capacidad para evaluar de manera integral competencias profesionales en contextos especialmente clínicos (Almodóvar et al.,2020; Higuita Gutiérrez et al., 2019; Castro Yuste, 2014; Rodriguez Higueras et al., 2014)

En el campo de la Enfermería, la implementación de la ECOE fue reportada por primera vez en 1988, en Canadá. No obstante, su implementación en Latinoamérica continúa siendo incipiente, habiéndose intensificado a partir de la pandemia por COVID-19**,** en paralelo con el desarrollo y consolidación de la simulación como estrategia formativa. (Almodóvar et al., 2020; Castro Yuste, 2014)

4.2 Definiciones, aportes de las y los autores

La ECOE es un método de evaluación de la competencia clínica, poderoso para mejorar el aprendizaje de la misma; así como para establecer si las y los estudiantes alcanzaron un estándar aceptable de dicha competencia para continuar avanzando en las diferentes etapas de su proceso formativo (Martínez González & Trejo Mejía, 2018).

Higuita Gutiérrez et al.,(2019), refieren que la evaluación clínica objetiva y estructurada es una herramienta de evaluación de competencias clínicas realizada en ambientes simulados, que incluye diferentes aspectos del ejercicio profesional de las disciplinas de la salud.

La ECOE es la mezcla de todos los métodos de evaluación que se pueden aplicar para evaluar competencias. Es una herramienta capaz de explorar casi todos los niveles de la pirámide de Miller, a excepción del nivel IV, que solo se podrán medir a través de métodos directos como revisión de historias clínicas u observaciones en la práctica clínica (Durante, 2006; Miller, 1990).

Su estructura permite a las y los estudiantes roten por un circuito de estaciones secuenciales para realizar una amplia variedad de procedimientos y poner en práctica las competencias generales y especificas adquiridas en las diferentes subáreas del plan de estudio (Rodriguez Higueras et al.,2014).

Es decir, la ECOE evalúa lo que cada estudiante sabe y es capaz de hacer. El conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que, interrelacionados entre sí y con base en el razonamiento clínico, la evidencia científica y el juicio crítico, permiten un desempeño profesional eficiente y seguro. Consiste en una serie de cubículos o estaciones, en donde se plantean situaciones clínicas “simuladas” para resolver de acuerdo con las instrucciones proporcionadas (Martinez & Soto , 2018).

Armas Melián et al.,(2018), definen la ECOE como un examen práctico, que al igual que en todo examen, presenta preguntas o problemas, pero con la diferencia de que el alumnado se enfrentará a situaciones de la vida real profesional y tendrá que demostrar que durante sus estudios ha adquirido las habilidades básicas necesarias. Respecto al tipo de habilidades evaluadas, las y los autores expresan que éstas dependen de los objetivos de aprendizaje de las asignaturas, de los contenidos desarrollados, de las decisiones del equipo examinador y pueden ir desde la capacidad para recoger la anamnesis,

hasta la capacidad de redacción de informes, e incluso las habilidades prácticas. Además, teniendo en cuenta la importancia que presentan las capacidades de comunicación, también evalúa la relación que establecen con las personas y su familia, por lo que se entiende que la ECOE es un examen muy completo y potente si está bien hecho.

Respeto al momento ideal del proceso formativo, en el cual administrar este tipo de evaluación, la ECOE se puede aplicar desde las primeras fases, durante el proceso y al concluir el plan de estudios, con un propósito de aprendizaje, que permita al alumno observar sus progresos y al mismo tiempo, identificar de manera oportuna las áreas deficientes que puede mejorar. (Martinez & Soto , 2018)

Ticse (2017), en el mismo sentido, refiere que la ECOE puede utilizarse como evaluación de tipo formativa o sumativa según los objetivos planteados en los cursos. Además, menciona que para su implementación se requiere de personal docente con capacitación específica en la metodología que incluya la creación de escenarios y guiones. Remarca la importancia de que los objetivos de la prueba se encuentren alineados con los objetivos generales del curso, asignatura y la malla curricular. Expresa que está constituido por estaciones que conforman un circuito; y que en cada estación la/el estudiante se expone a un escenario que evalúa una competencia clínica y desempeños específicos en las tres áreas de la competencia: conocimiento, destrezas psicomotoras y actitudes. Además, agrega, que la ECOE, garantiza que todos los estudiantes sean evaluados en condiciones equivalentes, lo que implica que cada estación cuente con pautas específicas destinadas a guiar el desempeño del alumnado en el escenario clínico simulado, instrucciones detalladas para los pacientes estandarizados, y criterios definidos para orientar al docente en la evaluación. Concluye expresando que una ECOE cuidadosamente estructurada permite reducir la subjetividad de las y los evaluadores y garantiza la estandarización del proceso como instrumento válido y confiable de evaluación.

(Rodriguez Higueras et al., (2014) se detienen en el significado de la sigla ECOE. Evaluación, ya que evalúa los elementos que componen la competencia esperada en un/una profesional. Clínica, porque la prueba representa situaciones simuladas de la práctica real. Objetiva, porque el listado evaluativo de las respuestas correctas de los casos está determinado con anterioridad por el comité de prueba en el que participan profesionales expertos. Y Estructurada, porque el comité de la prueba válida la secuencia de las acciones que se van a realizar basándose en la metodología de la práctica reflexiva.

Spretz et al.,(2013), hacen referencia a los objetivos de la evaluación menciona, identificando cuatro: dirigir el aprendizaje del alumnado, determinar si alcanzaron los objetivos enunciados en el programa de estudios, conducir las estrategias de enseñanza/aprendizaje y asegurar a la comunidad las competencias de quienes se gradúan.

Martinez & Soto (2018), incorpora otro objetivo orientado a contribuir al fortalecimiento de las políticas de seguridad del paciente, al considerarse la ECOE como el “estándar de oro” para la evaluación de la competencia clínica en estudiantes de Ciencias de la Salud, tanto de grado como de posgrado. Esta modalidad evaluativa permite valorar de manera integral y segura múltiples habilidades clínicas, sin poner en riesgo la vida de personas reales. Su propósito último es mejorar la calidad de la

formación y de los recursos humanos que egresan para desempeñarse como profesionales al servicio de la sociedad.

Ticse (2017), agrega que la ECOE permite otorgar un feedback inmediato al alumnado de parte de la persona que asume el rol de evaluador/a. Esta ultimo aporte es importante, más si se considerara que la evaluación debe ser entendida también como una oportunidad aprender, mejorar y transferir a la futura práctica profesional.

La revisión de la literatura evidencia que numerosos autores valoran positivamente la ECOE, asegurando que es la metodología de elección si se trata de examinar, diagnosticar y monitorizar los aprendizajes y competencias clínicas desarrolladas y adquiridas durante la formación de grado en ciencias de la salud, en especial medicina y enfermería. A su vez destacan sus atributos de validez, fiabilidad y utilidad en la evaluación integral de competencias clínicas (Almodóvar et al.,2020; Ramos et al.,2019; Martinez & Soto, 2018; Rodriguez Higueras et al.,2014; Castro Yuste, 2014; Alarcón, 2013; Durante, 2006)

4.3 Características y criterios que deben cumplir los instrumentos que evalúan competencias: ECOE

Durante (2006) y Rodriguez Higueras et al.,(2014), refieren que los instrumentos para evaluar competencias deben reunir ciertas características o requisitos que den cuenta de su capacidad y calidad para medir el saber, saber ser, saber hacer:

- Autenticidad o fidelidad, es la expresión cuantitativa de la reproducibilidad con la que un instrumento mide el mismo atributo.
- Validez o exactitud, es el aspecto que muestra hasta qué punto un examen o instrumento mide realmente lo que se espera que mida. Se relaciona con los escalafones de la pirámide de Miller. Cuanto más alto se sube en la pirámide más válido será el modelo de evaluación, ya que los dos últimos representan a la competencia en su globalidad (conocimientos, habilidades y actitudes).
- Reproductibilidad, se trata de una característica métrica del test, de manera que, volviéndolo a aplicar los mismos observadores o diferentes, volverían a dar resultados iguales o similares porque han partido de unas condiciones definidas y estándares.
- Objetividad, en el sentido que el instrumento ha de comportarse de manera homogénea y “justa” para que todo el estudiantado sea medido con igualdad de oportunidades.
- Equilibrio, tienen que guardar una proporción ponderada de temas o áreas que se corresponde con el contenido del programa educativo.
- Factibilidad, se ha de disponer de recursos técnicos, humanos y económicos.
- Aceptabilidad, refiriere a la manera de estudiar del alumnado y de enseñar de las y los docentes. Es concerniente a la congruencia del proceso enseñanza-aprendizaje.
- Impacto educativo. Cómo influye la evaluación sobre el proceso enseñanza-aprendizaje. A partir de lo que se desea alcanzar (objetivos, resultados de aprendizaje y competencias) se prepara el currículo de la titulación, de la asignatura y de las estrategias pedagógicas. La evaluación será el proceso que

reflejará el resultado final de todo lo anterior.

Durante (2006), en su artículo “Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller”, describe y compara las características de las pruebas de uso más frecuentemente, considerando los criterios de confiabilidad, validez, impacto educativo y costo.

Tabla 2: Características de las pruebas según utilidad de una evaluación: (+) bajo: (++) moderado; (+++) alto.

Tipo de prueba	Confiabilidad	Validez	Impacto educacional	Costo
Opción múltiple	+++	+++ (contenido)	+	+
Puntos clave	+++	+++	++	++
Examen Oral	+	+	++	+/++
Ensayo	+	+	+	+/++
Estudio de caso	+	+	+	++/+++
ECOE	++/+++	+++	+++	+++
Mini Cex	++	+++	+++	++/+++
Porfolio	+/++	++	+++	++

Fuente: Durante (2006)

Si bien concluye, que no hay un tipo de método de evaluación de competencias que sea intrínsecamente superior a otro, claramente demostró que la ECOE es un método que puntúa alto en confiabilidad, validez e impacto educacional, aunque no así lo relacionado al costo de su implementación. Particularmente, el autor manifiesta que la confiabilidad inter-observador es alta. Este nivel se explica sobre todo por el uso de listas de cotejo y escalas globales y el entrenamiento de las y los observadores. La confiabilidad intercasos es modelada, como en cualquier prueba, especialmente si el número de casos es bajo. Presenta una alta validez de primera impresión dada la seducción que la “realidad” simulada ofrece. Mientras, la validez de contenido para la evaluación de competencias clínicas también fue alta. El uso de estaciones cortas permite la evaluación de muchos aspectos, pero limita la inclusión de casos complicados. Esto puede atentar contra la validez de contenido. Por último, el costo directo para el autor es una de las mayores limitaciones; no obstante, este dependerá del número de estaciones y del tipo de encuentros que se planifiquen: insumos, número de pacientes estandarizados, tipo de observadores, etc.

Almodóvar et al.,(2020), mencionan cuatro requisitos que debe cumplir la prueba ECOE: aceptabilidad e impacto educacional; validez y fiabilidad de los instrumentos (que mida lo que pretendemos medir); factibilidad y viabilidad de la prueba (previsión presupuestaria y disponibilidad del personal necesario); credibilidad (que una situación clínica reproduzca la realidad lo más parecido posible.

La literatura evidencia que la ECOE, en la formación de profesionales de la salud, constituye el instrumento de evaluación de competencias clínicas con mayor respaldo en términos de impacto académico, validez, objetividad, confiabilidad, aceptabilidad**.** No obstante, para garantizar dichas propiedades, resulta imprescindible un diseño y una implementación adecuados de la prueba (Alarcón, 2013; Solà et al.,2011)

4.4 Estructura, organización, y diseño de la ECOE

La ECOE es una metodología de evaluación más válida y fiable que otras formas tradicionales de evaluar los componentes clínicos de las profesiones de medicina y enfermería, pero requiere diseñar apropiadamente cada prueba. (Almodóvar et al.,2020; Alarcón, 2013; Solà et al.,2011).
Seguidamente se describirán los aspectos de la organización, estructura y dinámica a considerar, para que la ECOE sea un instrumente eficaz y de calidad, según varios autores.

4.4.1 Estructura. Circuito de estaciones

Una ECOE tiene preguntas, situaciones o problemas que reciben el nombre de "estaciones" (Armas Melían et al.,2018). Las estaciones representan un circuito por el que las y los estudiantes son evaluados. En cada estación se plantea situaciones posibles que la/el futuro profesional enfrentará en su práctica diaria (Martinez & Soto , 2018).
Desde un punto de vista organizativo, las estaciones se suceden como una especie de gymkana, que integran contenidos teóricos y prácticos a través de desafíos sucesivos; de tal manera que se va pasando de una a otra hasta realizar el circuito completo. Para llevar a cabo el circuito se da un tiempo fijo igual para todas las estaciones (Armas Melián et al.,2018)
Martinez & Soto (2018), refieren que dentro de las estaciones siempre hay uno o dos evaluadores, quienes registrarán el desempeño del alumno. Además, describen y diferencian en dos, los tipos de estaciones: estáticas y dinámicas. En las estaciones estáticas no hay paciente, sino que están dirigidas a que el alumnado demuestre habilidades como son la interpretación de una situación, búsqueda en bases de datos o un análisis de trabajos de investigación, entre otros. En las estaciones dinámicas se evalúan diversas actividades como son: anamnesis, valoración, técnicas de exploración, tratamiento, plan de cuidado de una persona, procedimientos. El término dinámico se refiere principalmente a que existe interacción o relación entre la/el futuro profesional de la salud (estudiante) y la persona o familia (usuario). Este último puede estar representado por un simulador o por un "paciente estandarizado", es decir una persona que actuará o simulará tener algún problema de salud (Ticse, 2017)
Almodóvar et al.,(2020), de igual modo, al describir la metodología de evaluación en circuitos de estaciones, refiere que cada una de ellas presenta una situación de partida, una o varias tareas llamadas competencias o habilidades, que el/la estudiante tiene que realizar. Estos autores refieren que la redacción de los casos clínicos es el primer paso para elaborar el contenido de la ECOE, y también el más complejo. En este momento, el equipo docente debe adaptar la situación clínica para poder evaluar las competencias y habilidades de ese grupo particular de estudiantes de acuerdo a su trayectoria académica: anamnesis, exploración física, comunicación, ético-legal, profesionalismo, técnicas y procedimientos, juicio clínico y cuidados (Almodóvar et al.,2020)
Todos los casos que forman parte de una ECOE se deben complementar de tal manera que permitan evaluar una muestra representativa las competencias clínicas planteadas en el plan de estudios. Lo más frecuente es que a partir de una situación clínica planteada se elabore un caso; el mismo se utilizará en una sola estación. (De Serdio, 2009), menciona criterios para seleccionar de los casos que se abordaran

en cada escenario: a) deben ser situaciones de la práctica diaria contempladas en las asignaturas, b) tratarse de problemas de salud prevalentes en la población en las que una intervención correcta influya de manera significativa en la salud de las personas, c) que el caso contribuya a evaluar varias habilidades, conocimientos o actitudes y d) que los recursos materiales y humanos sean suficientes para realizar el caso.

Rodriguez Higueras et al., (2014) describen el formato básico de la ECOE en correspondencia con el nivel III de la pirámide de Miller: "saber mostrar". Al circuito de estaciones secuenciales, por el cual las y los estudiantes rotan para resolver diferentes situaciones clínicas estandarizadas, lo llaman "rueda". Cada estación está diseñada para evaluar competencias generales y específicas mediante tareas prácticas que simulan escenarios reales. En cada estación el alumnado debe aplicar diferentes conocimientos, habilidades y actitudes. Así se evalúan varios componentes competenciales simultáneamente. El caso se refiere al problema clínico y la estación implica un conjunto específico de tareas que se está evaluando. Cada participante inicia su prueba en una estación distinta, pero todos empiezan al mismo tiempo y las situaciones suelen ser de igual duración para que las y los alumnos salgan y entren a la vez de cada una de ellas. La rueda admite tantos estudiantes como escenarios tiene la prueba. Si hay que examinar a más estudiantes hay que repetir la rueda el mismo día o días sucesivos si es necesario; o realizar réplicas de la rueda simultáneamente, tantas como recursos físicos y humanos se dispongan. Este hecho de cercanía en la réplica de la prueba sirve para mantener al máximo las condiciones de equidad, objetividad y confidencialidad de la prueba.

Respecto al espacio físico, se recomienda realizarlo en hospitales donde las y los estudiantes desarrollen el aprendizaje práctico; o en la universidad, en sus laboratorios de simulación, los cuales deben tener ambientes lo más cercanos a la realidad del escenario clínico que se desea evaluar (Ticse, 2017); como es el caso de la UNNOBA.

4.4.2 Organización. Etapas del Examen Clínico Objetivo Estructurado según autores.

Atendiendo las generalidades, las y los autores de la literatura consultada, coinciden en la mayoría de las etapas que constituyen el proceso de implementación de una ECOE, que va desde la organización hasta la ejecución y retroalimentación.

Seguidamente se presentarán diferentes modelos de protocolos de ECOE. Rodriguez Higueras et al.,(2014), constituye una buena síntesis de los pasos que deben estar presentes para garantizar la calidad de la prueba. Para comenzar con el diseño de la ECOE, una comisión creada para tal fin o la propia dirección de la carrera, dependiendo de la finalidad que tenga la prueba, escoge y define (si previamente no se han definido) las competencias a valorar, ya que toda la estructura gira entorno a ellas. Seguidamente, se realiza un listado de los casos clínicos, con incorporación o no de pacientes estandarizados o simuladores, en función del programa docente, la relevancia clínica y el nivel de dificultad que se busca en la prueba. Cada caso clínico de la ECOE está diseñado para medir diferentes competencias. De esta manera, al finalizar la prueba se obtiene un sumatorio de las competencias y logros del estudiantado

Martinez & Soto (2018), de igual modo inician el proceso de la ECOE con la constitución de una comisión o comité de prueba. Sugieren que las y los profesionales de la salud que integren ese Comité presenten reconocida experiencia en los conocimientos, habilidades y actitudes que se buscan evaluar. Señalan que, además de ser expertas/os en su área, es fundamental que las y los evaluadores posean formación específica en evaluación por competencias. Asimismo, la capacitación resulta un requisito indispensable para el personal responsable de la organización, planificación y aplicación del examen, con el fin de asegurar la comprensión de sus objetivos, la utilidad, las características del examen que se aplicará y los criterios de evaluación en ese contexto institucional; puesto que este Comité es el responsable de otorgar los resultados del examen y de garantizar su confidencialidad, así como de definir el número de estaciones que lo conformarán, que pueden oscilar entre 8 a 18 escenarios. Subrayan que las competencias que se evaluarán en el ECOE deben ser congruentes con el perfil de egreso y con los programas académicos que se señalan en el plan de estudios vigente, para lo cual, es necesario que la Comisión trabaje en la elaboración de un documento denominado tabla de especificaciones. Esta tabla contiene los temas a evaluar en el ECOE, así como las competencias que se esperan del alumnado en cada tema. Una vez resulta esta etapa, se deberán elaborar los denominados *casos* que se van a plantear para cada estación. Para este momento, es necesario contar con la participación de profesionales, de preferencia docentes (de las asignaturas en cuestión), que propongan y elaboren los casos que servirán para evaluar a las y los alumnos. Con el objetivo de que los casos compartan ciertas características, por lo general, se maneja el mismo formato para todas las estaciones respecto a: forma de plantear la situación, duración, instrucciones para evaluadores como para participantes, así como los instrumentos de evaluación que se utilizarán. Existen dos criterios esenciales para elaborar los casos: deben partir de una situación real y deben permitir evaluar uno o varios atributos de la competencia clínica planteada en el perfil de egreso. (Martinez & Soto , 2018)

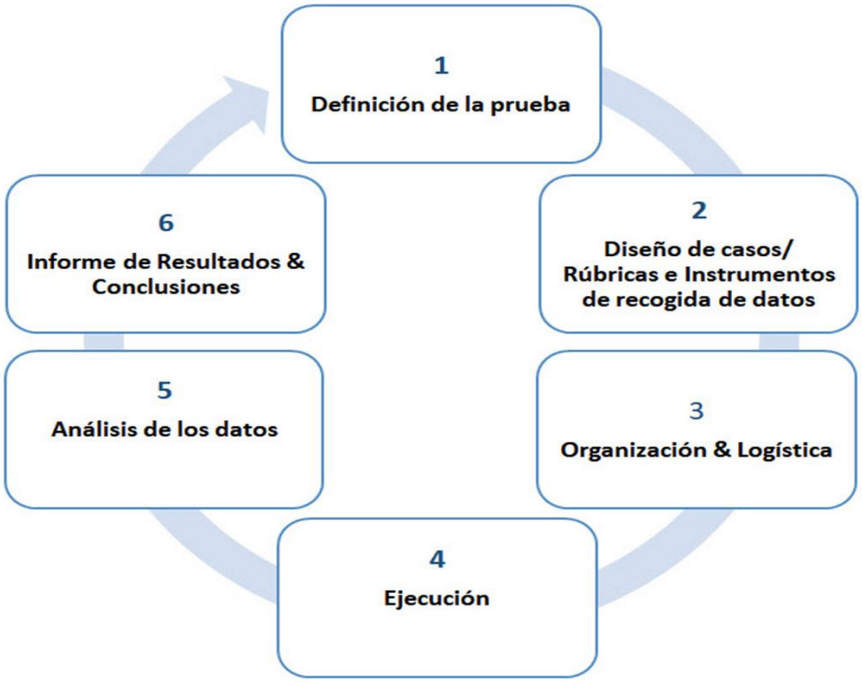
Ilustración 2: Etapas de un Examen Clínico Objetivo Estructurado

Fuente: Martínez & Soto (2018)

Otra literatura consultada, ha sido el "Manual para preparar pruebas ECOE de enfermería". Dicho manual constituye una herramienta valiosa para los equipos docentes que se inician en la implementación de este tipo de evaluación en carreras de Enfermería, dado que facilitan las bases para definir los objetivos de aprendizaje, la descripción del caso, el desarrollo de la simulación clínica, los recursos necesarios, el diseño de las rúbricas de evaluación, el análisis de los resultados y las pautas de retroalimentación para la/el estudiante (Almodóvar et al.,2020)

Sus autores, mencionan seis fases, cada una encaminada a brindar gestión, soporte y apoyo al conjunto de la prueba. Para llevar a cabo la ECOE, señalan necesario conformar una Comité de Prueba, que será el responsable de definir la misma (Fase 1), y de guiar todo su proceso (Fase 2 a 6). Para cada una de las fases, asignan responsabilidades y tareas a fin de garantizar tanto una evaluación eficaz como una experiencia positiva del alumnado, el profesorado y los demás participantes de la misma.

Ilustración 3: Fases del Diseño de la ECOE



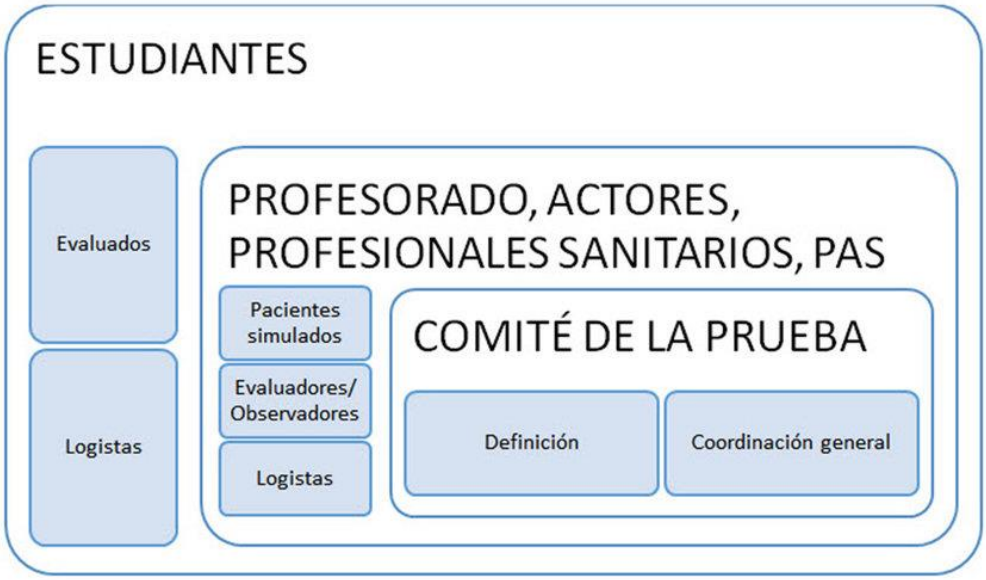
Fuente: Almodóvar et al.,2020

Recomiendan un número de estaciones, entre 6 y 20. Respecto a la persona a desempeñar el rol de evaluador/a, sugieren un profesional sanitario (ej. enfermero/a activo) o un profesor/a no conocido por el/la estudiante para reducir la posibilidad de sesgos. Coinciden con las y los anteriores autores respecto a la importancia de entrenados para llevar a cabo dicha labor.

Adicionalmente proponen, incorporar un observador asistente, que colabore con el evaluador en aspectos informativos y logísticos generales. Respecto a la evaluación de la competencia de comunicación recomiendan realizarla con pacientes estandarizados.

Un aspecto a considerar, aconsejado por estos especialistas, es contar con un banco de evaluadores y de actores/actrices, para que puedan ir haciendo relevo y evitar así, el cansancio tras horas de concentración sobre situaciones repetitivas. Esta condición de desgaste en el evaluador y/o paciente simulado, puede ser fuente de sesgos de información y clasificación, por lo que es importante prevenirlas. De no contarse con la opción del relevo, sugieren prever un tiempo de descanso y recuperación a mitad de prueba.

Ilustración 4: Personal necesario para realizar la ECOE y roles.



Fuente: Almodóvar et al.,(2020)

Respecto a la estructura básica de los casos clínicos, Martinez & Soto (2018), menciona:

1- Formato para el estudiantado: instrucciones que debe seguir la/el estudiante para resolver el caso.

2- Formato para evaluadores: instrumento de evaluación que puede ser una rúbrica o una lista de cotejo. La rúbrica es un documento en el que se definen ciertos aspectos a evaluar en cada alumna/o. Puede haber tres o cinco opciones que van desde un desempeño inadecuado hasta un desempeño excelente, con rangos intermedios. En la lista de cotejo se describen las actividades que debe haber realizado el alumnado. Por ello, es importante que los instrumentos hayan sido revisados por expertos y probados en un pequeño grupo de estudiantes similares a los que serán evaluados.

3- Material para pacientes estandarizados: guion o libreto en el que se explica a la persona que simulará ser paciente, el padecimiento que debe manifestar, así como los signos y síntomas, además de algunas características personales. Todo esto con la finalidad de que el caso que se presenta sea igual para cada participante y evitar que las diferencias en los resultados se deban a diferencias de cómo se desempeña el paciente estandarizado. En las estaciones estáticas solamente se necesitan dos formatos, la del estudiante y la del evaluador, aunque en algunos casos se pueden necesitar materiales de apoyo (radiografías, resultados de laboratorio, registros, historia clínica, hojas de indicaciones médicas, etc.).

4- Prueba piloto. Antes de aplicarlo hay que probarlo, así que por lo general se aplica a un grupo de estudiantes lo más parecido al grupo al que va dirigido. Esto se hace con la finalidad de identificar problemas de congruencia dentro del caso, así como preguntas que estén mal redactadas, mal planteadas o sean confusas.

5- Implementación: realizadas las modificaciones pertinentes, el instrumento de evaluación ya podrá aplicarse a las y los alumnos. Los resultados se registrarán en una base de datos para analizarla posteriormente. Los resultados de la prueba deben ser analizados por el equipo docente o bien, por las y los integrantes del comité de prueba, para que posteriormente se den a conocer los resultados a las y los alumnos y a las autoridades correspondientes.

6- Retroalimentación. Es muy importante la realimentación que se les brinda a las y los alumnos, ya que les permite identificar sus áreas de oportunidad y le brinda la posibilidad de corregir los errores y mejorar su práctica profesional futura. En ocasiones, se elabora un reporte donde el alumnado puede revisar su desempeño en el examen. Cuando se trata de un ECOE que no tiene como finalidad la titulación del estudiantado, la obtención de un grado o algo similar es conveniente que después de realizar el examen, el equipo de profesores tenga una sesión con sus alumnas/os en donde se comenten los resultados y se den las conclusiones acerca del ejercicio realizado. Uno de los aspectos que hace diferente al ECOE en comparación con otras pruebas, según estos especialistas, es que no se trata solamente de llegar al diagnóstico o de dar el tratamiento adecuado, sino de valorar cómo llegaron al diagnóstico; es decir, evaluar el razonamiento clínico utilizado para resolver el problema, con lo que se tiene evidencia del grado de desarrollo de las competencias clínicas evaluables propuestas en el plan de estudios.

Martínez González & Trejo Mejía (2018), presentan un procedimiento compuesto por doce etapas. Para planear y ejecutar la ECOE, también proponen conformar un comité integrado por profesionales de la disciplina con sólida experiencia y trayectoria clínica, capacitados en el ECOE y que hayan participado en al menos tres experiencias de evaluación con esta estrategia como evaluadores y en la elaboración de las estaciones al nivel de solución de problemas más frecuentes.

Si bien los criterios de las etapas y sub etapas coinciden con los propuestos por otros autores, se pondrá especial énfasis en aquellas que aportan una comprensión más significativa del procedimiento de la ECOE.

Ilustración 5: Comité de ECOE. Adaptada de Downing SM.

Fuente: Martínez González & Trejo Mejía (2018)

Los pasos son los siguientes:

PASO 1. Planeación general del examen. Establece las responsabilidades de comité. Desde planear y coordinar el diseño de las estaciones hasta seleccionar y capacitar evaluadores y pacientes estandarizados.

PASO 2. Definición de contenido de cada estación con base en el perfil de referencia del programa académico.

PASO 3. Especificaciones de la prueba e instrumento de evaluación. Aconsejan 9 estaciones, con duración de 15 minutos cada una. Los autores proponen estaciones dinámicas, y la utilización de pacientes simulados estandarizados y modelos anatómicos.

PASO 4. Desarrollo de las estaciones. Consideran: la estación, es decir**,** el escenario de evaluación. La capacitación de las y los evaluadores y pacientes estandarizados. La elaboración de rúbricas en formato electrónico o físico. Los insumos, mobiliarios y equipamientos tecnológicos que se requieren en cada estación. Y el instrumento que cada estudiante recibe con la consigna que detalla la actividad a realizar en cada escenario.

PASOS 5 Y 6. Diseño de la ECOE y producción. En estos pasos se establecen los criterios de la prueba piloto, que tiene por propósito realizar una revisión final a las estaciones para afinar detalles y corregirlos ante de su implementación. Una vez que las estaciones son probadas y editadas, se revisan todos los formatos y se verifica que todos los materiales y recursos necesarios estén disponibles para el desarrollo del examen en el día de la prueba. Finalmente se imprimen los materiales con medidas de seguridad asociadas.

PASO 7. Aplicación del examen. Este paso refiere a la admisión de las y los estudiantes el día de la prueba. Establece, que deberán llegar una hora antes del inicio del examen. No se permite el ingreso a la ECOE con celulares u otros dispositivos electrónicos. Media hora previa al examen, se las y los conducirá al laboratorio donde el/la coordinador/a les otorgará la información de la dinámica del examen, con el propósito de que las condiciones sean uniformes y similares para todos las y los examinados. El examen tendrá una duración total de 150 minutos, 15 minutos por estación

Además, dispone que las y los evaluadores deben llegar al examen también con una hora de anticipación, momento en el cual se les hará la entrega del material necesario para el desarrollo de la estación asignada. Deberán identificar a cada estudiante y registrar en la rúbrica el nivel de desempeño en cada competencia clínica detallada.

Asimismo, el protocolo establece regulaciones del examen y reglas de conducta. En este sentido, las y los docentes y personal de apoyo logístico, deberán monitorizar al estudiantado a lo largo del examen para asegurar que no haya conductas irregulares. Todos los materiales del examen pertenecen a la Facultad o Escuela y deberán mantener la confidencialidad de los mismos.

PASO 8 y 9. Calificación del examen y análisis estadístico. Estos autores, consideran conveniente que se incorporen estadísticos de apoyo que se encarguen del proceso de análisis de los datos, para obtener mayor confiabilidad en los resultados. Respecto a la interpretación de sus resultados, este deberá reflejar el nivel de competencia clínica por dominios y una calificación global. Si el examinado alcanza una calificación arriba del nivel de pase, será aprobado.

PASO 10. Reporte de los resultados. El reporte de calificaciones incluye la calificación de cada estudiante (estadística descriptiva) y medidas de dispersión tales como la desviación estándar y el error estándar de la medición. Esta información individual da al estudiante los datos que reflejan su desempeño en el examen y dónde se encuentra, él o ella, en comparación con el grupo, y los objetivos

de aprendizaje. También debe elaborarse un reporte global con los principales resultados del ECOE, para ser analizados por el Comité del ECOE, las y los evaluadores y las autoridades académicas.

PASO 11. Banco de casos para estaciones. Es conveniente desarrollar un sistema de banco de casos clínicos para estaciones, con los siguientes apartados: a) preparación de casos nuevos, b) almacén de casos, y c) mantenimiento histórico de los casos.

PASO 12. Finalmente, consideran un reporte técnico del examen con el fin de resguardar todas las evidencias documentales de este examen.

Martínez González & Trejo Mejía (2018) afirman que aplicar esta metodología de manera sistemática en la formación en enfermería, siguiendo los pasos aquí expuestos, permite obtener múltiples fuentes de evidencia que respaldan la validez para apoyar o refutar la interpretación de los resultados del examen. Asimismo, contribuye a garantizar su confiabilidad para evaluar, de forma objetiva, el nivel de competencia clínica de las y los estudiantes, promoviendo no solo la justicia en la evaluación, sino también la seguridad y el bienestar de las personas que reciben cuidados.

4.4.3 Reglamento y protocolo de la ECOE, en la Carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA

La literatura previamente citada fue tomada como referencia por el equipo de investigación para orientar la toma de decisiones y elaborar el Reglamento y Protocolo de la ECOE, así como también la matriz de competencias correspondiente a cada asignatura del área profesional de la carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH-UNNOBA. El proyecto fue aprobado por el Consejo Superior de la Universidad, Resolución (CS) 2146/2022; y mientras la reglamentación y protocolo de ECOE aprobado por Resolución (D. IADH) N°63.

El reglamento tiene por objetivo, normatizar la planificación, ejecución y seguimiento de la ECOE conforme a los lineamientos institucionales; y por finalidad orientar a la comunidad educativa sobre esa metodología, utilizada para valorar las competencias profesionales adquiridas mediante un formato estructurado que replica situaciones reales de cuidado. De allí que su ámbito de desarrollo son los Laboratorios de Simulación del IADH de la UNNOBA.

El Reglamento, establece la constitución de dos comités: un Comité Ejecutivo y un Comité Operativo. Según los artículos 3 y 4, las y los miembros del Comité Ejecutivo serán designados por resolución de la Dirección del IADH**,** y presentarán funciones estratégicas, entre las que se destacan:

- Definir las subáreas de conocimiento a evaluar (asignaturas, programas, unidades).
- Determinar las competencias a evaluar en cada espacio curricular (asignaturas, programas, unidades), de acuerdo a los objetivos de aprendizaje.
- Definir la población determinar la fecha de realización, convocar a estudiantes.
- Establecer el número mínimo y máximo de estaciones por asignatura.
- Capacitar y asesorar a las y los docentes en la metodología a implementar.
- Observar y hacer observar el correcto desarrollo del Protocolo de evaluación.

El artículo, 5 y 6, hace referencia al Comité Operativo. Órgano responsable de priorizar y seleccionar los contenidos, es decir los temas de la prueba de acuerdo a los objetivos de aprendizaje de las asignaturas; diseñar y ejecutar los circuitos y escenarios de evaluación.

El reglamento, establece que esta Comisión estará conformada por los propios equipos docentes de las asignaturas, articulando con los departamentos docentes; y con el apoyo del personal no docente del IADH.

El artículo 7, sobre las y los estudiantes. Establece que la selección del estudiantado, será de acuerdo a criterios establecidos por el Comité Ejecutivo. A su vez, el reglamento determina que las y los estudiantes deberán firmar y respetar un contrato de confidencialidad y ficción, mediante el cual se comprometen a no divulgar bajo ninguna circunstancia información relacionada con los contenidos, consignas, escenarios, desempeños u observaciones surgidas durante el desarrollo de la ECOE.

Este compromiso tiene como finalidad garantizar la equidad entre estudiantes, proteger la integridad del proceso evaluativo, y preservar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

El acuerdo de confidencialidad es práctica habitual en la sesión informativa previa. Algunos autores, mencionan que el contrato puede formalizarse mediante la firma de un acuerdo de confidencialidad (caso UNNOBA) o mediante un acuerdo verbal (Madireddy & Rufa, 2023)

Madireddy & Rufa (2023), refieren que la confidencialidad es esencial para establecer y mantener la seguridad psicológica. Los grupos que tienen un acuerdo de confidencialidad tienen mayor probabilidad de discutir y analizar sus acciones durante la sesión sin temor a ser ridiculizados. Además, mantener la confidencialidad sobre el contenido y tema del escenario también permite al profesorado reutilizarlo para otros grupos de estudiantes.

El contrato de ficción es un acuerdo entre el equipo docente, y las y los participantes. En este contrato, la/el docente es responsable de crear un entorno simulado lo más real posible. Las y los participantes aceptan desempeñar un papel activo, asumiendo que el escenario es real. Un contrato de ficción ayuda a centrarse en los objetivos de aprendizaje y/o evaluación en lugar de culpar a la simulación si los participantes sienten que no han tenido un buen desempeño. Esta colaboración contribuye a generar seguridad psicológica para quien es evaluado/a (Madireddy & Rufa, 2023)

En ese mismo sentido, Almodóvar et al.,(2020), señalan que el acuerdo de confidencialidad y ficción busca resguardar el carácter formativo de la experiencia, asegurando que cada estudiante pueda enfrentarse a los desafíos clínicos planteados sin haber sido previamente expuesto a información privilegiada. Tal como señalan, el respeto por la confidencialidad en las pruebas ECOE es un principio fundamental para asegurar la objetividad y la justicia en el proceso evaluativo.

El artículo 8, refiere a la Coordinación del Laboratorio de Simulación y sus funciones, considerando que la ECOE en la UNNOBA se desarrolla en este espacio académico. El reglamento establece, que la coordinación es responsable de supervisar el adecuado cumplimiento del reglamento de laboratorio vigente.

El artículo 9 y 11, refieren especialmente al rol y funciones de las y los evaluadores. Cada estación contará con dos evaluadores (docentes) externos a la asignatura. La incorporación del segundo

evaluador tiene por finalidad de garantizar objetividad y reducir sesgos. El reglamento establece como condición, que las y los docentes que cumplan este rol, acrediten capacitación en la metodología, aspecto este presente en todos los reglamentos. Es función de las y los evaluadores registrar, mediante una lista de cotejo, el nivel de desempeño observado en cada estudiante en relación con las competencias evaluadas. En este caso la UNNOBA se emplea una rúbrica basada en una escala tipo Likert de cuatro niveles: muy bien (logrado en gran medida), bien (moderadamente logrado), regular (muy poco logrado) y mal (no logrado/no lo realizó). Finalizada la experiencia y de manera conjunta con el equipo docente de la asignatura, las y los evaluadores deberán ofrece una retroalimentación formativa al estudiantado.

En lo que respecta al protocolo de ECOE de la Carrera de Enfermería de la UNNOBA, este se estructura en dos fases: planificación y ejecución. Cada fase cuenta con procedimientos específicos que garantizan la validez y confiabilidad del proceso evaluativo.

Fase I: Planificación. Tiene como finalidad el diseño técnico, organizativo y pedagógico del examen ECOE. Involucra la participación activa de los equipos docentes de las asignaturas del área profesional, y puede incluir además docentes de las áreas humanísticas y biológicas. Incluye los siguientes pasos:

1. Convocatoria de los equipos docentes responsables de las asignaturas con fuerte componente teórico-práctico para iniciar la construcción del ECO.
2. Diseño de los escenarios por asignatura. La cantidad de escenarios, que propone el protocolo oscila entre 3 y 5 por asignatura. El circuito procura una evaluación progresiva e integral, que permita observar la totalidad de los aprendizajes y competencias esperados para esa asignatura. Cada equipo docente diseña una secuencia de estaciones que representan conocimientos y competencias relevantes. Estas estaciones combinan diferentes instrumentos de evaluación, que pueden varias desde pruebas escritas hasta escenarios clínicos que impliquen simulación clínica de habilidades (Zona 1), o resolución de casos clínicos con simulación de mediano y alto realismo (Zona 2). Los escenarios con simulación, incluyen tecnologías educativas (simuladores de parte o cuerpo entero), y/o pacientes estandarizados, para proporcionar mayor realismo. En el caso de decidir incluir en el escenario pacientes estandarizados, los actores y actrices deberán demostrar compromisos en la representación del rol asignado; y ajustarse a los criterios de guión presentado por el equipo docente.

Diseño de guía de simulación: Para cada estación se elabora una guía detallada que incluye: nombre de la asignatura; definición del escenario (nombre del escenario que oriente la actividad); consigna; tiempo de realización; objetivos (cognitivos, procedimentales y actitudinales); recursos: físicos (sala de alto realismo, mediano realismo o habilidades), mobiliario necesario para la ambientación requerida, humanos (pacientes estandarizados y perfil), equipamiento y tecnologías (descripción de las características de los simuladores, y otros equipos necesarios), insumos (materiales biomédicos), mobiliario hospitalario. Además, se establecen los instructivos a elaborar dirigidos a: estudiantes (consigna para el estudiantado), pacientes estandarizados (libreto para actores y actrices), y evaluadores (lista de cotejo con las competencias y rúbrica).

3.Determinación de competencias a evaluar. Las competencias se seleccionan como ya se ha mencionado, considerando la clasificación de Rodríguez Higueras et al.,(2014), basada en las recomendaciones del Proyecto Tuning para América Latina (2007) y El Libro Blanco, ANECA(2004). Se agrupan en seis grupos:

- Competencias asociadas con valores profesionales,
- Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas,
- Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos,
- Conocimiento y, competencias cognitivas,
- Competencias interpersonales y de comunicación, y
- Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo.

Cada competencia seleccionada para su evaluación en los distintos escenarios de la ECOE es ponderada en una matriz, mediante la asignación de un valor porcentual. Esta asignación se realiza en función de dos criterios fundamentales: por un lado, los objetivos de aprendizaje definidos para la asignatura correspondiente; y por otro, el grado de desarrollo y dominio esperado en cada competencia, según el nivel de formación en que se encuentren las y los estudiantes. Esta ponderación permite establecer un criterio de evaluación diferenciado, que respeta la especificidad de cada asignatura y orienta la valoración hacia un juicio más preciso y equitativo del desempeño clínico

3. Convocatoria de estudiantes. Se realiza por medios institucionales, según lo previsto por el Comité Ejecutivo.

4. Prueba piloto. **C**on anterioridad a la implementación formal de la ECOE, el protocolo prevé una prueba piloto a pequeña escala. Esto permite identificar posibles dificultades logísticas, técnicas o metodológicas. Esta instancia de simulacro de la ECOE, tiene como propósito como evaluar la validez de los instrumentos diseñados, la pertinencia y factibilidad de los procedimientos metodológicos definidos para la recolección de datos, así como verificar la viabilidad operativa y la duración estimada de los escenarios. A partir de los resultados obtenidos, el equipo docente realiza los ajustes necesarios con el fin de optimizar el desarrollo de la evaluación en su fase definitiva.

Fase II: Ejecución.

La fase de ejecución contempla la implementación efectiva del circuito evaluativo en los Laboratorios de Simulación del IADH. Su propósito es observar de manera objetiva el desempeño de las y los estudiantes. Los pasos que integran esta etapa son:

2- Firma del contrato de confidencialidad y ficción. Las y los participantes suscriben un acuerdo formal que contempla dos compromisos fundamentales. Por un lado, se comprometen a mantener la confidencialidad respecto del contenido y desarrollo del examen, resguardando así la equidad entre cohortes. Por otro, asumen el compromiso de actuar durante la simulación con el mismo profesionalismo y comportamiento ético que se estarían desempeñándose en una situación clínica real.

3- Presentación de los escenarios. Las y los evaluadores brindan a las y los estudiantes información general sobre el circuito.

4- Desarrollo de los escenarios clínicos. Las y los estudiantes transitan las estaciones, enfrentando situaciones clínicas simuladas que requieren la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes.

5- Observación no participante de las y los evaluadores. Cada estación cuenta con dos evaluadores externos al equipo docente de la asignatura. Su rol es observar sin intervenir, asegurando objetividad y reduciendo posibles sesgos. La ubicación de los evaluadores en cada escenario es determinada estratégicamente por el equipo docente responsable del diseño de los escenarios, con el propósito de garantizar una observación completa del desempeño estudiantil, evitando puntos ciegos que puedan comprometer la validez de la evaluación.

6- Registro en lista de cotejo y rúbrica**.** Las observaciones de cada evaluador/a se registran mediante herramientas previamente validadas, que califican el desempeño bajo criterios específicos. Para ello se utiliza una escala tipo Licker: Muy bien, Bien, Regular, Mal.

7- Devolución y retroalimentación. Al finalizar la evaluación, las y los estudiantes reciben retroalimentación formativa inmediata, a cargo de las y los sus evaluadores, y equipo docente de la asignatura.

8- Cierre pedagógico y administrativo:

a. Se entregan las planillas al Comité Ejecutivo.

b. Se reacondicionan las estaciones.

c. Las y los estudiantes completan una encuesta de satisfacción.

d. Redacción del informe individual de cada estudiante, y comunicación vía correo institucional.

El protocolo, pretende no sólo evaluar competencias profesionales específicas y generales de manera estructurada y válida, sino que también actúa como dispositivo formativo, promoviendo la reflexión crítica del estudiantado y fortaleciendo los vínculos pedagógicos. A través de la articulación entre el nivel de gestión de la carrera, los equipos docentes, evaluadores y personal técnico, el modelo propuesto por la UNNOBA representa una experiencia significativa de innovación evaluativa en el campo de la educación superior en salud a nivel institucional.

4.5 Ventajas y desventajas de aplicar la ECOE

4.5.1 Ventajas

Entre las ventajas de la ECOE como metodología de evaluación, Higuita Gutiérrez et al.,(2019) destacan la validez, confiabilidad y versatilidad; aspectos que permiten trascender las formas de evaluación tradicionales, caracterizadas por su subjetividad y la utilización de instrumentos no estandarizados, usualmente centrados en los conocimientos teóricos, excluyendo habilidades y actitudes.

Ticse (2017), entre las ventajas, destaca la posibilidad de generar escenarios estandarizados para todo el estudiantado, ya que las situaciones pueden repetirse tantas veces como sea necesario. Esto contribuye a disminuir significativamente la subjetividad del evaluador y garantiza condiciones de

evaluación equitativas. Asimismo, permite recrear situaciones clínicas poco frecuentes o de emergencia, facilitando la demostración de habilidades específicas sin poner en riesgo la seguridad de personas reales ni incurrir en posibles conflictos legales. Otra fortaleza es la posibilidad de brindar retroalimentación inmediata al estudiantado por parte del evaluador y de los pacientes simulados, lo cual favorece la evaluación de un conjunto amplio de competencias. Las estaciones pueden adaptarse al nivel de habilidad que se pretenda evaluar, lo que flexibiliza su implementación.

4.5.2 Desventajas

Entre las desventajas, se han descrito factores que afectan el desempeño del estudiantado durante la prueba: elevados niveles de preocupación, ansiedad y estrés, corto tiempo para su resolución (Higuita Gutiérrez et al.,2019).

Martinez & Soto (2018) agregan la significativa inversión de tiempo, esfuerzo, recursos humanos y materiales. Refieren que la implementación de la ECOE exige no solo el compromiso institucional, sino también la participación activa y responsable de todos los actores involucrados en su desarrollo.

En ese mismo sentido, Ticse (2017) señala tres: la planificación rigurosa, el alto costo económico asociado y la demanda de recursos humanos y materiales especializados.

5.La simulación clinica, como técnica para el desarrollo de la ECOE

De acuerdo con lo establecido en el reglamento y protocolo del IADH de la UNNOBA, la ECOE debe llevarse a cabo, apoyado por la técnica de simulación clínica en el Laboratorio de Simulación, conforme a los lineamientos institucionales.

Los laboratorios de simulación son espacios educativos donde se recrean situaciones sanitarias de cuidado estandarizadas, con distintos grados de fidelidad, de acuerdo con las tecnologías y recursos materiales disponibles; son herramientas potentes para el desarrollo y adquisición de competencias, que todo alumno/a de Enfermería debería lograr antes de entrar en contacto con el paciente y en concreto con la actividad propia del enfermero/a en el campo asistencial (Rodriguez Higueras et al.,2014). En los laboratorios de simulación, a través de escenarios de simulación clínica el alumnado integra y pone en práctica conocimientos, manipula, experimenta, descubre, toma decisiones, se equivoca, en definitiva, aprende.

La simulación clínica es una estrategia didáctica y evaluativa que se ha desarrollado de manera vertiginosa desde mediados del siglo XX y está considerada como parte fundamental de los currículum de las ciencias de la salud, debido a su utilidad en el desarrollo de las competencias profesionales de la salud, al cambio de paradigma en el cual se deja de centrar la educación en la enseñanza y pasa a centrar su atención en el aprendizaje y la consideración que se tiene de la simulación en la actualidad, como un criterio de calidad educativa. (Chanatasig Villacis et al.,2020)

Durante los últimos 20 años, el uso de simuladores se ha extendido de forma progresiva en todo el mundo como un método de educación para mejorar la formación de los profesionales de la salud en todas las etapas de su continuum educativo y como una forma de promoción de la seguridad de los

pacientes y así evitar los errores prevenibles. Cualquier docente puede utilizar la ayuda de simuladores con el fin de estimular y favorecer el aprendizaje simulando en lo posible en un escenario clínico más o menos complejo con características similares al entorno real (Chanatasig Villacis et al.,2020).

En este apartado se desarrollarán definiciones, usos, ventajas y modelos de simulación, para comprender el contexto de desarrollo de la ECOE en la UNNOBA.

5.1 Definición de simulación clinica

Existen múltiples definiciones de simulación clinica a lo largo de los años.

Gaba (2007), refiere que la simulación clínica es una técnica de enseñanza que apunta a complementar o ampliar las experiencias reales con un sistema interactivo, en base a la realidad cotidiana, puesto que permite representar situaciones clínicas diversas y cambiantes. Además de aprender a tratar y/o cuidar al paciente, se aprende a vivenciar un escenario y a controlar la ansiedad, con lo que mejora la calidad de la asistencia y el nivel de confianza de la población. Las experiencias de la simulación deben ser consistentes, reproducibles, estandarizadas, seguras y predecibles para facilitar el aprendizaje significativo del estudiantado

La OMS (2010), desde hace más de una década declara la Simulación Clínica como una estrategia educacional que prepara a estudiantes y profesionales del área de salud para trabajar en equipos interprofesionales, optimizando sus habilidades y conocimientos para una práctica colaborativa eficaz.

Decker (2012), señala que la simulación consiste en el desarrollo de situaciones similares a las de la vida real mediante diferentes recursos materiales, permitiendo a las y los participantes aprender habilidades específicas y competencias técnicas, procedimentales y profesionales como el trabajo en equipo, la comunicación, la toma de decisiones y el pensamiento crítico.

Ticse (2017), la define como una situación o escenario diseñado para que las personas experimenten la representación de un acontecimiento real con la finalidad de aprender, practicar, integrar, evaluar, probar o adquirir conocimientos de respuestas y conductas humanas.

Bordogna et al.,(2017), amplían la definición. Refieren la simulación es una técnica de enseñanza centrada en el aprendizaje basado en competencias, que promueve el desarrollo cognitivo, actitudinal y psicomotriz del alumnado; incluye tecnologías de la información y comunicación; y ayuda a vencer los retos de la docencia en ciencias de la salud. Agregan, que las experiencias de la simulación deben ser consistentes, reproducibles, estandarizadas, seguras y predecibles para facilitar el aprendizaje significativo. Y afirman que esta técnica responde a los cuestionamientos que nacen de la búsqueda y construcción mental sobre cómo se debe actuar oportunamente ante situaciones familiares, sociales o científicas de nuestra vida cotidiana.

Busaidy (2019), expresa que, en el contexto de la atención y la educación relacionada con la salud, la simulación es una herramienta para enseñar el currículo, e implica la recreación de situaciones, procesos o estructuras de la vida real con el fin de mejorar la seguridad, la eficacia y la eficiencia de los servicios. Según el autor, la simulación clinica ofrece un entorno controlado y seguro para el aprendizaje y evaluación de las y los futuros profesionales. Añade que, bajo la influencia de la teoría

constructivista, la simulación clinica constituye un escenario idóneo para aprender de manera efectiva ya que promueve la exploración de conceptos, la formulación de hipótesis, reflexionar las soluciones, la experimentación directamente de los resultados, y posterior transferencia a la práctica.

En un artículo más reciente, Jawabreh et al.,(2025), definen la simulación clínica es una estrategia educativa complementaria a la práctica real que permite reflexionar críticamente sobre entornos asistenciales mediante la recreación de situaciones reales, tareas propias de la vida profesional, relaciones interpersonales, funcionamiento colaborativo, liderazgo y procesos de toma de decisiones. Los autores expresan que esta metodología trasciende el uso de tecnologías, ya que se encuentra acompañada por instancias de reflexión guiada que potencian el aprendizaje. Se caracteriza por ofrecer una experiencia inmersiva e interactiva que favorece el desarrollo integral de competencias. Mejora significativamente la formación en enfermería al fortalecer habilidades cognitivas, afectivas y decisionales necesarias para la gestión del cuidado. Además, incrementa la satisfacción y la confianza de las y los estudiantes al permitir la práctica segura de procedimientos clínicos en un entorno controlado, sin comprometer la seguridad del paciente.

5.2 Usos, ventajas y desventajas de la simulación clinica

La Simulación Clinica, presenta varios usos cuando se la aplica para la formación de profesionales de la salud**.** Permite el desarrollo de habilidades duras (técnicas) y no técnicas (blandas), la integración de conocimientos teórico-prácticos, la evaluación de competencias clínicas, y la preparación para la toma de decisiones en contextos seguros y controlados. Además, facilita la retroalimentación formativa y la reflexión crítica sobre el desempeño profesional.

La Simulación puede utilizarse en todo el desarrollo de la formación en salud. En el pregrado y grado se utiliza en la enseñanza de ciencias básicas, en el entrenamiento del examen físico, y en el entrenamiento de habilidades y procedimientos que fortalecen la seguridad y autoestima del alumnado, disminuyendo así el estrés. En el posgrado para mejorar el desempeño, y potenciar positivamente en el desarrollo de un trabajo en equipo integral, el humanismo, y la mayor calidad en el ambiente clínico. Por ultimo en la educación continua en servicios; sus alcances estarán dados por la temática a desarrollar y los objetivos estipulados dentro del proceso docencia/enseñanza (Bordogna et al., 2017)

El uso de simulación en la educación en enfermería se está convirtiendo cada vez más en una pedagogía de enseñanza popular. La simulación brinda la oportunidad a los estudiantes de enfermería de practicar las habilidades clínicas a través de varias experiencias situacionales similares a las de la vida real. La simulación mejora las habilidades de toma de decisiones clínicas de los estudiantes de enfermería (Al Khasawneh et al.,2021)

Ticse (2017), refiere que su uso es cada vez más frecuente en la formación de profesionales de la salud debido a que promueve la unificación de criterios pedagógicos, el aprendizaje activo, la ética en salud, la seguridad del usuario; inclusive fomenta la mejora continua al incorporar nuevos temas no considerados formalmente en la mallar curricular, facilitando además procesos de educación continua y seguridad del paciente.

Respecto garantizar la seguridad paciente, Galindo y Visbal (2007) refieren que la simulación clinica resulta apropiada para estudiantes de pre grado y grado; en especial para aquellos que realizan una técnica por primera vez (Chanatasig Villacis et al.,2020). Realizar procedimientos sobre objetos inanimados y posteriormente en un paciente real, en el peor de los casos, cometer un error, lo único que implica es volver a iniciar la práctica del procedimiento para mejorar la habilidad, destreza y evitar los errores durante su aplicación real.

Almodóvar et al.,(2020), también describen las ventajas de incorporar la simulación clínica en la formación de profesionales de enfermería, tanto en el proceso de enseñanza-aprendizaje como en las instancias de evaluación. Subrayan su potencial para promover un aprendizaje significativo y fomentar el desarrollo del pensamiento crítico en las nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros. Esta metodología favorece la construcción de profesionales autónomos, empoderados en su rol y capaces de ejercer una práctica reflexiva, lo cual se traduce en la mejora de la calidad de los cuidados. Asimismo, reconocen que la implementación de la simulación clínica, como paso previo a la aplicación de la ECOE permite anticipar e identificar estresores característicos de las prácticas clínicas, contribuyendo a preparar a los estudiantes para enfrentar de manera más efectiva los desafíos del entorno asistencial real.

Como puede apreciarse, la simulación clínica se utiliza tanto para el desarrollo de habilidades técnicas, como habilidades blandas. Ticse (2017), se refiere a las habilidades blandas como competencias “no técnicas”, mencionando entre estas el profesionalismo, el trabajo en equipo y la comunicación. Para ello, el autor recomienda la participación de pacientes estandarizados o simulados. Y aclara que, si bien el uso de pacientes simulados o estandarizados requiere de baja tecnología, el escenario con su incorporación alcanza un mayor realismo y fidelidad. Esta modalidad resulta particularmente adecuada para el entrenamiento y evaluación de competencias vinculadas a la ética profesional, la relación con el paciente y la comunicación de noticias difíciles, entre otras.

5.3 Estándares para el proceso de aplicación de simulación clinica

Chanatasig Villacis et al.,(2020), se refieren a la simulación como herramienta de formación que puede aplicarse tanto para el aprendizaje, como para la evaluación de competencias en instancias de formación de pregrado, grado y posgrado. Afirman, que para asegurar una implementación exitosa, deben cumplir ciertos estándares:

- El equipo docente para aplicar simulación, cualquiera sea su finalidad, debe presentar capacitación específica y basarse en una estricta planificación, de acuerdo con los objetivos establecidos por el plan de estudio.
- La enseñanza de habilidades en entornos de simulación ha de estar diseñada e integrada perfectamente en el currículum del semestre y este a su vez directamente relacionado con la actividad clínica/ comunitaria del estudiantado.
- La aplicación de evaluaciones es importante dentro de este proceso como en cualquier otra actividad educativa, tanto en su parte formativa como sumativa y dentro de esto se debe realizar

retroalimentación que es imprescindible en simulación.

- El entrenamiento basado en la simulación consume tiempo para prepararla y ejecutarla; por lo tanto, se debe considerar este aspecto.
- Los escenarios deben tener características similares al entorno clínico real.
- Los costos de una clínica simulada generalmente suelen ser elevados por lo cual ello se debe considerar al momento de su planificación.
- Quienes participan de actividades de simulación clínica deben considerar que tomaran decisiones tal cual las tomarían en la vida real.

Cuando la simulación se incorpora como estrategia en una ECOE, los casos clínicos deben ser cuidadosamente diseñados y ajustarse a criterios y estándares previamente establecidos. Estos criterios según De Serdio (2009) son: representatividad (permitir evaluar una muestra representativa de las competencias planteadas en el plan de estudios); tratarse de situaciones de la práctica diaria contempladas en las asignaturas; tratarse de problemas de salud prevalentes en la población; el caso seleccionado debe contribuir a evaluar varias habilidades, conocimientos o actitudes; entre todos los escenarios deben permitir evaluar suficientemente la totalidad de los componentes competenciales de cada asignatura; que revistan importancia, es decir plantear situaciones en las que una intervención correcta influya significativamente en la salud; factibles, los recursos materiales y humanos disponibles deben ser suficientes para realizar el caso; por ultimo presentar facilidad de evaluación: que el caso permita la elaboración de un listado evaluativo sencillo de cumplimentar.

Otro requisito fundamental compartido por la mayoría de la literatura especializada es a adopción de un modelo de simulación coherente al modelo educativo de la institución formadora (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021;Bordogna, y otros, 2017).

5.4 Modelo de simulación, IADH de la UNNOBA

En los primeros apartados, se ha mencionado que las necesidades del sistema de salud, y del mercado de trabajo, exigen que el alumnado cuente a su egreso con las competencias necesarias para un desempeño adecuado y obliga al sistema educativo el desarrollo de alumnos con un perfil profesional acorde al dominio de competencias.

Las características de esta tendencia educativa convierten a las y los estudiantes de enfermería en el centro de atención del aprendizaje, promueve una formación integral de alta calidad, fomenta el aprendizaje autónomo y personalizado de las y los alumnos, en la medida que cada uno avanza a un nivel acorde a su capacidad, en base al desempeño establecido en las competencias requeridas dentro de un marco educativo flexible e innovador. (Bordogna et al.,2017)

La Teoría de Aprendizaje de Kolb guía la estructura general del aprendizaje experiencial en la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA, al promover un enfoque activo y reflexivo centrado en la experiencia concreta, la observación, la conceptualización y la aplicación. Por su parte, el modelo de simulación Zim-Zones complementa este enfoque al incorporar el feedback como uno de los elementos centrales, y profundizar el proceso reflexivo durante el debriefing, integrando de manera

intencionada las dimensiones emocionales y cognitivas del aprendizaje. De este modo, ambos modelos se integran en las prácticas de simulación clínica, favoreciendo una formación más integral, crítica y transformadora para las y los futuros profesionales de enfermería.

5.4.1 Teoría del Ciclo Experiencial de Kolb

La teoría de aprendizaje experiencial de Kolb es una de las teorías más utilizadas para guiar las actividades de simulación y debriefing, cuando su busca lograr aprendizajes efectivos y significativos. El ciclo de aprendizaje que propone Kolb relaciona la experiencia concreta y activa, con las observaciones reflexivas de uno mismo y de otros alumnos/as, y las conceptualizaciones abstractas (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021)

La teoría del aprendizaje de Kolb, se ajusta al enfoque constructivista. El conocimiento aprendido se ancla mentalmente en una experiencia concreta, correspondiente a dicho conocimiento. Esto significa que los diferentes métodos didácticos deben estar lógicamente vinculados entre sí sobre el mismo tema (Wijnen Meijer et al., 2022)

En ese mismo sentido, Espinar Álava & Vigueras Moreno (2020) , en su artículo alusivo al aprendizaje experiencial y su impacto en la educación superior, confirman que el proceso de enseñanza no es un ejercicio de saturación de conocimientos, sino de acciones formativas que faciliten a las y los estudiantes construir, mediante sus experiencias, nuevos esquemas en diferentes contextos según su potencial. El proceso cíclico propuesto por David Kolb involucra el saber, saber hacer y el saber pensar desde una orientación centrada en el educando. Permite una enseñanza unipersonal y considera la multiplicidad de estilos y talentos que se robustecen a través de la interacción entre maestro y alumno/a. Este modelo, en forma de rueda, conocido como "Ciclo de Kolb" presenta cuatro etapas: 1) Se hace algo, y logra la experiencia concreta; 2) Luego se reflexiona sobre aquello que se realizó, sobre la experiencia, estableciendo una conexión entre lo que hizo y los resultados obtenidos (etapa de observación reflexiva); 3) A través de la reflexión se obtienen conclusiones o generalizaciones, que son principios generales referidos a un conjunto de circunstancias más amplias que la experiencia particular (etapa de conceptualización abstracta); 4) Por último, se prueba en la práctica las conclusiones obtenidas, utilizándolas como guía para orientar la acción en situaciones futuras (etapa de experimentación activa), o transferencia. En otras palabras, el ciclo de Kolb, abarca desde la experimentación que ocurre al implementar un escenario de simulación hasta la reflexión que sucede en los debriefing post simulación. La reflexión guiada ayuda a los participantes a adaptar la experiencia durante los escenarios y facilitar la abstracción y generalización a partir de los ejemplos durante los debriefing, generando ideas y cambios que vayan más allá del escenario concreto y que tengan relevancia para la situación real de trabajo (Gomez Pawelek, s/f).

5.4.2 Modelo Zim-Zones

Por su parte, la innovación Zim-Zones, descripta por primera vez por Roussin y Weinstock, es un sistema para organizar el desarrollo del aprendizaje longitudinal basado en simulación; además ofrece

una base para guiar y organizar la evaluación por competencias en espacios simulados asegurando que se adapte a las necesidades y niveles de avance de las y los estudiantes. (Roussin et al.,2020).

El modelo Sim-Zones es un sistema estructurado de organización del aprendizaje basado en simulación. Divide las simulaciones en cinco zonas (Zonas 0-4), permitiendo una progresión gradual en la adquisición de competencias. Este enfoque proporciona un marco para diseñar, implementar y evaluar la educación en simulación de manera ordenada y eficiente. Las simulaciones de la Zona 0 incluyen ejercicios de retroalimentación automática que generalmente la practican las y los estudiantes solitarios, es decir de manera individual, utilizando tecnología de simulación virtual. Se desarrollan en espacios de simulación de bajo riesgo donde las y los estudiantes practican habilidades básicas con mínima intervención docente. Esta Zona, prepara al estudiantado para participar en la simulación. Las simulaciones de la Zona 1 incluyen instrucción práctica de habilidades clínicas fundamentales. Este entrenamiento individualizado y supervisado, promueve el desarrollo de habilidades técnicas y facilita la retroalimentación en un entorno seguro y controlado sin presión emocional. Esta Zona, incorpora prebriefing y feedback. Las simulaciones de la Zona 2 incluyen instrucción situacional aguda, como códigos de simulación clínica. Es decir, el modelo propone escenarios complejos con actores o simuladores, realistas, en equipo, con integración de roles y toma de decisiones en situaciones dinámicas, promoviendo el pensamiento crítico y la comunicación. Esta zona, con enfoque en el saber, saber hacer, saber ser y saber convivir, aplica prebriefing y debriefing. Las simulaciones de la Zona 3 involucran equipos de participantes y facilitan el desarrollo de equipos y sistemas. Se trata de escenarios altamente realistas y desafiantes. El estudiantado interactúa con pacientes estandarizados. Asumen roles profesionales activos. Esta zona se enfoca en la integración clínica, la transferencia de conocimientos y competencias a la práctica profesional. Incorpora métodos de prebriefing y debriefing. Tiene por propósito formar y/o evaluar el desempeño global en contextos similares a la práctica real. La Zona 4, propone una simulación en entornos reales o altamente realistas. El estudiantado interactúa con pacientes o actores. Esta última zona se enfoca en la integración clínica, la transferencia de conocimientos y habilidades a la práctica profesional. Tanto en las Zona 3 como 4, incorpora métodos de debriefing (Roussin et al.,2020)

En el caso, de la ECOE del IADH de la UNNOBA, como se ha descripto anteriormente en el reglamento y protocolo, se aplican escenarios de Zona 1, 2 y 3, con la correspondiente retroalimentación (art. 9). Las técnicas que favorecen este proceso son el feedback o el debriefing, según la zona del escenario que se trate. El propósito es reconocer errores, y ofrecer oportunidades para que la identificación de fortalezas y áreas de mejora; siendo una tarea activa de quien aprende a través de la autoevaluación, y no únicamente como un señalamiento externo por parte de quien enseña mediante hetero evaluación (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021).

5.4.3 Paciente estandarizado

Los términos pacientes simulado y paciente estandarizado a menudo son usados de manera intercambiable y se refieren a una persona entrenada para interpretar a pacientes en diferentes

situaciones de salud, de manera realista y repetible. No obstante, el paciente estandarizado es una herramienta de evaluación que se utiliza en la formación de profesionales de la salud, como en la ECOE; mientras que paciente simulado es un término más amplio asociado a cualquier contexto de simulación. (Red de Simulación en Salud, 2025).

Por lo tanto, paciente estandarizado es aquel actor/ actriz que ha sido entrenado para responder consistentemente de la misma manera que un paciente real ante una situación médica o de salud determinada. Estas interacciones humanas en vivo permiten a las y los estudiantes practicar una amplia gama de habilidades cognitivas y no cognitivas. (Busaidy, 2019)

La evidencia ha demostrado que utilizar la estrategia de pacientes estandarizados constituyen un método de enseñanza eficaz que proporciona a las y los estudiantes una experiencia de aprendizaje auténtica en una determinada asignatura y en contextos educativos y prácticos concretos (Ruiz Moral & Caballero Martínez, 2014).

5.4.3.1 Ventajas

Las principales ventajas del paciente estandarizado es que permite practicar, evaluar y mejorar de manera objetiva las habilidades de comunicación y atención de las personas en un entorno seguro y controlado; garantiza la estandarización de la evaluación, al utilizar actores entrenados para representar a los pacientes, asegurando así que todas y todos los participantes en la evaluación se enfrentan a situaciones clínicas similares y ser evaluados de manera objetiva y justa (Red de Simulación en Salud, 2025; Ticse, 2017)

Ticse (2017) a lo antes dicho agreg que, incorporar paciente estandarizado en simulación aporta mayor realismo y fidelidad. Esta modalidad resulta especialmente adecuada para el entrenamiento y evaluación de competencias relacionadas con la ética profesional, la relación con la persona usuaria y otras dimensiones actitudinales del cuidado.

5.4.3.2 Desventajas

La principal desventaja de usar paciente estandarizado es el costo: implica personal capacitado, dedicado y recursos financieros. Otra desventaja es que generan altos niveles de estrés, debido a que suelen no distinguirse de los pacientes reales. (Red de Simulación en Salud, 2025).

5.4.3.3 Desafíos

Uno de los principales desafíos es la necesidad de entrenar a las y los actores para representar a los pacientes de manera realista. Las y los actores deben ser capaces de representar de manera realista los síntomas y signos de diferentes enfermedades, así como la personalidad y las características del paciente. (Red de Simulación en Salud, 2025).

Es decir, durante la simulación, el paciente estandarizado presenta la gestalt del paciente que se está simulando; no solo la historia, sino también el lenguaje corporal, las afecciones físicas y las características emocionales y de personalidad (Red de Simulación en Salud, 2025)..

Otro desafío es la necesidad de desarrollar escenarios clínicos que sean relevantes y representativos de situaciones reales. Los escenarios clínicos deben ser lo suficientemente complejos como para evaluar las habilidades de los profesionales de la salud, pero también deben ser lo suficientemente realistas como para que los participantes se sientan inmersos en la situación (Red de Simulación en Salud, 2025).
A pesar de estos desafíos, la herramienta paciente estandarizado sigue siendo valiosa en la formación y evaluación de competencias de estudiantes y profesionales de la salud. Ya que además de evaluar competencias generales y específicas, también puede utilizarse para mejorar la calidad de la atención al paciente, en especial la reducción de riesgo de errores, seguridad paciente, el liderazgo y trabajo en equipo (Red de Simulación en Salud, 2025).
En síntesis, paciente estandarizado es la persona que representa el caso clínico en repetidas ocasiones de manera consistente para ofrecerles similar nivel de complejidad a los diferentes estudiantes evaluados en la ECOE. Se les capacita a través de un curso para representar un problema de salud. Para ello se utiliza un libreto que incluye el perfil de personalidad del paciente con las posibles preguntas y respuestas; además de la caracterización física apropiada al padecimiento simulado el día de la evaluación (Martínez González & Trejo Mejía, 2018).

5.5 Retroalimentación/ Feedback/Debriefing

Ambos componentes son cruciales para optimizar el proceso de enseñanza aprendizaje. El protocolo de ECOE del IADH de la UNNOBA establece retroalimentación a las y los estudiantes mediante estas dos técnicas: feedback o debriefing.
El feedback aplicado a la simulación clinica durante el proceso de enseñanza aprendizaje, y/o como estructura (etapa de cierre) de una Evaluación Clinica Objetiva Estructurada, proporciona información específica sobre el desempeño del estudiantado; mientras el debriefing facilita un proceso reflexivo para el aprendizaje significativo y la mejora continua.

5.5.1 Feedback

Núcleo de Simulación Interdisciplinar (2021), define al feedback, como la información que describe el desempeño actual de la o el estudiante sobre una actividad, con el propósito de orientar y mejorar su desempeño futuro en la misma tarea o en otras de naturaleza similar. El feedback es clave en la adquisición de habilidades clínicas, al facilitar la reflexión, la autorregulación y el aprendizaje continuo.
En ese mismo sentido, Sanmartí (2020), refiere que la función primordial del feedback es ayudar al alumnado a tomar buenas decisiones para identificar qué hace ya suficientemente bien y cómo puede vencer los obstáculos que van surgiendo durante el proceso. Dos son las condiciones necesarias, para que se produzca este proceso. Una es el cambio en el estatus del error, a fin de que se perciba como algo normal y el punto de partida para aprender, es decir, para corregir y encontrar los mejores caminos para reconocer los aciertos y avanzar en la superación de las dificultades. Y la otra la autoevaluación.

Salas et al.,(2012). se centra especialmente en la ECOE. Manifiestan que, una vez finalizada la evaluación, el alumnado atraviesan una fase de autorreflexión y autocrítica. Afirman, que uno de los aspectos más enriquecedores de esta prueba, es la posibilidad de analizar su propia actuación clínica, estación tras estación. Ellos mismos se dan cuenta de las estaciones que les salieron mejor y las que les salieron peor, de lo que faltó por preguntar y en lo que se equivocaron.

En otras palabras, el feedback, traducido muchas veces como retroalimentación, referencia a proveer información con el propósito explícito de mejorar o sostener el rendimiento del que lo recibe, sin implicar la exploración integral de la competencia en sus tres dimensiones, como es el caso del debriefing (Bordogna et al., 2017).

5.5.2 Debriefing

El debriefing es un componente importante del aprendizaje clínico en entornos de práctica, y evaluación mediante simulación clinica. Es utilizado para fomentar el pensamiento reflexivo y el aprendizaje de estudiantes de ciencias de la salud. Especialmente, ha sido utilizado con éxito con estudiantes de enfermería en pre ingreso, estudiantes de posgrado en enfermería y estudiantes de atención sanitaria interdisciplinaria a lo largo del currículo de enfermería, con resultados de aprendizaje positivos. (Dreifuerst, 2015)

La palabra debriefing no tiene una traducción literal al castellano, pero su uso es común y se ha universalizado, por lo que se utiliza el término debriefing en forma literal.

En simulación en salud, debriefing implica la conversación entre dos o más personas que revisan las acciones de las y los participantes en un caso simulado (también podría ser en ámbitos reales), y la reflexión sobre el papel del proceso del pensamiento, de las habilidades psicomotrices y los estados emocionales, con el objetivo de mejorar o apoyar su actuación en el futuro (Bordogna et al.,2017).

El debriefing es un proceso guiado de análisis, reflexión crítica y retroalimentación, conducido por un facilitador, que permite al estudiantado examinar sus pensamientos, acciones y emociones ocurridas durante la simulación, para consolidar el aprendizaje. (Dreifuerst, 2015).

En el debriefing, las y los alumnos, con la ayuda de un instructor/docente que dirige el debriefing (debriefer), exploran y analizan sus acciones, procesos del pensamiento, emociones, conocimientos y habilidades, con la finalidad de descubrirlos y modificarlos para su aplicación en futuros procesos (Bordogna et al.,2017).

El debriefing le permite a las y los estudiantes descomponer y hacer evidente ese proceso de pensamiento que los llevó a tomar decisiones, ya que muchas de ellas se realizan en forma automática. (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021)

Según, Salas et al.,(2012), una vez finalizada la prueba, el alumnado atraviesa una fase de autorreflexión y autocrítica. Las y los autores afirman, que uno de los aspectos más enriquecedores es la posibilidad de analizar la propia actuación clínica, estación tras estación. Donde cada estudiante toma conciencia de las estaciones que les salieron mejor y las que les salieron peor, de lo que faltó por preguntar y en lo que se equivocaron.

Son funciones del debriefing: fomentar la discusión grupal estructurada y guiada por un facilitador con conocimiento clínico; promover el pensamiento crítico, reflexivo y el razonamiento clínico; identificar aciertos y áreas de mejora; facilitar la transferencia del aprendizaje a las futuras prácticas clínicas reales; promover el aprendizaje profundo, individual, colaborativo y seguro. (Dreifuerst, 2015).

No obstante, este método puede ser difícil de implementar, si el equipo docente no presenta formación y entrenamiento en ello, puesto que utiliza preguntas socráticas y principios de aprendizaje activo para descubrir el pensamiento asociado con las acciones; pero una vez aprendido (por ambos actores del proceso: docente/ estudiante), es un modelo para el pensamiento reflexivo que las y los estudiantes pueden emplear para desarrollar el razonamiento clínico y convertirse en practicantes reflexivos. Además, enseña a las y los estudiantes a desafiar las suposiciones que se dan por sentadas y a revelar las relaciones entre el pensamiento y las acciones. Las suposiciones tomadas por sentado son comunes en el estudiantado a medida que comienzan a sintetizar y aplicar lo que están aprendiendo junto con lo que están experimentando, al aplicar este nuevo conocimiento. Las suposiciones de las y los estudiantes pueden ser lógicas y basadas en el conocimiento, o mal concebidas y/o basadas en una sola experiencia que extrapolan y, por lo tanto, las consideran como ciertas y aplicables a todas las situaciones (Dreifuerst, 2015).

AHDEL (2011) refiere que la interrogación socrática es un enfoque de enseñanza y aprendizaje en el que el profesor no proporciona la información ni responde directamente a las preguntas del estudiantado, sino que más bien asigna a las y los estudiantes la tarea de descubrir la respuesta mediante una serie de preguntas, de modo que los estudiantes lleguen a la respuesta o a una mayor conciencia de las limitaciones de su conocimiento (Dreifuerst, 2015).

El debriefing se fundamenta de igual modo, en la teoría de aprendizaje constructivista y basada en problemas, y ha demostrado resultados positivos en el pensamiento y aprendizaje de las y los estudiantes. La reflexión ha sido bien establecida como un antecedente del aprendizaje significativo. Además, el aprendizaje reflexivo se traduce en una capacidad amplificada para el cambio y la mejora, y es fundamental para ayudar al estudiantado a obtener el máximo beneficio del aprendizaje clínico en entornos de práctica simulada. (Dreifuerst, 2015)

La literatura especializada describe diversos tipos de debriefing, según los objetivos pedagógicos y el nivel de complejidad del escenario. En el caso de la UNNOBA, el equipo docente implementa debriefing básico como estrategia de reflexión posterior a las simulaciones clínicas correspondientes a los escenarios de nivel 2 y 3, así como también en instancias de evaluación formativa: Artículo 11 del Reglamento y II Fase, punto 7, del protocolo de ECOE de la UNNOBA.

6.Percepción de las y los docentes

En este apartado, antes de definir percepción, se procederá a conceptualizar currículo, ya que en él se sintetiza la reflexión y la problemática planteada.

Checchia (2014) cita a Ruiz Ruiz (2005) para define currículo como el conjunto de objetivos, competencias básicas, contenidos, métodos y estrategias de intervención didáctica y organizativa, así

como las decisiones que ha de tomar el conjunto de profesores de un centro educativo sobre el modelo de evaluación y la aplicación de sus criterios, en función de las metas educativas que intenta alcanzar. En otras palabras, la autora refiere que el currículum debe ser flexible, repensado, investigado y analizado continuamente por sus actores, ya que su permeabilidad a las condiciones y demandas del contexto profesional, socio político y económico así lo requieren.

Conocer la percepción de las y los docentes es imprescindible para innovar la evaluación en las asignaturas profesionales y contribuir a la mejora de la calidad educativa de la Carrera de Enfermería de la UNNOBA.

Arias Castilla (2002) se ha dedicado a describir la percepción de las personas. La autora define percepción como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones, que, en cada caso, se deben a la propia actividad y/o experiencia del sujeto. Según la psicología clásica Neisser (1981), la percepción es un proceso activo, constructivo en el que la persona que percibe contrasta la nueva información con sus propios esquemas internos, producto de sus aprendizajes previos, y rechaza o acepta la información suministrada por el estímulo, en razón de la adecuación o no a su esquema personal.

Para comprender las percepciones se debe partir de que todas las personas, tienen una manera particular de entender el mundo; la misma se constituye de las experiencias previas que cada uno posea, entremezcladas con las influencias sociolaborales en las que desarrolle (Alvarez Herrera et al.,2011).

Los autores Domínguez & Aguiar (2023), en su artículo, citan para conceptualizar el término "percepción" a Abbagnano (2004 y 1986) quien plantea que en el proceso de percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana; y agrega que la percepción es un objeto conceptual o idea construida por una serie de preferencias o características especiales.

Mientras Vargas Melgarejo (1994) afirma que uno de los elementos clave que definen a la percepción es el reconocimiento de las experiencias. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida, con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno. De esta forma, a través del reconocimiento de las características de los objetos, se construyen y reproducen modelos culturales e ideológicos que permiten explicar la realidad con una cierta lógica de entre varias posibles. Lo percibido es identificado y seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolo a los referentes que dan sentido a la vivencia, haciéndola comprensible de forma que permita la adaptación y el manejo del entorno.

Cebey & Ferrari (2017), en su artículo refieren que las percepciones pueden ser entendidas como modos de comprender la realidad, al mismo tiempo construirla. Operan como factores que habilitan el discernimiento de determinados eventos, ocultando otros. Como antesala del accionar, el modo en que una persona percibe es subjetivo y singular y también colectiva, puesto que la percepción depende de las distinciones lingüísticas de las que se dispone a partir de la pertenencia a un grupo, comunidad o sociedad dada y se entrama en el conjunto de representaciones sociales que dan sentido compartido a

las experiencias subjetivas. La percepción, por lo tanto, dirige la acción dentro de un contexto socio-histórico específico, el cual representa una de las muchas formas posibles de interpretar y, por ende, de transformar una realidad.

Las percepciones pueden ser entendidas como modos de comprender la realidad, al tiempo que construirla. Operan como factores que habilitan el discernimiento de determinados eventos, ocultando a la vez otros. Como antesala del accionar, el modo en que se percibe es subjetivo y singular, en tanto es cada sujeto el que lo implementa. No obstante, es también colectivo, puesto que la percepción depende de las distinciones lingüísticas de las que se dispone a partir de la pertenencia a un grupo, comunidad o sociedad dada (Echeverría, 2001; Krynski, 2006) y se entrama en el conjunto de representaciones sociales que dan sentido compartido a las experiencias subjetivas (Robertazzi, 2006). La percepción, por lo tanto, comanda un accionar situado socio-históricamente, que es a su vez un modo posible entre otros de interpretación y, consecuentemente, de transformación de la realidad. La percepción, por lo tanto, comanda un accionar situado socio-históricamente, que es a su vez un modo posible entre otros de interpretación y, consecuentemente, de transformación de la realidad (Cebey & Ferrari, 2017)

Analizar, comprender y considerar las percepciones que las y los docentes tienen acerca de la ECOE es vital para mejorar, actualizar y transformar la realidad del proceso de evaluación, impactando no solo en la calidad de formación del estudiantado, sino también en la satisfacción laboral del equipo docente.

DESARROLLO DEL TRABAJO

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Tipo de diseño/ enfoque

Descriptivo, observacional, de corte y transversal con enfoque cuali cuantitativo.

Población

Docentes de enfermería que dictan clases en asignaturas disciplinares de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Académico de Desarrollo Humano de la UNNOBA, de la ciudad de Junín y Pergamino

Unidad de análisis

Cada una de las y los docentes que dictan clases en las asignaturas disciplinares de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Académico de Desarrollo Humano de la UNNOBA, de la ciudad de Junín y Pergamino.

Población Blanco

Se tomó la totalidad de la población (N=18) que cumplía con los criterios de inclusión, dado que se trataba de un universo reducido. La muestra estuvo constituida por el 88.89% de esa población (n=16).

Criterios de inclusión

- Docentes del área profesional, clínica y comunitaria, de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que se dicta en las ciudades de Junín y Pergamino
- Docentes que participaron en la primera experiencia de la ECOE de la Licenciatura en Enfermería del Instituto Académico de Desarrollo Humano de la UNNOBA, desarrollado durante el período septiembre - noviembre de 2022.

Período de realización

Noviembre- diciembre de 2024.

Lugar

Unidad Académica: Instituto Académico de Desarrollo Humano de la UNNOBA.

Departamento Docente: Humanidades.

RECOLECCION DE DATOS

Técnica e instrumentos para la recolección de datos:

Se implementó un cuestionario basada en la literatura consultada, auto administrado, de carácter voluntario y anónimo diseñado por la autora (ad hoc), que presentó preguntas cerradas y abiertas. (Ver Anexo N° I: Instrumento de Recolección de Datos)

Las docentes fueron invitadas a participar mediante una convocatoria enviada a sus correos institucionales (@comunidad.unnoba.edu.ar), a través de un formulario de Google.

En total el instrumento presentó 42 ítems, e incluyó ocho grupos de variables: sociodemográficas (4 ítems, preguntas cerradas); relacionados con la metodología (8 preguntas cerradas, una abierta y dos ítems en los cuales se solicita a la/el participante describa la selección “otra” opción); organización en general (5 ítems con preguntas cerradas, 1 ítems con pregunta abierta y 1 ítems en el cual se solicita a la/el participante describa “otra” opción); diseño de la ECOE (5 ítems de preguntas cerradas); ejecución (5 ítems, de los cuales dos son abiertas para fundamentar o realizar comentarios), rol evaluador (6 ítems, de los cuales tres ofrecen la posibilidad de explicar su elección, o fundamentar), reglamento y protocolo (un ítems), y percepciones/ consideraciones generales sobre la ECOE (3 ítems, con preguntas cerradas).

Tabla matriz de variables (Ver Anexo N°: II Tabla Matriz)

Consideraciones éticas.

Se solicitó por escrito el consentimiento informado a cada docente previo a su participación en el estudio, brindando una explicación clara y detallada sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos implicados y los posibles riesgos asociados.

En todas las etapas del estudio se respetaron los principios éticos fundamentales que rigen la investigación con personas, tales como la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia, garantizando la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de las y los participantes.

Se garantizó la confidencialidad de los datos recopilados, asegurando la privacidad de las participantes. Los datos se preservan en el anonimato; los nombres de las participantes fueron asociados a un número de serie. La información fue resguardada y protegida mediante el empleo de claves digitales de acceso restringido, a las cuales solo tiene acceso la autora de la presente investigación. (Ver Anexo N° III: Consideraciones éticas, Hoja de Información para el/la participante; Consentimiento informado)

ANALISIS DE DATOS

Una vez recopilados los datos por la autora, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para explorar las características sociodemográficas de los docentes y sus percepciones sobre la ECOE. La presentación de los datos se realizó a través de tablas.

Además, se emplearon técnicas de análisis cualitativo para profundizar en las respuestas abiertas brindadas por las participantes. Este enfoque permitió alcanzar una comprensión más integral de las opiniones y experiencias de las y los docentes en relación con la ECOE.

Para el proceso de análisis de la información cualitativa se utilizó el análisis de contenido conceptual. Los fragmentos de las respuestas de las participantes fueron volcados en una plantilla de análisis Excel creada ad hoc por la autora, con el siguiente formato.

Categoría	Código	Participante	Transcripción	Frecuencia	Interpretación de la autora	Argumentación autores

No obstante, la autora aclara que, debido a la extensión y complejidad de los datos, la presentación en formato tabular dificultaba su lectura y comprensión. Por esta razón, se decidió no incluirla en el cuerpo del informe. En su lugar, los resultados se exponen de manera narrativa y descriptiva, integrando los hallazgos de forma ordenada y coherente, con el propósito de favorecer la claridad y la interpretación de la información por parte de la persona lectora.

RESULTADOS

Se invitó a participar en el estudio a 18 docentes del área profesional que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. De ese total, 16 (88.88%) docentes respondieron la encuesta, conformando así la muestra efectiva del estudio.

Las docentes encuestadas intervinieron en diversas ECOE. 8 (50%) docentes intervinieron en la evaluación de dos asignaturas; 3 (18,75%) docentes participaron en tres asignaturas, 2 (12,5%) en seis asignaturas, 2 (12,5%) en cuatro asignaturas, y una (6,25%) docente únicamente en una asignatura. Estos resultados evidencian un nivel variable de participación, con una tendencia mayoritaria a intervenir en más de una asignatura durante la implementación del dispositivo.

La distribución según subáreas resultó la siguiente: 6 docentes participaron en "Enfermería Básica" y otras 6 en "Enfermería del Adulto y Anciano II". 5 docentes lo hicieron en "Enfermería del Adulto y Anciano I" y en "Enfermería Comunitaria I", mientras que 4 docentes participaron en "Enfermería Materno Infantil" y en "Enfermería Infanto Juvenil". Asimismo, 3 docentes formaron parte de la ECOE en las asignaturas "Administración en Enfermería" y "Enfermería en Cuidados Críticos I", mientras que una docente participó en "Enfermería en Salud Mental".

Los resultados de las variables y subvariables se presentarán a continuación conforme al orden establecido en el instrumento de recolección de datos.

1-Variables sociodemográficas

Frecuencia de la subvariable: Género

El 100% se identificó con el género femenino.

Frecuencia de la subvariable: Máximo nivel de formación alcanzado.

Tabla 3: Docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA según nivel de formación alcanzado. Junín, noviembre- diciembre de 2024

Nivel de formación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Licenciatura	13	81.25	81.25
Especialidad	2	12.50	93.75
Magister	1	6.25	100
Total	16	100	

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas, 13 (81.25%) presentaron título de grado en Enfermería. Solo 3 (18.75%) cumplieron niveles de posgrado: 2 (12.5%) correspondió a especialidad y 1 (6.25%) maestría.

Frecuencias para la subvariable: Años de experiencia en la docencia de enfermería

Tabla 4: Años de experiencia. Docentes de la Carrera de Enfermería que participaron en la ECOE. Junín, noviembre- diciembre 2024

Años de experiencia Docente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6 a 10 años	9	56.25	56.25
11 y más años de experiencia	4	25	81.25
1 a 5 años	3	18,75	100,00

Total	16	100.00	

Fuente: Encuesta

De las 16 docentes participantes del estudio, 9 (56,25%) cuentan con una antigüedad de entre 6 y 10 años en la Carrera de Enfermería; 4 (25%) tienen 11 o más años de experiencia; y 3 (18,75%) poseen entre 1 y 5 años de trayectoria en la carrera.

Frecuencias para la subvariable: Área profesional docente en la que se desarrolla

Tabla 5: Área profesional en la que se desarrollan las docentes participantes de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Área profesional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Clínica	9	56,25	56,25
Ambas	4	25,00	81,25
Comunitaria	3	18,75	100,00
Total	16	100	

Fuente: Encuesta

De las participantes, 9 (56.25%) se desempeñan en el área profesional clínica; 4 (25%) en las áreas profesional clinica y comunitaria simultáneamente, y 3 (18.75%) en el área profesional comunitaria exclusivamente.

2-Variables relacionadas con la metodología de la ECOE.

Frecuencias para la subvariable: ¿Considera la ECOE una herramienta útil y confiable para evaluar competencias en las y los estudiantes de enfermería?

Tabla 6: Percepción docente: utilidad y confiabilidad de la ECOE. Junín, noviembre- diciembre 2024.

Utilidad/ Confiabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	13	81,25	81,25
De acuerdo	3	18,75	100,00
Total	16	100	

Fuente: Encuesta

Del total de docentes participantes, 13 (81,25%) manifestaron estar muy de acuerdo y 3 (18.75%) de acuerdo, con la utilidad y confiabilidad de la ECOE como instrumento para evaluar competencias en estudiantes de Enfermería.

Frecuencias para la subvariable: ¿En qué medida cree que la ECOE evalúa adecuadamente el abanico de competencias profesionales?

Tabla 7: Competencias profesionales según grado de acuerdo percibido por las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Competencias	Muy de acuerdo		De acuerdo		Neutral		Desacuerdo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

Competencias asociadas con valores profesionales	9	56,25	4	25	2	12,5	1	6,25	16	100
Competencias asociadas con la práctica de enfermería y la toma de decisiones clínicas	13	81,25	3	18,75					16	100
Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos	12	75	4	25					16	100
Conocimiento y competencias cognitivas	11	68,75	4	25	1	6,25			16	100
Competencias interpersonales y de comunicación	11	68,75	4	25	1	6,25			16	100
Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo	11	68,75	3	18,75	2	12,5			16	100

Fuente: Encuesta propia

Cuando se les consultó sobre el grado en que consideran que la ECOE evalúa adecuadamente el abanico de competencias profesionales, en particular aquellas:

- Competencias asociadas con valores profesionales, 9 docentes (56,25%) manifestaron estar muy de acuerdo y 4 (25%) de acuerdo. De las tres personas restantes, 2 (12,5%) adoptaron una posición neutral y 1 (6,25%) expresó su desacuerdo.

- Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas: 13 (81.25%) muy de acuerdo, y 3 (18.75%) de acuerdo.

-Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos: 12 (75%) muy de acuerdo y 4 (25%) de acuerdo.

- Conocimiento y competencias cognitivas: 11 (68.75%) muy de acuerdo, 4 (25%) de acuerdo y 1 (6.25%) se expresó neutral.

- Competencias interpersonales y de comunicación: 11 (68.75%) muy de acuerdo, 4 (25%) de acuerdo y 1 (6.25%) neutral.

- Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo: 11(68.75%) muy de acuerdo, 3 (18.75%) de acuerdo y 2 (12.5%) neutrales.

Análisis cualitativo de la pregunta: ¿Qué impacto cree que tiene el ECOE en la preparación profesional de las y los estudiantes de enfermería?

Respondieron la pregunta 14 (87.5%) docentes.

Categoría 1: Nivel de Impacto de la ECOE en la preparación profesional del estudiantado.

Código de resultado: Alto impacto / impacto positivo en la formación profesional. Frecuencia: 10 (62,5%)

Transcripciones:

D1: “Alto impacto”

D2: “Alto impacto, mejora la calidad de atención"

D3: "Es una evaluación que aporta a la formación de los estudiantes de enfermería….. Van a estar más preparado cuando egresen".

D4: "El impacto es significativo ….Esto mejora su desempeño en las practicas reales"

D6: "El ECOE presenta impacto significativo en la preparación profesional de las y los estudiantes de enfermería"

D7: "Considero que constituye un proceso de alto impacto que mejora continuamente las competencias profesionales".

D8: "Impacto positivo"

D10 y D 11: "Positivo"

D14: …" los prepara para el trabajo "

Interpretación de la autora: Según la autora, las docentes coinciden en que la implementación de la ECOE genera un impacto positivo/ significativo en la formación del estudiantado de enfermería, al favorecer no solo la evaluación objetiva de competencias, sino también el fortalecimiento del juicio clínico, la toma de decisiones éticas, la comunicación terapéutica y la capacidad de actuar con autonomía y responsabilidad. Desde esta perspectiva, la ECOE trasciende su función como herramienta o instrumento evaluativo, para convertirse en una estrategia pedagógica, que recrea situaciones clínicas y comunitarias semejantes a los de la práctica profesional real, generando así condiciones propicias para la transferencia del aprendizaje, el desarrollo de la seguridad paciente y su consolidación para un desempeño profesional futuro competente, ético y humanizado.

Argumentación teórica:

Durante (2006), menciona que el impacto educativo, es la manera en que la evaluación influye sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje. A partir de lo que se desea alcanzar (objetivos, resultados de aprendizaje y competencias) se prepara el currículo de la asignatura y las estrategias pedagógicas necesarias. La evaluación, en este caso, será el proceso que reflejará el resultado final, habilitando la reflexión y posibilidades de mejoras.

En ese mismo sentido, Beltrán Velíz et al.,(2020) expresan que en la carrera de enfermería y en otras ciencias de la salud, es importante comprobar el impacto de la formación sobre los aprendizajes, es decir el grado en que las y los estudiantes alcanzan los objetivos de aprendizaje esperados, tanto teóricos como prácticos ya que la evaluación se asume como un proceso de retroalimentación donde el/la estudiante pueda analizar su desempeño, su rendimiento, su progreso y avance a lo largo del proceso formativo, lo que les permite identificar, analizar y reflexionar sobre sus propios errores, para trabajar en ellos; es decir tomar medidas para corregirlos y mejorar con apoyo del equipo docente.

Categoría 2: Realismo de la ECOE.

Código de resultado: Evaluación práctica en un contexto que simula la realidad- Frecuencia: 6 (37,5%)

Transcripción:

D6: "Este tipo de evaluación integra estaciones con casos clínicos sacados de la realidad"

D12: "…enfrentan a escenarios realistas".

D13: "La ECOE, proporciona una puesta en escena que simula muchas veces la realidad"

D14: "El estudiante tiene que adaptarse y resolver diferentes escenarios clínicos"

D15: …"los pone en un escenario similar a la realidad"

D16: "…les otorga una oportunidad similar a la realidad".

Interpretación de la autora:

La investigadora, interpreta que las docentes valoran positivamente el carácter realista de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE), en tanto consideran que este tipo de evaluación reproduce en el laboratorio de simulación, situaciones (escenarios) similares a las que se enfrentan las y los estudiantes en las prácticas de campo, y que en el futuro en su ejercicio profesional. Las referencias reiteradas a la "simulación de la realidad" y "escenarios realistas" evidencian que, desde sus perspectivas, la ECOE contribuye a contextualizar el desempeño del estudiantado, permitiéndoles enfrentarse a situaciones clínicas complejas de forma segura y guiada.

Además, el hecho de que se mencione la capacidad de adaptación a distintos escenarios sugiere que esta modalidad evaluativa no solo mide conocimientos o habilidades técnicas, sino que también promueve el desarrollo de competencias transversales o generales, como el razonamiento clínico, la toma de decisiones y la flexibilidad cognitiva.

En síntesis, las respuestas analizadas refuerzan la noción de que la ECOE, al incorporar simulación, dota de realismo a la evaluación, constituyéndose una herramienta pedagógica significativa, que facilita la transferencia de lo aprendido al contexto profesional.

Argumentación teórica:

Uno de los principales desafíos en la formación de profesionales en ciencias de la salud, cuya trayectoria académica se caracteriza por una alta impronta práctica, es el desarrollo de estrategias de

evaluación que logren valorar de manera integral las competencias adquiridas por las y los estudiantes. (Arribas Cachá, 2019)

En ese mismo sentido, Escobar et al.,(2023), citan a Dochy et al (1999) para señalar que la evaluación de las competencias profesionales en estudiantes de ciencias de la salud debe realizarse en una situación lo más auténtica posible, que requiera que las y los estudiantes apliquen las mismas competencias que aplicarían en la vida profesional. Sugieren, métodos como la simulación clínica, el aprendizaje basado en problemas y en casos, o la elaboración de portafolios, son ejemplos de evaluaciones auténticas, pues promueven el desarrollo de habilidades profesionales y el aprendizaje en contextos de la vida real.

Los laboratorios de simulación son espacios educativos ideales para recrear las situaciones sanitarias de cuidado estandarizadas, con distintos grados de fidelidad, de acuerdo con las tecnologías y recursos materiales disponibles; son herramientas potentes para el desarrollo y adquisición de competencias (Rodriguez Higueras et al.,2014).

Mientras la simulación clínica es una situación o escenario clínico más o menos complejo diseñado por el equipo docente para que las y los estudiantes experimenten la representación de un acontecimiento con características similares al entorno real con la finalidad de aprender, practicar, integrar, evaluar, probar o adquirir conocimientos de respuestas y conductas humanas. (Ticse, 2017; Chanatasig Villacis et al., 2020)

Categoría 3: Retroalimentación

Código de resultado: Retroalimentación, reflexión, error. Frecuencia: 4 (25%)

Transcripciones:

D3: “El estudiante continúa aprendiendo, porque en la retroalimentación reflexiona sobre su desempeño, sobre lo estuvo bien y lo que debe mejorar”

D4: “Ellos mismo al finalizar la evaluación se dan cuenta que errores cometieron”.

D5: "Creo que permite que las y los estudiantes reflexionen sobre su propia práctica, la cual su aplicación resulta inminente en el campo real".

D9: "Mientras es evaluado adquiere competencias, y en la medida que reflexiona mejora las que tenía"

Interpretación de la autora:

La ECOE, según las docentes, ofrece una retroalimentación constructiva. Es decir, las y los estudiantes reflexionan sobre sus propios procesos de aprendizajes, reconocen fortalezas y debilidades (errores que deben mejorar), lo que impactará positivamente en la calidad de su formación y desempeño futuro.

Argumentación teórica:

La retroalimentación o feedback, es la información que describe el desempeño de la o el estudiante sobre una actividad, con el propósito de orientar y mejorar su desempeño futuro (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021)

La retroalimentación constituye una de las principales fortalezas de la ECOE, ya que permite ofrecer al estudiantado una devolución inmediata por parte del evaluador una vez finalizada la prueba (Ticse, 2017). Esta instancia no solo favorece la comprensión del desempeño alcanzado, sino que también orienta el proceso formativo, al ayudar a las y los estudiantes a reconocer aquello que realizan adecuadamente y a identificar estrategias para superar los obstáculos que enfrentan durante su aprendizaje (Sanmartí, 2020) .

La retroalimentación es clave en la adquisición de habilidades clínicas, al facilitar la reflexión, la autorregulación, el aprendizaje continuo y la transferencia. (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021)

Salas et al.,(2012), de igual manera manifiestan que finalizada la ECOE, el alumnado atraviesa una fase de autorreflexión y autocrítica. Afirman, que uno de los aspectos más enriquecedores de esta prueba, es la posibilidad de analizar su propia actuación clínica, estación tras estación. Ellos mismos se dan cuenta de las estaciones que les salieron mejor y las que les salieron peor, de lo que faltó por preguntar y en lo que se equivocaron.

En otras palabras, la retroalimentación, provee información útil con el propósito explícito de mejorar o sostener el rendimiento del que lo recibe. (Bordogna et al.,(2017).

Se mencionará también, el debriefing, otro proceso más complejo y profundo de retroalimentación. En el debriefing,, la/el instructor/docente ayuda a las y los estudiantes a explorar y analizar sus acciones, procesos del pensamiento, emociones, conocimientos y habilidades, con la finalidad de descubrirlos y modificarlos para su aplicación en futuros procesos (Bordogna et al., 2017). El debriefing le permite a las y los estudiantes descomponer y hacer evidente ese proceso de pensamiento que los llevó a tomar decisiones, ya que muchas de ellas se realizan en forma automática (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021)

Categoría 4: La ECOE promueve la seguridad en el desempeño real.

Código de resultado: Evaluación aporta a la seguridad de las personas- Frecuencia: 4 (25%)

Transcripción**:**

D2: “…permitiendo la correcta toma de decisiones".

D6: "Asegurando que el conocimiento teórico se traduzca en práctica efectiva".

D11: “…seguridad a la profesión".

D16: "Evaluación en un ambiente controlado y seguro, para una práctica efectiva"

Interpretación de la autora: La ECOE, según las docentes, aporta a la seguridad, ya que permite evaluar las competencias clínicas de las y los estudiantes en un ambiente controlado, antes de que interactúen con pacientes reales.

Argumentación teórica:

Ticse (2017), destaca que la ECOE permite recrear situaciones clínicas poco frecuentes o de emergencia, facilitando la demostración de habilidades específicas sin poner en riesgo la seguridad de personas reales ni incurrir en posibles conflictos legales

Martínez González & Trejo Mejía (2018), de igual manera, expresan que la ECOE contribuye a garantizar la seguridad y el bienestar de las personas que reciben cuidados, al desarrollarse en ámbitos académicos, mediante la recreación de situaciones clínicas que imitan con alto grado de realismo la práctica profesional.

Martínez y Soto (2018) destacan que uno de los objetivos centrales de la ECOE se vincula directamente con las políticas de seguridad del paciente**,** al ser considerada un verdadero "estándar de oro" para la evaluación de la competencia clínica en estudiantes de Ciencias de la Salud. Esta modalidad evaluativa permite valorar de manera integral y controlada una amplia variedad de habilidades clínicas**,** lo que garantiza la seguridad del proceso formativo sin comprometer a personas reales**.** En este sentido, su propósito último es contribuir a la mejora continua en la calidad de los recursos humanos en salud**,** asegurando que quienes egresan estén en condiciones de brindar cuidados seguros, eficaces y humanizados al servicio de la comunidad.

Categoría 5: La ECOE como evaluación fomenta la confianza en el desempeño real.

Código de respuesta: Confianza- Frecuencia: 2 (12,5%)

Transcripción:

D13: "Los alumnos se sienten más confiados al momento de las prácticas hospitalarias"

D14: "En las practicas reales, se sienten más confiados".

Interpretación de la autora:

Según la autora, las docentes reconocen que la ECOE contribuye al desarrollo de la autoconfianza en el estudiantado, al brindarles la oportunidad de enfrentarse a situaciones clínicas simuladas que reproducen la complejidad de la práctica profesional. Esta construcción progresiva de seguridad personal y profesional favorece una transición más sólida y segura hacia los escenarios reales de atención**,** al disminuir la ansiedad, fortalecer la toma de decisiones y promover el juicio clínico en contextos protegidos

Argumentación teórica:

Jawabreh et al., (2025), destacan que los escenarios de simulación clínica, aplicados en cualquier etapa del proceso formativo, inclusive en etapas de la evaluación, ofrecen una experiencia inmersiva e interactiva que favorece el desarrollo integral de competencias. Esta modalidad permite mejorar y fortalecer de manera significativa las habilidades cognitivas, afectivas y decisionales necesarias para la gestión del cuidado. A su vez, promueve un aumento notable en la autoconfianza del estudiantado, al brindarles la posibilidad de practicar procedimientos clínicos en un entorno seguro y controlado, sin

poner en riesgo la seguridad de las y los pacientes. Esta confianza adquirida resulta fundamental para su desempeño profesional futuro.

Frecuencia de a variable: La ECOE complementa de manera efectiva otras formas de evaluaciones convencionales (exámenes teóricos escritos, exámenes orales, trabajos prácticos, etc.)

Tabla 8: Grado de percepción docente: la ECOE complementa efectivamente las evaluaciones convencionales. Junín, noviembre-diciembre de 2024.

Grado de Percepción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	11	68,75	68,75
De acuerdo	4	25,00	93,75
En desacuerdo	1	6,25	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas, 11(68.75%) señalaron estar muy de acuerdo y 4 (25%) de acuerdo respecto a que la ECOE complementa de manera efectiva otras formas de evaluaciones convencionales. Solo 1 (6.25%) indicaron estar en desacuerdo.

Frecuencias para la subvariable: En su opinión, ¿cuáles son las principales fortalezas y ventajas del ECOE como método de evaluación?

Tabla 9: Fortalezas/ventajas de la ECOE, según la percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre 2024

Ventajas de la ECOE	Frecuencia	Porcentaje
Identifica fortalezas y debilidades individuales	16	100
Evaluación objetiva y estandarizada	15	93.75
Refuerza y mejora la preparación práctica de las y los estudiantes	15	93.75
Refleja escenarios clínicos y comunitarios reales,	14	87.5%

Fuente: Encuesta propia

Las 16 docentes encuestadas (100%) coincidieron en que una de las principales fortalezas y ventajas de la ECOE es su capacidad para identificar fortalezas y debilidades individuales en el desempeño estudiantil. Además, 15 de ellas (93,75%) destacaron como beneficios la objetividad y la estandarización del instrumento, así como su utilidad para reforzar y mejorar la preparación práctica de las y los estudiantes. Por otro lado, 14 docentes (87,5%) señalaron como ventaja la posibilidad de representar escenarios clínicos y comunitarios reales, lo cual contribuye a una evaluación más contextualizada y auténtica.

Frecuencias para la subvariable ¿Cuáles considera que son las principales debilidades/desventajas del ECOE?

Tabla 10: Debilidades/ desventajas de la ECOE, según la percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Debilidades/desventajas de la ECOE	Frecuencia	Porcentaje
Requiere mucho tiempo de organización	7	43.75%
Estrés para el equipo docente	4	25.00%
Dificultades Logísticas	3	18.75%
Estrés para las y los estudiantes	2	12.5%
Alto costo	1	6.25%
No presenta desventajas	1	6.25%

Fuente: Encuesta propia

En cuanto a las desventajas de la ECOE, 7 docentes (43,75%) señalaron que su organización requiere una considerable inversión de tiempo. Además, 4 docentes (25%) mencionaron el estrés que genera en el cuerpo docente, mientras que 2 (12,5%) hicieron referencia al estrés que produce en las y los estudiantes. Una docente (6,25%) indicó como desventaja el alto costo que implica su implementación, y la restante (6,25%) expresó que la ECOE no presenta desventajas.

Frecuencias para la variable: ¿Considera en el futuro implementar la ECOE en su práctica docente?

Tabla 11: Percepción docente: implementaría en el futuro la ECOE. Junín, noviembre- diciembre 2024

Implementaría ECOE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	14	87,50	87,50
No	1	6,25	93,75
No estoy segura/o	1	6,25	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las docentes encuestadas, 14 (87,5%) expresaron su disposición a implementar la ECOE en futuras evaluaciones. Una docente (6,25%) manifestó no estar segura, mientras que una (6,25%) expresó su negativa a utilizar este instrumento de evaluación por competencias.

Frecuencias para la subvariable: ¿En qué etapa de la formación considera adecuado implementar la ECOE para evaluar a las y los estudiantes?

Tabla 12: Percepción docente: etapa de formación para la adecuada implementación de la ECOE. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Etapa de Formación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado

Al finalizar cada ciclo (Ciclo I y Ciclo II).	10	62,50	62,50
Instancia de evaluación final de asignaturas profesionales	6	37,50	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

10 (62.50%) de las docentes encuestadas consideran adecuado implementar la ECOE al finalizar cada Ciclo de la formación; y 6(37.50%) en instancias de evaluación final de las asignaturas profesionales.

3-Variables relacionadas con la organización general de la ECOE de la UNNOBA

Frecuencias para la subvariable: Señale en qué etapa de la ECOE de la Carrera de Enfermería participó

Tabla 13: Docentes de la UNNOBA que participaron en la ECOE, según etapa de la evaluación. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Comité	Etapa	Frecuencia	Porcentaje
Comité Ejecutivo	Todas	3	18.75
Comité Operativo	Fase I: Planificación	13	100
	Fase II: Ejecución	13	100

Fuente: Encuesta propia

De las docentes encuestadas, 3 (18,75%) integraron el Comité Ejecutivo y 13 (81.25%) formaron parte del Comité Operativo, tanto en la fase de planificación como en la de ejecución de la ECOE. Cabe señalar que las docentes que formaron parte del Comité Ejecutivo también participaron activamente en las tareas correspondientes a las fases de planificación y ejecución, asumiendo un rol integral en el desarrollo del dispositivo evaluativo.

Frecuencias para la subvariable: Qué rol cumplió en la ECOE del IADH- UNNOBA.

Tabla 14: Docentes participantes de la ECOE de la UNNOBA, según rol. Junín, noviembre- diciembre de 2024

Comité	Total	Rol	Frecuencia	Porcentaje
Comité Ejecutivo	3	Construcción del reglamento/protocolo	3	100
		Definición de las competencias para cada asignatura,	3	100
		Convocatoria a estudiantes	3	100
		Ofreció capacitación	2	66.66
Comité Operativo	13	Diseño de ECOE	9	69.23
		Armado de escenarios	9	69.23
		Prueba piloto	7	53.84

Fuente: Encuesta propia

De las tres docentes que integraron el Comité Ejecutivo, la totalidad (100%) participó en la construcción del reglamento/protocolo, en la definición de competencias por asignatura, y en la convocatoria de estudiantes a través de los medios institucionales de la universidad. Asimismo, dos de ellas (66,66%) ofrecieron instancias de capacitación a sus pares.

En cuanto a las docentes que formaron parte del Comité Operativo (n = 13), los roles se distribuyeron de la siguiente manera: 9 docentes (69,23%) participaron en el diseño de la ECOE y armado de escenarios respectivamente, mientras que 7 (53,84%) intervinieron en el desarrollo de las pruebas piloto.

Frecuencias para la subvariable: Recibió capacitación sobre la metodología y protocolo de la ECOE de la UNNOBA, previo a su implementación

Tabla 15: Docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, según capacitación específica. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	15	93,75	93,75
No	1	6,25	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas, 15 (93.75%) aseguraron haber recibido capacitación sobre la metodología de la ECOE y su protocolo, previo a la implementación.

Frecuencias para la subvariable: ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en la organización general de la ECOE?

Tabla 16: Tipos de dificultades en la organización general, según la percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Presencia de dificultad	Total	Tipo de Dificultades	Frecuencia	Porcentaje
SI	13 (81.25%)	Falta de experiencia	8	62.54
		Dificultades en la coordinación del equipo docente	4	30.77
		Déficit de recurso técnico/administrativo	3	23.08
		Problemas de comunicación	2	15.38
NO	3 (19%)	No presenta dificultad	3	19%

Fuente: Encuesta propia

En relación con las dificultades percibidas en la organización general de la ECOE, 13 docentes (81,25%) manifestaron haber enfrentado algún tipo de obstáculo. De ellas, 8 (62.54%) señalaron la falta de experiencia previa en este tipo de evaluación como una de las principales limitaciones; 4 (30,77%) identificaron dificultades de coordinación interna dentro de los equipos docentes de las asignaturas; 3 (23,08%) mencionaron déficit de recursos técnicos y administrativos de apoyo, y 2 (15,38%) reportaron problemas de comunicación.

En contraste, 3 docentes (18,75%) afirmaron no haber percibido dificultades durante el proceso organizativo.

Análisis cualitativo de la pregunta: ¿Qué estrategias sugiere para mejorar la organización general de la ECOE?

Participaron 10 (62.5%) docentes

Categoría 1: Fomentar la capacitación específica en la metodología

Frecuencia: 5(31,25%)

Código de resultado: Capacitación y práctica docente

Transcripción:

D1: “Que se capacite más y se implemente como evaluación al final de cada asignatura que implique intervención en la práctica, para habituación al mismo del cuerpo docente y del alumnado”.

D2: “Capacitación al equipo docente para elaboración de escenarios”.

D5:” Ampliar la capacitación docente para el desarrollo de este tipo de evaluación”.

D6: “Capacitación de las y los docentes de forma constante”.

D9: “Practicarlo más”

Interpretación de la autora:

La capacitación, resultó una sugerencia señalada por el 31,25% de las docentes. La capacitación de los y las docentes en la metodología es un pilar fundamental para la implementación exitosa de la ECOE, ya que este tipo de evaluación por tratarse de una prueba práctica, presenta un enfoque diferente al de las evaluaciones tradicionales que requiere dominar aspectos técnicos, pedagógicos, éticos y comunicacionales para garantizar una evaluación justa, válida y formativa. Se infiere que, la capacitación recibida, podría haber resultado insuficiente, considerando además que esta constituyo la primera experiencia en la universidad.

Argumentación teórica:

Ticse (2017), menciona que para la implementación de la ECOE se requiere de personal docente con capacitación específica en el instrumento; además que tengan un profundo conocimiento de la asignatura, los objetivos del curso y la malla curricular. De igual modo, Martinez & Soto (2018), refieren que iniciar el proceso de implementación de la ECOE es conveniente que las personas encargadas de la organización, planeación y aplicación del examen reciban los cursos de capacitación necesarios antes de participar, con el propósito de que conozcan los objetivos, la utilidad y las características del examen que se aplicará, en ese contexto institucional. Inclusive, la mayoría de los reglamentos y protocolos, entre sus pasos, se encuentra instituida la capacitación a todos los actores involucrados (Martínez González & Trejo Mejía, 2018; Reglamento ECOE UNNOBA, 2022). Por su parte, Martinez & Soto (2018), proponen que las y los profesionales de la salud que integren los

Comités deben cumplir requisitos: reconocida experiencia en los conocimientos, habilidades y actitudes que se buscan evaluar (tutores, docentes, etcétera) y lo ideal es que, además de ser expertas/os en su área, tengan formación en evaluación de la competencia clínica.

Categoría 2: Mejorar la comunicación

Frecuencia: 2 (12.5%)

Código de resultado: Comunicación

Transcripción:

D10: “Establecer comunicación presencial o más efectiva entre docentes para mayor y mejor organización y utilización de ECOE”

D11: “Más comunicación”

Interpretación de la autora: Las docentes expresan como estrategia para mejorar la organización, mejorar la comunicación. Se infiere que la comunicación fluida, clara y oportuna entre los múltiples actores permitiría prevenir errores, resolver imprevistos y asegurar que todos los participantes comprendan sus roles y responsabilidades.

Argumentación teórica:

Según, Chiavenato (2009), en todos los niveles de una organización, las personas están adquiriendo y difundiendo información constantemente. Todas las funciones, como la planeación, la organización, la dirección y el control, sólo pueden funcionar en la práctica mediante la comunicación. Ésta es clave e indispensable para el funcionamiento de una organización, los grupos, las personas. La comunicación es la transferencia de información y de significados de una persona a otra o de una organización a otra. La comunicación es el fenómeno mediante el cual un emisor influye en un receptor y le aclara algo. Más aún, es el proceso mediante el cual dos o más personas intercambian, comprenden y comparten información, por lo general con la intención de influir en el comportamiento de otras personas. Es el flujo de información entre dos o más personas y su comprensión, o la relación entre personas por medio de ideas, hechos, pensamientos, valores y mensajes. La comunicación es el punto en el cual convergen las personas cuando comparten sentimientos, ideas, prácticas y conocimientos. Así, comunicación no sólo significa enviar información o mensajes, sino hacer que éstos sean comunes entre las personas involucradas. La diferencia entre sólo enviar y compartir es crucial para que una comunicación eficaz. Para que exista comunicación es necesario que el destinatario de la información la reciba y la comprenda. La información sólo transmitida, pero no recibida ni comprendida, no ha sido comunicada. Comunicar algo significa hacer común, a una o más personas, una información o un mensaje. A pesar de todos los avances de la informática y las telecomunicaciones, la comunicación entre las personas todavía deja mucho que desear, porque no depende de la tecnología, sino del esfuerzo de la gente y de aquello que las rodea. En general, la comunicación cumple cuatro funciones básicas en una organización, grupo o persona: control, motivación, expresión de emociones e información.

Categoría 3: Apoyo técnico administrativo para la implementación de la ECOE

Frecuencia: 1 (6.25%)

Código de resultado: Apoyo no docente

Transcripción

D14: “Incorporar no docentes para apoyo en el armado de los circuitos”

Interpretación de la autora:

La docente manifiesta la necesidad de incorporar apoyo de personal no docente para el armado de los escenarios. La sugerencia, podría derivarse a la alta complejidad logística: técnica y operativa. A diferencia de otros formatos evaluativos más tradicionales, la ECOE implica múltiples dimensiones simultáneas que van más allá del trabajo estrictamente académico.

Argumentación teórica:

Para llevarse a cabo es indispensable la inversión de tiempo, esfuerzo, recursos humanos y materiales, así como la dedicación por parte de la institución y de los responsables de la aplicación del examen (Martinez & Soto, 2018). De igual modo, Ticse (2017) señala la necesidad de una planificación rigurosa, recursos económicos (el alto costo económico asociado) y recursos humanos y materiales especializados.

Categoría 4: Casoteca/ banco de casos

Frecuencia: 1 (6.25%)

Código de resultados: Escenarios ya definidos

Transcripción:

D13: “Tener escenarios ya definidos por materia “.

Interpretación de la autora:

La autora infiere que la docente sugiere, se instituya un banco de escenarios en cada asignatura.

Argumentación teórica:

El Manual para preparar pruebas ECOE de Enfermería de Almodóvar et al.,(2020), es un ejemplo de casoteca. Es decir, una colección de casos validados para preparar ECOE, que abordan el cuidado en los diferentes momentos del ciclo vital, es decir por subáreas curricular. Cada situación clínica incluye los objetivos de aprendizaje, la descripción del caso clínico, los recursos necesarios y la rúbrica de evaluación, explicaciones para la resolución, y posibilidades de retroalimentación para el alumnado.

Por lo antes dicho, la investigadora, concluye que la estrategia propuesta es valiosa. Recopilar casos clínicos validados previamente mediante prueba piloto de acuerdo a los objetivos en cada asignatura, no solo permitiría ahorrar tiempo, sino además orientar a docentes de nuevo ingreso, unificar criterios inter sede, siempre y cuando con responsabilidad se resguarden, y realicen adaptaciones y

actualizaciones frecuentes de los escenarios clínicos.

Categoría 5: Implementar estrategias para reducir el estrés académico en el estudiantado.

Frecuencia: 1(6.25%)

Código de resultado: Estrés en los estudiantes

Transcripción:

D2: “Estrategias para disminuir es estrés en los estudiantes”.

Interpretación de la autora:

Si bien la respuesta no aborda directamente la pregunta, se considera igualmente una oportunidad para recabar las opiniones de las participantes. Puede inferirse, que la docente, en este caso, idéntica el estrés que experimentan las y los estudiantes durante la ECOE como una dificultad que en exceso puede afectar el desempeño y su salud mental de los mismos. Por lo tanto, sugiere, la implementación de estrategias para reducirlo. Argumentación teórica:

Spretz et al., (2013), en su estudio, identificaron debilidades de la ECOE. Entre estas, señalan el estrés tanto para el alumnado, como para el equipo docente. Higuita Gutiérrez et al.,(2019), describieron los factores que afectan el desempeño de las y los estudiantes durante la prueba, entre ellos, además de preocupación y ansiedad, remarcan el estrés. En una investigación realizada en la UNNOBA, que exploró la perfección de las y los estudiantes de enfermería, en relación a su primera experiencia con la ECOE, el 15% de las y los participantes, manifestó alto niveles de estrés durante la evaluación (Lezcano et al.,2023). En todos los casos, sus autores sugieren implementar estrategias para reducir el estrés.

4-Variables relacionadas con el diseño de las ECOE

Frecuencias para la subvariable: ¿Qué tipo de pruebas implementó en la ECOE?

Tabla 17: Frecuencia de los tipo de pruebas implementadas en las estaciones de las ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024

Tipo de prueba	Frecuencia	Porcentaje
Resolución de casos clínicos (Zona 2)	16	100%
Evaluación de habilidades (Zona 1)	13	81.25
Evaluación sobre trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, asesoraría y educación para la salud (Zona 3).	10	62.5
Prueba escrita, conocimiento teórico	2	12.5

Fuente: Encuesta propia

En relación con el tipo de prueba implementada en las ECOE, la totalidad de las docentes encuestadas (100%) aplicaron resolución de casos clínicos correspondientes a la Zona 2 de simulación. Asimismo,

13 (81,25%) docentes incluyeron evaluación de habilidades clínicas en la Zona 1, mientras que 10 (62,5%) desarrollaron estaciones vinculadas a la Zona 3 de simulación, orientadas a evaluar competencias como el trabajo en equipo, la comunicación, la asesoría y la educación para la salud. Finalmente, una minoría, 2 (12,5%) incorporó pruebas escritas como parte de los circuitos evaluativos.

Frecuencias para la subvariable: ¿Qué tan adecuados considera los escenarios de simulación para evaluar competencias profesionales en estudiantes de enfermería?

Tabla 18: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, sobre aplicar simulación clinica para evaluar competencias profesionales. Junín, noviembre- diciembre 2024

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	10	62.5	62.5
De acuerdo	5	31.25	93.75
En desacuerdo	1	6.25	100
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas, 10 (62,5%) manifestaron estar muy de acuerdo con la evaluación de competencias a través de escenarios basados en simulación clínica, y 5 (31,25%) se expresaron de acuerdo. En conjunto, el porcentaje acumulado de adhesión positiva alcanza el 93,75%. Solo una docente (6,25%) manifestó su desacuerdo con utilizar simulación clinica para evaluar competencias profesionales.

Frecuencias para la variable: Incorporó pacientes estandarizados en los escenarios

Tabla 19: Utilización de pacientes estandarizados en la ECOE del IADH de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	6	42,86	42,86
Si	8	57,14	100,00
Total	14	100,00	

Fuente: Encuesta propia

8 (57.14%) de las docentes encastadas, incorporó paciente estandarizados en al menos un escenario de la ECOE.

Frecuencias para la subvariable: Cuál es su opinión respecto a la utilización de paciente estandarizados

Tabla 20: Utilización de paciente estandarizado en la ECOE, según la opinión docentes de enfermería de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Opinión Paciente estandarizado	Frecuencia	Porcentaje

Requiere disponer de recurso humano extra	12	75
Los escenarios con paciente simulados facilitan la evaluación de habilidades blandas	12	75
Los escenarios que incorporan paciente simulados son más realistas	12	75
Requiere capacitar y entrenar recurso humano destinado a paciente estandarizado	11	68.75

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes consultadas, 12 (75%) coincidieron en que la incorporación de pacientes estandarizados en las estaciones de la ECOE aporta mayor realismo a los escenarios clínicos. El mismo número (12 docentes, 75%) consideró que esta estrategia facilita la evaluación de habilidades blandas, y otras 12 (75%) personas expresaron que ello requiere disponibilidad de recurso humano adicional**.** Asimismo, 11 docentes (68,75%) señalaron que el uso de pacientes estandarizados implica la necesidad de capacitación y entrenamiento específico del personal involucrado en ese rol.

Frecuencias para la subvariable: Sobre el diseño de las estaciones, indique qué aspectos presentaron mayor dificultad

Tabla 21: Tipos de dificultades en el diseño de las estaciones., según la percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024

Presencia de dificultad	N	Dificultades en el diseño de escenarios	Frecuencia	Porcentaje
Si	13 (81.25)	Selección del tipo de prueba/ escenario según competencias a evaluar	6	46.15
		Dificultad para elaborar las guías	4	30.77
		Dificultad para elaborar los instructivos	4	30.77
		N° de estaciones que integran la ECOE por asignatura según reglamento	3	23.07
		Dificultad para elaborar la lista de cotejo	3	23.07
		Dificultad para conseguir paciente estandarizados (actores)	3	23.07
No	3 (18.75)	No presente dificultad	3	18,75

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas, 13 (81,25%) manifestaron haber experimentado dificultades en el diseño de las estaciones que conformaron la ECOE. Entre estas, 6 (46,15%) docentes señalaron inconvenientes en la selección del tipo de prueba en función de las competencias a evaluar. Por su parte, 4 (30,77%) indicaron dificultades para la elaboración de las guías e instructivos.

Además, 3 docentes (23.07%) mencionaron obstáculos vinculados con el número de estaciones que debían integrar cada ECOE según el protocolo, con la confección de listas de cotejo y con la disponibilidad de pacientes estandarizados.

En contraste, 3 docentes (18,75%) afirmaron no haber encontrado dificultades en el proceso de diseño de las estaciones de la ECOE.

5-Variables relacionadas con la Ejecución

Frecuencias para la subvariable: ¿Cómo evalúa el proceso de ejecución de la ECOE el día de la evaluación?

Tabla 22: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, sobre el proceso de ejecución. Junín, noviembre-diciembre de 2024.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Satisfactorio	8	50,00	50.00
Muy satisfactorio	7	43,75	93.75
Neutral	1	6,25	100.00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

Respecto a la etapa de ejecución, 8 (50%) la percibieron de forma satisfactoria, y 7(43.75%) muy satisfactorio. En conjunto ambos grupos representan un porcentaje acumulado de 93.75%. Solo una docente (6,25%) se manifestó neutral.

Frecuencias para la subvariable: ¿Está de acuerdo con el tiempo asignado a cada escenario/estación?

Tabla 23: Percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA, sobre el tiempo asignado a cada escenario/estación. Junín, noviembre- diciembre de 2024

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De acuerdo	10	62,50	62,50
Totalmente de acuerdo	3	18,75	81.25
Neutral	2	12,50	93.75
Muy en desacuerdo	1	6,25	100.00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

Del total de docentes encuestadas, 10 (62,5%) manifestaron estar de acuerdo con el tiempo asignado para la resolución de cada escenario**,** conforme a lo establecido en el protocolo. Además, 3 docentes (18,75%) se expresaron muy de acuerdo**,** mientras que 2 (12,5%) adoptaron una posición neutral y solo 1 (6,25%) se mostró muy en desacuerdo**.**

Frecuencias para la subvariable: ¿Considera que las estaciones con escenarios de simulación reflejaron satisfactoriamente las situaciones reales de la práctica clínica en enfermería?

Tabla 24: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, respecto al grado de realismo reflejado en los escenarios de simulación. Junín, noviembre- diciembre de 2024.,

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy satisfactorio	8	50,00	50,00

Satisfactorio	7	43,75	93.75
Neutro	1	6,25	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

En cuanto al grado de realismo logrado en los escenarios de simulación clínica**,** 8 docentes (50%) lo calificaron como muy satisfactorio, mientras que 7 (43,75%) lo consideraron satisfactorio. Solo una docente (6,25%) adoptó una posición neutral. En conjunto, el porcentaje acumulado de percepciones positivas alcanza el 93,75%**,** lo que refleja una alta valoración del realismo escénico logrado en la implementación de la ECOE.

Análisis cualitativo de la pregunta: Comentarios y aportes sobre la ejecución.

Participaron 3 docentes en total.

Categoría 1: La implementación de la ECOE requiere experiencia por parte del equipo docente

Frecuencia: 1(6.25%)

Código de resultado: Falta de experiencia

Transcripción:

D5: “Creo que la falta de experiencia es un factor que obstaculiza el desarrollo”.

D10: “Poca experiencia en este proceso”

Interpretación de la autora

Respecto a la primera, la docente reconoce que la falta de experiencia en la ejecución de una ECOE, podría haber obstaculizado el desarrollo de la evaluación.

La segunda respuesta fue breve. Se infiere que la falta de experiencia manifestada por la docente en la ejecución de la ECOE, podría haberla condicionado durante la ejecución.

Argumentación teórica

La falta de experiencia y familiaridad del equipo docente con este tipo de evaluación, puede afectar negativamente la calidad del proceso evaluativo. En este sentido, la formación y el entrenamiento previo de los y las docentes resulta esencial para garantizar una evaluación válida, justa y centrada en el aprendizaje. Ticse (2017), menciona que para la implementación de la ECOE se requiere de personal docente con capacitación específica en el instrumento; además que tengan un profundo conocimiento de la asignatura, los objetivos del curso y la malla curricular. De igual modo, Martinez & Soto (2018), refieren que iniciar el proceso de implementación de la ECOE es conveniente que las personas encargadas de la organización, planeación y aplicación del examen reciban los cursos de capacitación necesarios antes de participar, con el propósito de que conozcan los objetivos, la utilidad y las características del examen que se aplicará, en ese contexto institucional. Inclusive, la mayoría de los

reglamentos y protocolos, entre sus pasos, se encuentra instituida la capacitación a todos los actores involucrados (Martínez González & Trejo Mejía, 2018; Reglamento ECOE UNNOBA, 2022).

Por su parte, Martinez & Soto (2018), proponen que las y los profesionales de la salud que integren los Comités deben cumplir requisitos: reconocida experiencia en los conocimientos, habilidades y actitudes que se buscan evaluar (tutores, docentes, etcétera) y lo ideal es que, además de ser expertas/os en su área, tengan formación en evaluación de la competencia clínica. Por otra parte, varios reglamentos, incorporan la realización de pruebas pilotos. Martinez & Soto (2018) y Martínez González & Trejo Mejía (2018), mencionan que la prueba piloto aplicada a una población académicamente similar a la que se evaluará, tiene como finalidad por un lado mejorar la claridad y relevancia de las estaciones; y por otro entrenar a las y los profesores que participaran para afinar detalles. El Protocolo de la UNNOBA, establece que, con anterioridad a la implementación formal de la ECOE, debe llevarse a cabo una prueba piloto a pequeña escala. Esto permite identificar posibles dificultades logísticas, técnicas o metodológicas. Esta instancia de simulacro de la ECOE, tiene como propósito como evaluar la validez de los instrumentos diseñados, la pertinencia y factibilidad de los procedimientos metodológicos definidos para la recolección de datos, así como verificar la viabilidad operativa y la duración estimada de los escenarios. A partir de los resultados obtenidos, el equipo docente realiza los ajustes necesarios con el fin de optimizar el desarrollo de la evaluación en su fase definitiva. Esta etapa, es fundamental para asegurar la calidad del proceso evaluativo, también constituye una oportunidad para capacitar y entrenar a los evaluadores y actores involucrados, reduciendo así los potenciales sesgos y errores durante la aplicación formal del ECO.

Categoría: Prevenir el estrés

Frecuencia: 1(6.25%)

Código de resultado:

Transcripción

D12: “Lo que más se destaca en la ejecución es el estrés que demostraron muchos estudiantes al enfrentarse con este tipo de evaluación”.

Interpretación de la autora:

La docente destaca en comentario sobre la ejecución, el estrés estudiantil.

Argumentación teórica:

El estrés es definido por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil”, que repercute negativamente en la capacidad de concentración y relajación, aumenta la prevalencia de cefaleas, alteraciones del sueño y del comportamiento, malestar gastrointestinal, alteraciones en el apetito, y predispone al uso de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas. Cuando el estrés se vincula con las situaciones de los espacios de formación o educación se lo denomina estrés académico (Cruz Carabajal et al.2024).

Barraza (2008) y López et al. (2021) definen el estrés académico como un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta cuando la/el alumno se ve sometido,

en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno/a son considerados estresores. Le provoca desequilibrio sistemático, que se manifiesta en una serie de síntomas que obliga al alumnado a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio.

Las y los estudiantes universitarios pueden experimentar distintos niveles de estrés académico al afrontar las exigencias propias de su formación. Este estrés surge, en gran medida, de la necesidad de adaptarse a la responsabilidad de cumplir con las obligaciones, realización de trabajos, evaluaciones de profesores, alejamiento de sus seres queridos, presiones económicas y sociales y a las expectativas de familiares y de sí mismos respecto a su desempeño. La combinación de estos factores puede generar altos niveles de ansiedad, lo que contribuye al riesgo de fracaso académico en el nivel universitario, además de impactar negativamente en el rendimiento académico y en la salud física y emocional de los estudiantes. En este contexto, el temor a la evaluación, el miedo al fracaso y otros factores de índole cognitiva y afectiva se encuentran entre los motivos más frecuentemente identificados, ya que afectan de manera significativa las creencias motivacionales, como la autoeficacia, la percepción de capacidad y de control, así como también la satisfacción personal y el bienestar psicológico del estudiantado (Pinto Aragón et al., 2022).

No obstante, son varias investigaciones, que remarcan la presencia de estrés académico producto de las evaluaciones (Spretz et al.2013; Higuita Gutiérrez et al.,2019; Lezcano et al.,2023).

Barra & Calisto Alegria (2023), en su estudio sobre factores que facilitan y dificultan el aprendizaje a través de la simulación y ECOE, desde la perspectiva de las y los estudiantes y los docentes en la carrera Técnico en Enfermería de Nivel Superior en la ciudad de Chile, destacan entre los elementos obstaculizadores el nerviosismo. Las y los investigadores, proponen incorporar en el diseño curricular, estrategias que aborden los aspectos humanos, que podrían interferir negativamente en el rendimiento estudiantil.

Se mencionará además, un estudio realizado en la Universidad de Tucumán, exploró la relación entre las actividades académicas y los cambios a nivel psicológico, comportamental y físico, atribuidos al estrés, en estudiantes de enfermería. El objetivo, por lo tanto fue evaluar el nivel de estrés académico en los estudiantes de Enfermería e identificar las causas, manifestaciones y recursos de afrontamiento. Encuestaron a 610 estudiantes utilizando el cuestionario SISCO de estrés académico. Resultados: La media de edad fue de 28,64, mayormente eran mujeres (89,84%), del tercer año (24,26%) y sin hijos (64,43%). La intensidad del estrés académico obtuvo una media de 4,26 de 5,00. Las evaluaciones docentes fueron el estresor de mayor prevalencia y las reacciones psicológicas como la ansiedad, angustia o desesperación fueron las respuestas al estrés mayormente presentadas. Conclusiones: La mayoría de los encuestados presentaron un nivel de estrés severo. Las reacciones ante el estrés se vincularon con las subvariables edad, sexo, hijos y grado de avance en la carrera. Las y los investigadores, concluyeron que es indispensable dotar a las y los estudiantes de herramientas para hacer frente al estrés. (Cruz Carabajal et al., 2024)

En este mismo sentido, Pinto Aragón et al., (2022), manifiestan que las universidades conocedoras de esta problemática que aqueja a la mayoría del estudiantado, desde el primer momento que ingresan a

las aulas, deben prestar el apoyo necesario, para que el estrés se supere de la mejor manera, y se puedan adaptarse rápidamente.

6-Variables relacionadas con el rol evaluador

Frecuencias para la subvariable: Cómo califica su desempeño como evaluador

Tabla 25: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, sobre su desempeño como evaluadoras en la ECOE

Rol evaluador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy satisfactorio	2	14,29	14,29
Satisfactorio	12	85,71	100,00
Total	14	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las docentes encuestadas, 14 (87,5%) se desempeñaron como evaluadoras durante la ejecución de la ECOE en la UNNOBA. De este grupo, 12 docentes (85,71%) percibieron su desempeño como satisfactorio, y 2 (14,29%) lo calificaron como muy satisfactorio. En consecuencia, el 100% de quienes desempeñaron funciones de evaluación en las distintas estaciones manifestaron una percepción positiva respecto a su intervención

Frecuencias para la subvariable: ¿Cree que la retroalimentación brindada a las y los estudiantes fue adecuada y útil para su aprendizaje?

Tabla 26: Retroalimentación según la percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre-diciembre de 2024.

Retroalimentación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	16	100,00	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

El 100% de las docentes encuestadas (n = 16) expresó que la retroalimentación proporcionada a las y los estudiantes al finalizar la ECOE fue adecuada y útil.

Frecuencias para la subvariable: ¿El procesamiento y análisis de los resultados presentó dificultad?

Tabla 27Procesamiento y análisis de resultados según la percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre diciembre de 2024.

Procesamiento y análisis de datos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No presentó dificultad	13	92.86	92.86
SI, presentó dificultad	1	7.14	100
Total	14	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las 14 docentes (87,5%) que desempeñaron el rol de evaluadoras, 13 (92,86%) manifestaron no

haber presentado dificultades durante la instancia de procesamiento y análisis de los resultados**.** Solo una docente (7,14%) indicó haber enfrentado algún tipo de dificultad en dicha etapa.

Pregunta: Si su respuesta anterior fue "SI", fundamente

Análisis cualitativo:

Categoría: Digitalización y gestión de datos

Frecuencia de participación: 1 (5,88%)

Código de resultado: Formulario Google

Transcripción, participante D 4 “Como recomendación las rúbricas de cada evaluador deberían realizarse a través de un formulario Google, permitirá realizar más rápido el análisis de los resultados”

Interpretación: la sugerencia de la docente, pone de manifiesto una preocupación por la eficiencia operativa del proceso evaluativo**,** particularmente en lo que respecta a la sistematización de la información recabada durante la ECOE. La sugerencia de utilizar formularios digitales como Google Forms evidencia una actitud propositiva orientada a la mejora continua**,** así como también una valoración del uso de herramientas tecnológicas para facilitar tareas de registro de los resultados, tareas administrativas y análisis de resultados.

Argumentación teórica:

La lista de cotejo, su nombre en inglés es Check list, es un instrumento que permite identificar y registrar los aprendizajes y competencias; es decir discrimina con un alto grado de precisión el comportamiento a observar o el contenido a medir. Contiene un listado de indicadores de logro en el que se constata, en un solo momento, la presencia o ausencia de ellos a través del desempeño del/a estudiante. Mientras la rúbrica, describe el nivel de desempeño en la realización de una práctica. Es decir, no solo identifica la presencia de una dimensión, sino que además estipula el modo en que cada dimensión se presenta. Por lo general, se toman en cuenta por lo menos tres categorías vinculadas al logro (excelente, muy bueno, bueno) y una a su no obtención (malo), aunque se pueden utilizar otros términos: bueno / regular / malo, siempre / a veces / (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, 2022). Analizar los datos cargados en estos dispositivos, en formato físico, resulta trabajoso. Utilizar listas de cotejo y rubricas en formatos digitales, facilitaría el procesamiento de esos datos y la labor docente. Además de ahorro de tiempo, costos, reducción de errores de transcripción, disponibilidad inmediata de los resultados. Respecto a los protocolos de construcción de ECOE, Martínez González & Trejo Mejía (2018), en el Paso 4, menciona que dichos instrumentos pueden presentarse en formato digital o físico.

7-Variables relacionadas con el Reglamento/Protocolo

Frecuencias para la variable: Respecto al reglamento/protocolo ¿Qué aspectos considera deberían revisarse/mejorarse?

Tabla 28: Percepción docente sobre el reglamento y protocolo de la ECOE del IADH de la UNNOBA: aspectos a mejorar. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Modificaría	Frecuencia / Porcentaje Total	Aspectos a mejorar	Frecuencia	Porcentaje
No	7 (43.75%)			
Si	9 (56.25%)	Comunicación en las diferentes etapas del proceso	5	55.55
		Aspectos relacionados con el diseño de los escenarios	4	44.44
		Aspectos relacionados con la incorporación de paciente estandarizado	2	22.22
		Rol de evaluador/ observador	1	11.11
		Contrato de confidencialidad y ficción	1	11.11

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas que participaron en la ECOE del IADH de la UNNOBA, **7** (43,75%) manifestaron que no modificarían ningún aspecto del reglamento ni del protocolo**,** lo que indica que se encuentran conformes con su contenido y disposiciones.

En cambio, 9 docentes (56,25%) manifestaron que modificarían al menos algún aspecto del reglamento o protocolo de la ECOE. De ese grupo, 5 docentes (55.55%) señalaron aspectos vinculados con la comunicación durante las distintas etapas del proceso evaluativo; 4 (44.44%) propusieron ajustes en el diseño de los escenarios**;** 2 (22.22%) en relación con el uso de pacientes estandarizados**, y** 1 docente (11.11%) mencionó la necesidad de revisar el rol del evaluador y el contenido del contrato de confidencialidad y ficción**,** respectivamente.

8-Variable: consideraciones generales

Frecuencias para la subvariable: ¿Cómo calificaría en general su experiencia en la del ECOE del IADH de la UNNOBA?

Tabla 29: Percepción docente sobre su experiencia general en la ECOE del IADH de la UNNOBA. Junín, Noviembre- diciembre 2024

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy positiva	7	43,75	43,75
Positiva	9	56,25	100,00
Total	16	100,00	

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes encuestadas, 9 (56,25%) calificaron su primera experiencia con la ECOE en la UNNOBA como positiva, y **7** (43,75%) como muy positiva.

Frecuencia de la subvariable: ¿Qué aspectos de la implementación del ECOE considera críticos para su éxito?

Tabla 30: Aspectos críticos para el éxito en la implementación de la ECOE, según la percepción de las docentes del IADH de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Aspectos críticos	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación de evaluadores	15	93.75
Comunicación y coordinación	14	87.5
Logística y organización	14	87.5
Evaluación y retroalimentación efectiva para los estudiantes	14	87.5
Disponibilidad de recursos y equipos	13	81.25
Manejo de los tiempos	13	81.25

Fuente: Encuesta propia

De las 16 docentes que participaron en el estudio, 15 (93,75%) identificaron la capacitación de las y los evaluadores como un aspecto crítico para garantizar una implementación exitosa de la ECOE en el futuro. Asimismo, 14 docentes (87,5%) señalaron como factores clave la comunicación y la coordinación dentro del equipo docente**,** junto con la logística general, la organización operativa y la efectividad de la evaluación y la retroalimentación brindada a las y los estudiantes. Por su parte, 13 docentes (81,25%) destacaron la disponibilidad de recursos y equipamiento**,** así como el adecuado manejo del tiempo durante el proceso evaluativo**.**

Frecuencia de la subvariable: ¿Qué tipo de apoyo adicional cree que sería útil para mejorar la implementación del ECOE en su institución?

Tabla 31: Apoyo adicional para mejorar la implementación de la ECOE, según la percepción de las docentes de enfermería, que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024.

Apoyo adicional	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación y desarrollo profesional	10	62.5
Recursos humanos adicionales (técnicos, administrativo, paciente estandarizado)	5	31.25
Equipamiento e insumos	3	18.75
Financiamiento	3	18.75

Fuente: Encuesta propia

10 docentes (62,5%) señalaron la necesidad de contar con instancias adicionales de capacitación y desarrollo profesional**.** Por su parte, 5 docentes (31,25%) indicaron la importancia de incorporar recursos humanos adicionales**,** tales como personal técnico, administrativo y pacientes estandarizados. 3 docentes (18,75%) destacaron la necesidad de contar con mayor equipamiento e insumos, y otras 3 (18.75%) financiamiento para fortalecer el dispositivo evaluativo.

DISCUSIÓN

Se logró cumplir con el objetivo general del estudio, en tanto fue posible describir y comprender la percepción de las docentes del área profesional clínica y comunitaria de la Carrera de Licenciatura en Enfermería respecto a la ECOE, implementada por el IADH de la UNNOBA. La participación del 88% de la población objetivo aportó una base sólida para el análisis, lo que permitió obtener una visión representativa y relevante de la experiencia docente en torno a esta estrategia evaluativa.

Se logró comprobar la hipótesis nula (H0). La autora no encontró diferencia significativa en la percepción de las docentes del área profesional de la Carrera de Enfermería del IADH de la UNNOBA, respecto a la ECOE.

Respecto al primer objetivo, describir las características sociodemográficas de las y los docentes del área profesional clínica y comunitaria de la Carrera de Licenciatura de la UNNOBA. Los resultados evidenciaron que el 100% de la población encuestada se identificó con el género femenino. Esta información permite inferir que la población objeto de estudio se encuentra atravesada por un proceso de feminización de la profesión, el cual puede ser comprendido en el marco de los mandatos sociales, culturales y económicos que históricamente han configurado el rol de las mujeres en el campo del cuidado y la salud. Esta tendencia no es exclusiva del contexto local, sino que refleja una realidad de alcance internacional. En este sentido, el CIE señala que las mujeres representan aproximadamente el 90% de las y los profesionales de enfermería a nivel global (Consejo Internacional de Enfermeras, Igualdad de género en el personal de enfermería y asistencia sanitaria, 2023).

El análisis de la subvariable nivel de formación máximo adquirido, demuestra que la mayoría de las docentes encuestadas, (13; 81.25%) ostentaron título de grado en Enfermería. Solo una minoría ha logrado título de posgrado (3; 18.75%). Si bien, no se encontró antecedentes de estudio que relacionen esta subvariable con la percepción sobre la ECOE, la autora, infiere que a mayor nivel de formación posgrado, en especial, vinculado con la docencia universitaria, mayor sería la posibilidad de las y los docentes presenten familiaridad con metodologías de evaluación innovadoras.

La formación de posgrado, especialmente vinculada a la docencia universitaria, o la gestión curricular, pone a disposición herramientas y estrategias pedagógicas para mejorar la planificación y evaluación; promueven y desarrollan una praxis reflexiva y fundamentada de todo el proceso de enseñanza aprendizaje incluida la evaluación; como así también un mayor involucramiento con los procesos institucionales de mejora académica continua, y mayor seguridad para enfrentar nuevos desafíos.

En relación con la subvariable años de experiencia en la docencia en Enfermería**,** se observa que la mayoría del cuerpo docente encuestado (13; 81,25%)**,** posee más de cinco años de experiencia en la docencia dentro de la carrera, lo que aporta una base sólida de conocimiento y vivencias pedagógicas relevantes para el análisis de sus percepciones sobre la primer ECOE de la UNNOBA. Respecto al área de conocimiento en el que se desarrollan, 9 (56.25%) docentes se desempeñan en asignaturas del área clínica; 4 (25%) en las áreas clinica y comunitaria simultáneamente, y 3 (18.75%) en el área profesional comunitaria exclusivamente.

El análisis de las variables y subvariables que permiten responder y cumplir con el objetivo específico 2: Conocer las opiniones de las y los docentes de Enfermería sobre utilidad, diseño, organización, ejecución, y evaluación de la ECOE, y 3: Identificar fortalezas y debilidades de la ECOE implementada en la Licenciatura en Enfermería del IADH, según la percepción de las y los docentes, arrojó los siguientes resultados:

La totalidad de las docentes participantes (16; 100%) manifestaron una percepción positiva ante la ECOE, al considerar que se trata de una herramienta útil y confiable para la evaluación de competencias en estudiantes de Enfermería. En detalle, 13 (81,25%) expresaron estar muy de acuerdo**,** mientras que el 18,75% (3) indicaron estar de acuerdo con dicha afirmación.

Diversos autores, de igual modo, valoran positivamente la ECOE, asegurando que es una metodología de elección para diagnosticar y monitorizar los aprendizajes y competencias profesionales adquiridas y desarrolladas durante la formación de grado en ciencias de la salud. Su utilidad para medir integralmente todo el abanico de competencias, junto a la confiabilidad/ fiabilidad son algunos atributos que caracterizan a este instrumento, además de la validez, la objetividad, el equilibrio, reproducidad, aceptabilidad, e impacto educativo (Almodóvar et al.2020; Ramos et al.,2019; Martinez & Soto,2018; Rodriguez Higueras et al.,2014; Castro Yuste, 2014; Alarcón, 2013; Durante, 2006; Solà et al.,2011)

Se detectó un alto grado de acuerdo entre las docentes encuestadas, respecto a los seis grupos de competencias que define el reglamento y protocolo de la UNNOBA, construido de acuerdo a la clasificación propuesta por Rodriguez Higueras et al.,(2014), basado en las recomendaciones del Proyecto Tuning para América Latina (2007) y el Libro Blanco para carreras de enfermería (ANECA, 2004). Sobre “Competencias asociadas con valores profesionales”, 9 docentes (56,25%) manifestaron estar muy de acuerdo y 4 (25%) de acuerdo; “Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas”, 13 (81.25%) expresaron estar muy de acuerdo, y 3 (18.75%) de acuerdo; “Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos”, 12 (75%) respondieron muy de acuerdo y 4 (25%) docentes de acuerdo; “Conocimiento y competencias cognitivas”, 11 (68.75%) docentes indicaron estar muy de acuerdo, y 4 (25%) de acuerdo; “Competencias interpersonales y de comunicación”, 11 (68.75%) participantes expresaron estar muy de acuerdo, y 4 (25%) de acuerdo; finalmente “Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo”, 11(68.75%) declararon estar muy de acuerdo, 3 (18.75%) de acuerdo.

Asimismo, se observó un alto nivel de consenso (15; 93.75%) entre las docentes encuestadas respecto a que la ECOE aporta un valor complementario y adicional, si se la compara con otras formas de evaluación convencionales. De las 16 participantes, 11 (68,75%) manifestaron estar muy de acuerdo y 4 (25%) de acuerdo en que la ECOE contribuye de manera diferenciada al proceso formativo de las y los futuros graduados de enfermería, promoviendo una valoración más auténtica y contextualizada del grado de adquisición de las competencias profesionales. Solo una (6,25%) docente expresó estar en desacuerdo con esta afirmación. Desde su presentación en 1975 por Harden, Stevenson, Downie y

Wilson en Escocia, Reino Unido, como una innovación educativa destinada a contrastar con los exámenes tradicionales, diversos autores han destacado los atributos que hacen de la ECOE una herramienta superadora de las formas convencionales de evaluación. Entre sus principales fortalezas se encuentra la capacidad para garantizar una evaluación integral de competencias profesionales, y también laborales, entendidas como la capacidad de saber hacer, resolver situaciones complejas y cambiantes, y demostrar un dominio integrado de conocimientos, habilidades y actitudes (Barra & Calisto Alegria, 2023; Higuita Gutiérrez et al., Jaramillo Caro, & Cardona Arias, 2019; Almodóvar et al.,2020; Granizo Coloma et al.,2018; Alarcón, 2013; Rodriguez Higueras et al.,2014; Solà et al.,2011; Harden et al.,1975).

Es decir, la ECOE es más válida y fiable que otras formas tradicionales de evaluación de los componentes clínicos y comunitarios en carreras de salud como medicina y enfermería (Almodóvar et al.,2020; Alarcón, 2013; Solà et al.,2011). Rodriguez Higueras et al.,(2014), agrega que el valor de la ECOE es aún superior si se realiza empleando simulación clínica como estrategia central de evaluación; puesto que añade información complementaria al expediente académico en relación al desarrollo del aprendizaje: saber, saber ser y saber hacer profesional.

Cuando se les consultó a las participantes sobre el impacto de la ECOE en la preparación profesional de las y los estudiantes de enfermería, se obtuvieron 14 (87.5%) respuestas, que se analizaron mediante análisis de contenido conceptual. Resultaron 5 categorías, que a continuación se detallan:

Categoría 1: Nivel de impacto de la ECOE en la preparación profesional del estudiantado. Código de resultado: Alto impacto / impacto positivo en la formación profesional. Con una frecuencia de 62.5% (10). Manifestado de la siguiente manera por las participantes: “Alto impacto”; “Alto impacto, mejora la calidad de atención"; "Es una evaluación que aporta a la formación de los estudiantes de enfermería….. Van a estar más preparado cuando egresen"; "El impacto es significativo …esto mejora su desempeño en las practicas reales"; "El ECOE presenta impacto significativo en la preparación profesional de las y los estudiantes de enfermería"; "Considero que constituye un proceso de alto impacto que mejora continuamente las competencias profesionales"; "Impacto positivo"; "Positivo"; “…los prepara para el trabajo ".

Durante (2006), define impacto educativo, como la manera en que la evaluación influye sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje. A partir de lo que se desea alcanzar (objetivos, resultados de aprendizaje y competencias) se prepara el currículo de la asignatura y las estrategias pedagógicas necesarias. La evaluación, en este caso, será el proceso que reflejará el resultado final, habilitando la reflexión y posibilidades de mejoras. En ese mismo sentido, Beltrán Velíz et al.(2020) expresan que en la carrera de enfermería y en otras ciencias de la salud, es importante comprobar el impacto de la formación sobre los aprendizajes, es decir el grado en que las y los estudiantes alcanzan los objetivos planteados, tanto teóricos como prácticos ya que la evaluación se asume como un proceso de retroalimentación donde el/la estudiante pueda analizar su desempeño, su rendimiento, su progreso y avance a lo largo del proceso formativo, lo que les permite identificar, analizar y reflexionar sobre sus propios errores, para trabajar en ellos; es decir tomar medidas para corregirlos y mejorar con apoyo del

equipo docente. Por lo tanto, la autora concluye que la ECOE es una evaluación formativa con alto impacto en la preparación profesional del estudiantado de enfermería de la UNNOBA

Categoría 2: Realismo de la ECOE**.** Código de resultado: Evaluación en un contexto que simula la realidad- Frecuencia: 6 (37,5%). Manifestado por: "Este tipo de evaluación integra estaciones con casos clínicos sacados de la realidad"; "…enfrentan a escenarios realistas"; "La ECOE, proporciona una puesta en escena que simula muchas veces la realidad"; "El estudiante tiene que adaptarse y resolver diferentes escenarios clínicos"; .."los pone en un escenario similar a la realidad"; "…les otorga una oportunidad similar a la realidad".

La investigadora sobre esta categoría, concluye que, la ECOE es una evaluación formativa práctica auténtica, realista y contextualizada. Interpreta que las docentes valoran positivamente el carácter realista de la ECOE, en tanto reproduce en el laboratorio mediante técnicas de simulación, situaciones similares a las que se enfrentan las y los estudiantes durante las prácticas clínicas y comunitarias. En otras palabras, la ECOE, al incorporar simulación, dota de realismo a la evaluación, constituyéndose una herramienta pedagógica significativa, que facilita la transferencia de lo aprendido al contexto profesional futuro.

Esta afirmación, encuentra argumentación en Escobar et al.,(2023), cuando señala que la evaluación de las competencias profesionales en estudiantes de ciencias de la salud debe realizarse en una situación lo más auténtica posible, que requiera que las y los estudiantes apliquen las mismas competencias que aplicarían en la vida profesional. Y sugieren, métodos como la simulación, el aprendizaje basado en problemas y en casos, puesto que promueven el desarrollo de habilidades profesionales y el aprendizaje en contextos de la vida real. Sumando a esto, varios autores, entre los cuales se encuentran Ticse (2017) y Chanatasig Villacis et al.,(2020), describen la simulación como una situación o escenario clínico más o menos complejo diseñado por el equipo docente para que las y los estudiantes experimenten la representación de un acontecimiento con características similares al entorno real con la finalidad de aprender, practicar, integrar, evaluar, probar o adquirir conocimientos de respuestas y conductas humanas.

Categoría 3: Retroalimentación. Código de resultado: Retroalimentación, reflexión, reflexión de los errores. Frecuencia: 4 (25%). Manifestado por las participantes de la siguiente manera: "El estudiante continúa aprendiendo, porque en la retroalimentación reflexiona sobre su desempeño, sobre lo estuvo bien y lo que debe mejorar"; "Ellos mismo al finalizar la evaluación se dan cuenta que errores cometieron"; "Creo que permite que las y los estudiantes reflexionen sobre su propia práctica, la cual su aplicación resulta inminente en el campo real"; "Mientras es evaluado adquiere competencias, y en la medida que reflexiona mejora las que tenía". La retroalimentación o feedback, es la información que describe el desempeño de la o el estudiante sobre una actividad (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021). Esta instancia no solo favorece la comprensión del desempeño alcanzado, sino que también orienta el proceso formativo, al ayudar a las y los estudiantes a reconocer aquello que realizan adecuadamente y a identificar estrategias para superar los obstáculos que enfrentan durante su aprendizaje (Sanmartí, 2020). Otro tipo de retroalimentación más compleja y profunda es el debriefing,

En el debriefing,, la/el docente ayuda a las y los estudiantes a explorar y analizar sus procesos de pensamiento, toma de decisiones, emociones, conocimientos y habilidades que realizan en forma automática, con la finalidad de descubrirlos y modificarlos para su aplicación en futuros procesos (Bordogna et all.,2017; (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021). No obstante, la retroalimentación, independientemente de la técnica que aplique, feedback o debriefing, es clave en la adquisición de habilidades clínicas, al facilitar la reflexión, la autorregulación, el aprendizaje continuo y la transferencia (Núcleo de Simulación Interdisciplinar, 2021). Particularmente, cuando se aplica al finalizar la ECOE, como afirman Salas et al.,(2012), el alumnado atraviesa una fase de autorreflexión y autocrítica. Esta posibilidad de analizar su propia actuación clínica, es una de las fortalezas de la ECOE, ya que ellos mismos se dan cuenta de las estaciones que les salieron mejor y las que les salieron peor, de lo que faltó por preguntar o hacer, y en lo que se equivocaron. En otras palabras, la retroalimentación, provee información útil con el propósito explícito de mejorar o sostener el rendimiento de la persona que lo recibe (Bordogna et al.,2017;Ticse, 2017).

La autora interpreta que la ECOE, según las docentes, ofrece una retroalimentación constructiva, en concordancia a la Fase II: Ejecución, articulo 8, del protocolo de la UNNOBA. Allí se establece “Devolución y retroalimentación. Al finalizar la evaluación, las y los estudiantes reciben retroalimentación formativa inmediata, a cargo de las y los sus evaluadores, y equipo docente de la asignatura. Es decir, las y los estudiantes en el momento de la devolución de los resultados, junto a sus evaluadores y equipo docente reflexionan sobre sus propios procesos de aprendizajes, reconocen fortalezas, debilidades y posibilidades de mejora, lo que impactará positivamente en la calidad de su formación y desempeño futuro.

Categoría 4: La ECOE promueve la seguridad en el desempeño real. Código de resultado: seguridad, práctica efectiva, correcta toma de decisiones- Frecuencia: 4 (25%). Expresado por las participantes: **“**…permitiendo la correcta toma de decisiones”; “Asegurando que el conocimiento teórico se traduzca en práctica efectiva"; “…seguridad a la profesión", "Evaluación en un ambiente controlado y seguro, para una práctica efectiva". La autora, infiere que la ECOE, según las docentes, aporta a las políticas de seguridad paciente, ya que permite evaluar las competencias clínicas de las y los estudiantes en un ambiente controlado, antes de que interactúen y tomen decisiones con pacientes reales; es decir promueve una práctica segura en las organizaciones de salud. La percepción que comparte este grupo de docentes, encuentra argumentación teórica en la literatura consultada. Ticse (2017), destaca que la ECOE permite recrear situaciones clínicas poco frecuentes o de emergencia, facilitando la demostración de habilidades específicas sin poner en riesgo la seguridad de personas reales ni incurrir en posibles conflictos legales. Martínez González & Trejo Mejía (2018), de igual manera, expresan que la ECOE contribuye a garantizar la seguridad y el bienestar de las personas que reciben cuidados, al desarrollarse en ámbitos académicos, mediante la recreación de situaciones clínicas que imitan con alto grado de realismo la práctica profesional. Martínez y Soto (2018) destacan que uno de los objetivos centrales de la ECOE se vincula directamente con las políticas de seguridad del paciente**,** al ser considerada un verdadero “estándar de oro” para la evaluación de la competencia clínica en estudiantes

de Ciencias de la Salud. Esta modalidad evaluativa permite valorar de manera integral y controlada una amplia variedad de habilidades clínicas**,** lo que garantiza la seguridad del proceso formativo sin comprometer a personas reales**.** En este sentido, su propósito último es contribuir a la mejora continua en la calidad de los recursos humanos en salud**,** asegurando que quienes egresan estén en condiciones de brindar cuidados seguros, eficaces y humanizados al servicio de la comunidad.

Categoría 5: La ECOE como evaluación fomenta la confianza en el desempeño real. Código de respuesta: Confianza- Frecuencia: 2 (12,5%). En palabras de las docentes: "Los alumnos se sienten más confiados al momento de las prácticas hospitalarias"; "En las practicas reales, se sienten más confiados". La investigadora, interpretación de estas respuestas, que las docentes reconocen que la ECOE contribuye al desarrollo de la autoconfianza en el estudiantado, al brindarles la oportunidad de enfrentarse a situaciones clínicas simuladas que reproducen la complejidad de la práctica profesional. Esta construcción progresiva de seguridad personal y profesional favorece una transición más sólida y segura hacia los escenarios reales de atención**,** al disminuir la ansiedad, fortalecer la toma de decisiones y promover el juicio clínico en contextos protegidos. En esta misma línea, Jawabreh et al.,(2025), destacan que los escenarios de simulación, aplicados en cualquier etapa del proceso formativo (inclusive en la evaluación), ofrecen una experiencia inmersiva e interactiva que favorece el desarrollo integral de competencias. Esta modalidad permite mejorar y fortalecer de manera significativa las habilidades cognitivas, afectivas y decisionales necesarias para la gestión del cuidado. A su vez, promueve un aumento notable en la autoconfianza en el estudiantado, al brindarles la posibilidad de practicar procedimientos clínicos en un entorno seguro y controlado, sin poner en riesgo la seguridad de personas. Por lo tanto, se puede afirmar que la confianza adquirida en escenarios de simulación resulta fundamental para su desempeño profesional futuro.

En relación con las ventajas de implementar la ECOE, la totalidad de las docentes encuestadas (16; 100%) coincidieron en que una de sus principales ventajas radica en la posibilidad de identificar fortalezas y debilidades individuales en el desempeño estudiantil. Asimismo, la mayoría (15; 93,75%) valoró positivamente la objetividad y estandarización del instrumento, aspectos que fortalecen su confiabilidad y utilidad como herramienta evaluativa. Del mismo modo, destacaron su aporte a la mejora de la preparación práctica de las y los estudiantes. Por otra parte, 14 docentes (87,5%) señalaron como una ventaja significativa la capacidad de la ECOE para representar escenarios clínicos y comunitarios reales, lo que permite una evaluación más contextualizada, auténtica y alineada con las demandas del ejercicio profesional. Sobre este aspecto, se ha encontrado cierto grado de similitud con la literatura. Ticse (2017) entre las ventajas, subraya la posibilidad de generar escenarios estandarizados, lo que contribuye a disminuir significativamente la subjetividad del evaluador y garantiza condiciones de evaluación equitativas para el estudiantado. Asimismo, permite recrear situaciones clínicas, cotidianas, poco frecuentes o de emergencia, facilitando la demostración de habilidades específicas sin poner en riesgo la seguridad de personas reales ni incurrir en posibles conflictos legales. Otra fortaleza, que remarca el autor, es la posibilidad de brindar retroalimentación inmediata al estudiantado por parte de las y los evaluadores.

En cuanto a las desventajas de la ECOE, las respuestas fueron variadas. 7 (43,75%) participantes coincidieron que su organización requiere una considerable inversión de tiempo. Además, 4 (25%) mencionaron el estrés que genera en el equipo docente, mientras que 2 (12,5%) hicieron referencia al estrés que produce en las y los estudiantes.

Una docente (6,25%) indicó como desventaja el alto costo que implica su implementación. Estos resultados, coinciden con lo encontrado en la literatura. Martinez & Soto (2018) y Ticse (2017), describen entre las desventajas de la ECOE , su rigurosa planificación y ejecución, que conlleva a una indispensable inversión de tiempo, esfuerzo, recursos humanos especializados y materiales. Higuita Gutiérrez et al.,(2019); Lezcano,(2023) y Barra & Calisto Alegria,(2023), agregan preocupación, nerviosismo, ansiedad y estrés académico en el estudiantado durante el desarrollo de la prueba. Spretz et al.,(2013), además menciona el estrés que experimenta el equipo docente durante todo el proceso.

Los resultados sobre la disposición a implementar la metodología en futuras evaluaciones, la mayoría de las participantes (14; 87,5%) se expresaron positivamente. Solo una docente (6,25%) manifestó no estar segura, mientras que una (6,25%) expresó su negativa a utilizar este instrumento. Este dato resulta relevante al contrastarlo con los hallazgos de un estudio previo realizado en la UNNOBA, centrado en las percepciones estudiantiles sobre la ECOE. Aunque el 15% de las y los estudiantes manifestó haber experimentado un alto nivel de estrés durante su ejecución, el 82,6% expresó aceptación y disposición a recomendarla a sus pares (Lezcano, 2023). En este aspecto, la autora concluye que la ECOE en la comunidad educativa de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA, es valorada positivamente tanto por el equipo docente como por el estudiantado.

En relación a la etapa del proceso formativo en la que resulta más pertinente implementarlo, 10 (62.50%) de las docentes encuestadas consideró que su aplicación es más adecuada al finalizar cada ciclo de la formación, es decir en los espacios de Práctica Integrada I y II; mientras 6(37.50%) docentes opinan que es adecuado aplicarla en instancias de evaluación final de todas las asignaturas del área profesional. Estos resultados, encuentran relación con la literatura. Martinez & Soto (2018), describen los momentos ideales del proceso formativo en el cuales aconsejan administrar este tipo de evaluación. Para los especialistas sería durante las primeras fases, durante el proceso y al concluir el plan de estudios de la formación de grado, ya que le permitiría al alumno/a observar sus progresos y al mismo tiempo, identificar de manera oportuna las áreas deficientes que puede mejorar; es decir una evaluación para fortalecer aprendizajes. Agrega, que además es una metodología valiosa, para aplicar en formación posgrado, y en educación continua en las organizaciones de salud, debido a su gran potencial para mejorar y reforzar la calidad de formación de los recursos humanos que ya se encuentran al servicio de la sociedad. Ticse (2017), por su parte, aclara que la ECOE, como herramienta de evaluación para el nivel 3 de la pirámide de Miller; considerando los objetivos planteados en los cursos, puede ser de tipo formativa y/o sumativa. Es decir, puede aplicarse durante el proceso de aprendizaje, con el propósito de identificar avances, fortalezas, necesidades y dificultades. Esto permite al equipo docente realizar ajustes, guiar al estudiantado y reforzar los aprendizajes. Asimismo, implementarse al finalizar un tema, unidad, cuatrimestre, ciclo o carrera, con el fin de valorar lo aprendido.

Respecto a los resultados de las subvariables relacionadas con la organización, 13 (81.25%) docentes participaron en el Comité Operativo, en las fases de planificación y ejecución; y 3 (18,75%) docentes integraron el Comité Ejecutivo. Este aspecto, según la autora resulta importante analizar, considerando que todo ECOE se inicia con la constitución de comisiones de prueba y de ellas dependerá en gran parte el éxito de todo el proceso (Martinez & Soto, 2018).

De las tres docentes que integraron el Comité Ejecutivo, la totalidad (3;100%) participaron en la construcción del reglamento/protocolo, en la definición de competencias por asignatura, y en el reclutamiento/convocatoria de estudiantes a través de los medios institucionales de la universidad. Asimismo, dos (66,66%) de ellas ofrecieron instancias de capacitación a sus pares. Cabe señalar que las docentes que integraron el Comité Ejecutivo, además participaron activamente en las tareas correspondientes a las fases de planificación y ejecución, asumiendo un rol integral en el desarrollo del dispositivo evaluativo.

En cuanto a las docentes que formaron parte del Comité Operativo (13), los roles se distribuyeron de la siguiente manera: 9 (69,23%) docentes participaron en el diseño de la ECOE y armado de escenarios respectivamente, mientras que 7 (53,84%) intervinieron en el desarrollo de las pruebas piloto.

Respecto a la participación en los comités, la autora plantea que aquellas docentes que integraron el Comité Ejecutivo también asumieron funciones propias del Comité Operativo, debido a que el cuerpo docente que dicta asignaturas profesionales en la Carrera está conformado por un grupo reducido de integrantes. Ello obliga a una distribución múltiple de responsabilidades y a la sobrecarga de tareas, lo que podría incidir negativamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades académicas y de gestión. Si bien en los últimos años se han realizado esfuerzos institucionales orientados a normalizar y fortalecer el plantel docente disciplinar, persiste el desafío de optimizar la dotación de recursos humanos en dichas asignaturas.

Sobre la capacitación específica en la metodología, de las 16 docentes encuestadas, 15 (93.75%) aseguraron haber recibido capacitación previa a la implementación sobre metodología, reglamento y protocolo institucional. La capacitación docente sobre los aspectos relacionados con este instrumento de evaluación, es un requerimiento expreso en todos los reglamentos y protocolos consultados. Ticse (2017) menciona que para implementar la ECOE se requiere de personal docente con capacitación específica en el instrumento, enfatizando en la creación de escenarios y sus respectivos guiones. Martinez & Soto (2018), refieren las y los docentes, tutores, y demás personas involucradas en las etapas de organización, planeación, y aplicación deben presentar reconocida experiencia en los conocimientos, habilidades y actitudes que se buscan evaluar y lo ideal es que, además de ser expertas/os en su área, cuenten con formación y/o cursos de capacitación en la metodología antes de participar en la ECOE, con el propósito de que conozcan los objetivos, la utilidad y las características del examen que se aplicará, en ese contexto institucional. Martínez González & Trejo Mejía (2018), en su reglamento mencionan especialmente la capacitación a las y los pacientes estandarizados. El reglamento de la UNNOBA, en sus artículos 3 y 4, menciona que las y los miembros del Comité Ejecutivo presentarán funciones estratégicas, entre las que destacan además de definir las subáreas de

conocimiento a evaluar, determinar las competencias, definir la población diana y cronograma, capacitar y asesorar a las y los docentes en la metodología a implementar. Si bien queda evidenciado, que las participantes en su mayoría recibieron capacitación específica, reiteradas veces y en diferentes ítems, las mismas mencionan la necesidad de continuar fortaleciendo este aspecto, lo que refleja una actitud favorable orientada al perfeccionamiento docente.

Antes de finalizar este bloque relacionado con el proceso de organización de la ECOE, se brindó un espacio para que las docentes, pudieran expresar sus opiniones sobre estrategias orientadas a mejorar la organización, bajo sus perspectivas. Participaron 10 (62.5%) docentes. Estas respuestas se analizaron mediante análisis de contenido conceptual. La autora logró identificar 5 categorías.

Categoría 1: Fomentar la capacitación específica en la metodología. Código de resultado: Capacitación y práctica docente. Frecuencia: 5 (31,25%). Manifestado de la siguiente manera: “Que se capacite más y se implemente como evaluación al final de cada asignatura que implique intervención en la práctica, para habituación al mismo del cuerpo docente y del alumnado”; “Capacitación al equipo docente para elaboración de escenarios”; “Ampliar la capacitación docente para el desarrollo de este tipo de evaluación”; “Capacitación de las y los docentes de forma constante”; “Practicarlo más”.

La autora interpreta que las docentes encuentran en la capacitación, la mejor estrategia de mejora, que conduce hacia una organización de la ECOE más eficaz. La capacitación en la metodología es un pilar fundamental para la implementación exitosa de la ECOE, ya que este tipo de evaluación por tratarse de una prueba práctica, presenta un enfoque diferente al de las evaluaciones tradicionales que requiere dominar aspectos administrativos, organizativos, técnicos, pedagógicos, éticos y comunicacionales para garantizar una evaluación ordenada, justa, válida y formativa. Por lo tanto, se infiere que, la capacitación recibida por el 93,75 (15) podría haber resultado insuficiente, considerando además que esta constituyo la primera experiencia en la universidad. Varios autores, focalizan en la capacitación. Ticse (2017), menciona que para una mejor organización e implementación de la ECOE se requiere de personal docente con capacitación específica en el instrumento; además que tengan un profundo conocimiento de la asignatura, los objetivos del curso y la malla curricular. De igual modo, Martinez & Soto (2018), refieren que iniciar el proceso de implementación de la ECOE en una institución o asignatura, es conveniente que las personas encargadas de la organización, planeación y aplicación del examen reciban los cursos de capacitación necesarios antes de participar, con el propósito de que conozcan los objetivos, la utilidad y las características del examen que se aplicará, en ese contexto institucional. Inclusive, la mayoría de los reglamentos y protocolos, entre sus pasos, se encuentra instituida la capacitación a todos los actores institucionales involucrados. Martínez González & Trejo Mejía (2018), en su reglamento mencionan, además, la capacitación a las y los pacientes estandarizados. Por su parte, Martínez & Soto (2018), proponen que las y los profesionales de la salud que integren los Comités deben cumplir ciertos requisitos, como presentar reconocida experiencia; y que lo ideal además de ser expertas/os en su área, tengan formación en este tipo de evaluación de competencias. Mientras en el Reglamento de ECOE de la UNNOBA, Resolución (CS) 2146/2022, artículo 4, establece que es una responsabilidad de la Comisión Ejecutiva de Prueba, capacitar al equipo

docente. Por lo antes dicho, la capacitación específica en la metodología es un aspecto a continuar fortaleciendo en la UNNOBA.

Categoría 2: Mejorar la comunicación. Código de resultado: Comunicación. Frecuencia: 2 (12.5%). Expuesto por las docentes mediante las siguientes frases: “Establecer comunicación presencial o más efectiva entre docentes para mayor y mejor organización y utilización de ECOE”; “Más comunicación”. La autora interpreta que las participantes consideran que mejorar el factor comunicación, impactaría positivamente en la organización de la ECOE. Si bien las respuestas son breves, se infiere que la comunicación fluida, clara y oportuna entre los múltiples actores permitiría prevenir errores, resolver imprevistos y asegurar que todas/os los participantes comprendan sus roles y responsabilidades. Según Chiavenato (2009), en todos los niveles de una organización, las personas están adquiriendo y difundiendo información constantemente. Todas las funciones, como la planeación, la organización, la dirección y el control, sólo pueden funcionar en la práctica mediante la comunicación. Ésta es clave e indispensable para el funcionamiento de una organización, los grupos, las personas. La comunicación es la transferencia de información y de significados de una persona a otra o de una organización a otra. La comunicación es el fenómeno mediante el cual un emisor influye en un receptor y le aclara algo. Más aún, es el proceso mediante el cual dos o más personas intercambian, comprenden y comparten información, por lo general con la intención de influir en el comportamiento de otras personas. Es el flujo de información entre dos o más personas y su comprensión, o la relación entre personas por medio de ideas, hechos, pensamientos, valores y mensajes. La comunicación es el punto en el cual convergen las personas cuando comparten sentimientos, ideas, prácticas y conocimientos. Así, comunicación no sólo significa enviar información o mensajes, sino hacer que éstos sean comunes entre las personas involucradas. La diferencia entre sólo enviar y compartir es crucial para que una comunicación eficaz. Para que exista comunicación es necesario que el destinatario de la información la reciba y la comprenda. La información sólo transmitida, pero no recibida ni comprendida, no ha sido comunicada. Comunicar algo significa hacer común, a una o más personas, una información o un mensaje. A pesar de todos los avances de la informática y las telecomunicaciones, la comunicación entre las personas todavía deja mucho que desear, porque no depende de la tecnología, sino del esfuerzo de la gente y de aquello que las rodea. En general, la comunicación cumple cuatro funciones básicas en una organización, grupo o persona: control, motivación, expresión de emociones e información.

Categoría 3: Apoyo técnico administrativo para la implementación de la ECOE. Código de resultado: Apoyo no docente. Frecuencia: 1 (6.25%). Manifestado por una docente de la siguiente manera: “Incorporar no docentes para apoyo en el armado de los circuitos”. La docente manifiesta la necesidad de incorporar apoyo de personal no docente para el armado de los escenarios. La sugerencia, podría derivarse de la alta complejidad logística, técnica y operativa. A diferencia de otros formatos de exámenes más tradicionales, la ECOE implica múltiples dimensiones simultáneas que van más allá del trabajo estrictamente académico. Martinez & Soto (2018), en su artículo expresa que para llevar a cabo una ECOE es indispensable la inversión de tiempo, esfuerzo, recursos humanos y materiales, así

como la dedicación por parte de la institución y de los responsables de la aplicación del examen. De igual modo, Ticse (2017) señala la necesidad de una planificación rigurosa, el alto costo económico asociado y la demanda de recursos humanos y materiales especializados. Por lo cual, la sugerencia de la docente podría resultar beneficiosa.

Categoría 4: Casoteca. Código de resultados: Escenarios ya definidos. Frecuencia: 1 (6.25%). Manifestado por la participante: "Tener escenarios ya definidos por materia ". La autora infiere que la docente sugiere se instituya un banco de escenarios en cada asignatura. El Manual para preparar pruebas ECOE de Enfermería de Almodóvar et al., (2020), es un ejemplo de casoteca, es decir una colección de casos validados para preparar ECOE, que abordan el cuidado en los diferentes momentos del ciclo vital, es decir por subáreas curricular. Cada situación clínica incluye los objetivos de aprendizaje, la descripción del caso, los recursos necesarios y la rúbrica de evaluación, explicaciones para la resolución, y posibilidades de retroalimentación para el alumnado. Martínez González & Trejo Mejía (2018) en su protocolo de ECOE, en el Paso 11, prevé un Banco de casos. Sobre esta categoría, la investigadora, concluye que la estrategia propuesta es valiosa. Recopilar casos clínicos validados previamente mediante prueba piloto de acuerdo a los objetivos en cada asignatura, no solo permitiría ahorrar tiempo, sino además orientar a docentes de nuevo ingreso, unificar criterios inter sedes universitarias, siempre y cuando con responsabilidad se resguarde la confidencialidad, y realicen adaptaciones y actualizaciones frecuentes de los escenarios clínicos y comunitarios.

Categoría 5: Implementar estrategias para reducir el estrés académico en el estudiantado. Código de resultado: Estrés en los estudiantes. Frecuencia: 1(6.25%). Manifestado por la docente: "Estrategias para disminuir el estrés en los estudiantes". Si bien la respuesta no aborda directamente la pregunta, se considera igualmente una oportunidad para recabar las opiniones de las participantes. La autora deduce, que la docente, idéntica el estrés que experimentan las y los estudiantes durante la ECOE como una dificultad que en exceso puede afectar el desempeño y salud mental del estudiantado. El estrés tanto en el alumnado como en el equipo docente, es planteado por Spretz et al., (2013), como una debilidad de la ECOE. Higuita Gutiérrez et al., (2019), también describieron los factores que afectan el desempeño de las y los estudiantes durante la prueba. Estas/os autores, enumeran, preocupación, ansiedad, y estrés. En la investigación llevada a cabo en la UNNOBA, que exploró la perfección de las y los estudiantes de enfermería en relación a su primera experiencia con la ECOE, el 15% de las y los participantes, manifestaron alto niveles de estrés durante la evaluación (Lezcano et al.,2023). Por lo tanto, la autora considerar pertinente incorporar estrategias para reducir el estrés durante instancias de evaluación.

En el análisis de los resultados de los ítems relacionadas con el "Diseño de los circuitos de la ECOE", quedó evidenciado que las docentes, combinaron diferentes tipos de pruebas, y que en su mayoría utilizaron simulación clinica. De las 16 docentes encuestadas, 10 (62,5%) manifestaron estar muy de acuerdo y 5 (31.25%) de acuerdo con aplicar en la evaluación de competencias, escenarios con simulación clínica, alcanzando entre estos dos grupos un porcentaje acumulado de adhesión positiva a la simulación del 93,75%. Cada vez más datos de investigación respaldan la validez de la simulación

en la evaluación de la competencia (Busaidy, 2019). La simulación clínica es una situación o escenario diseñado para que las personas experimenten la representación de un acontecimiento real con la finalidad de aprender, practicar, integrar, evaluar, probar o adquirir conocimientos de respuestas y conductas humanas (Ticse, 2017)

Esto queda demostrado, además, en que la totalidad de las docentes encuestadas (16;100%) aplicaron resolución de casos clínicos correspondientes a la Zona 2 de simulación; 13 (81,25%) docentes incluyeron evaluación de habilidades clínicas, Zona 1 de simulación; mientras que 10 (62,5%) de las participantes aplicaron estaciones vinculadas a la Zona 3 de simulación, orientadas a evaluar competencias como el trabajo en equipo, la comunicación, la asesoría y la educación para la salud. Finalmente, una minoría (2 ;12,5%) incorporó pruebas escritas en al menos una estación, como parte complementaria a los casos clínicos. La literatura refiere que las estaciones representan un circuito por el que las y los estudiantes son evaluados. En cada estación se plantean preguntas, problemas o situaciones posibles que la/el futuro profesional enfrentará en su práctica diaria (Martinez & Soto; 2018 y Armas Melían, et al.,2018). El diseño de las estaciones constituye un gran desafío para el equipo docente de cada asignatura. En esta etapa, es necesario decidir, en función de los objetivos curriculares, el tipo de prueba a aplicar y elaborar los instrumentos de evaluación que constituirán los circuitos de evaluación. Celman (1998), expresa que las pruebas de evaluación de los aprendizajes, son valiosas, en tanto permitan conocer la manera y el grado en que el alumnado ha asimilado y apropiado un conocimiento importante de ser aprendido. Sostiene que la evaluación debe presentar coherencia con el tipo de conocimiento que se ha promovido durante la formación, es decir, debe ser un sistema capaz de ponerlo de manifiesto. Su calidad depende del grado de pertinencia con el objeto evaluado, de las y los sujetos involucrados y, la situación en la que se ubiquen. Concluye, desalentando las prueba escritas, puesto que sólo brindan información acerca de los saberes teóricos que se hayan desarrollado, pero será muy pobre para juzgar el “saber hacer”; para esto, se requiere una evaluación que se acerque al plano de las realizaciones concretas, mediante la observación, resolución de problemas prácticos.

En relación a esto último, varios autores enfatizan en la resolución de casos clínicos a través de escenarios de simulación, siempre y cuando se cumplan con dos criterios esenciales para elaborar los casos: partir de una situación similar a la realidad y permitir evaluar uno o varios atributos de la competencia clínica planteada en el perfil de egreso, es una decisión acertada (Martinez & Soto ,2018). En ese sentido, Rodriguez Higueras, et al., (2014), refieren que una vez definidas los grupos de competencias a evaluar, (la estructura de la ECOE gira entorno a ellas), las y los docentes definen las estaciones, a través de casos clínicos, que representan situaciones de la práctica real, con incorporación o no de pacientes estandarizados o simuladores, en función del programa docente, la relevancia clínica y el nivel de dificultad que se busca en la prueba. Cada caso clínico de la ECOE está diseñado para medir diferentes competencias. De esta manera, al finalizar la prueba se obtiene un sumatorio de las competencias y logros del estudiantado. En el protocolo de Martínez González & Trejo Mejía (2018), en el PASO 3. “Especificaciones de la prueba e instrumento de evaluación”, las y los autores proponen estaciones dinámicas, y la utilización de pacientes estandarizados y modelos anatómicos. Cada caso

clínico de cada estación seleccionada, contiene una presentación en un escenario clínico que puede ser desde una la consulta, área de urgencias, el toco quirúrgico de un hospital, entre otros, para hacerlo más semejante con a la realidad. Por su parte el Protocolo de la ECOE de la UNNOBA, en su Fase I, sobre "Planificación", punto 2, "Diseño de los escenarios por asignatura", establece que cada equipo docente diseña una secuencia de estaciones que representan conocimientos y competencias relevantes. Estas estaciones combinan diferentes instrumentos de evaluación, que pueden variar desde pruebas escritas hasta escenarios clínicos que proponen simulación clínica de habilidades (Zona 1), o resolución de casos clínicos con simulación de mediano y alto realismo (Zona 2). Los escenarios con simulación, incluyen tecnologías educativas (simuladores de parte o cuerpo entero), y/o pacientes estandarizados (actores), para proporcionar al caso mayor realismo.

Por lo tanto, la autora infiere que los tipos de prueba seleccionados, diseñados y aplicados por las docentes en los circuitos de evaluación, se corresponde con la literatura, puesto que en su mayoría se enfocaron en el "saber hacer", demostrado a través de escenarios de simulación.

Cuando se profundizó sobre la utilización de la herramienta de evaluación "paciente estandarizado" en los escenarios, 8 (57.14%) de las docentes encuestadas, declararon haberlos incorporado en al menos una estación del circuito de la ECOE. 12 (75%) coincidieron en que las y los pacientes estandarizados aportan mayor realismo a las estaciones de las ECOE, y el mismo número opinaron que esta estrategia facilita la evaluación de habilidades blandas. Otras 12 (75%) docentes señalaron que incorporar pacientes estandarizados requiere disponer de recurso humano adicional**,** y 11 (68,75%) que implica la necesidad de capacitación y entrenamiento específico del personal involucrado en ese rol. Estas respuestas, reflejan lo hallado en la literatura. Ticse (2017); Martínez González & Trejo Mejía (2018); Busaidy (2019); Red de Simulación en Salud (2025). La autora infiere que, si bien la percepción docente sobre la utilización de la herramienta "paciente estandarizado" en la ECOE es positiva, reconocen que experimentadas dificultades relacionadas con la disponibilidad de personas capacitadas para asumir ese rol. Por lo tanto, este sería un aspecto a fortalecer.

Respecto de las dificultades presentes en el diseño de las estaciones en general, 13 docentes (81,25%) reportaron haber enfrentado algún tipo de obstáculo. De estas, 6 (46,15%) docentes señalaron inconvenientes en la selección del tipo de prueba en función de las competencias a evaluar, 4 (30,77%) indicaron dificultades para la elaboración de las guías e instructivos, 3 docentes (23.07%) mencionaron obstáculos vinculados con el número de estaciones que debían integrar cada ECOE según el protocolo, con la confección de listas de cotejo y con la disponibilidad de pacientes estandarizados. La autora deduce que estas dificultades, en parte se relacionan directamente con el nivel de complejidad de la ECOE, y por otro se podrían relacionar con la falta de experiencia del equipo docente en la metodología. Por lo tanto, recomienda, continuar ofreciendo capacitación en la metodología como elemento clave para fortalecer las competencias pedagógicas y evaluativas del equipo docente.

El análisis de las respuestas a los ítems que incumben a la percepción docente entorno a la Ejecución arrojó los siguientes resultados:

La mayoría de las docentes, con un porcentaje acumulado de 93.75%, percibieron de forma satisfactoria (8; 50%) y muy satisfactoria (7;43.75%) el proceso de ejecución el día de la prueba. Particularmente, la mayoría (13: 81.25%) de las encuestadas, manifestaron estar de acuerdo (10;62,5%) y muy de acuerdo (3;18.75%) con el tiempo asignado para la resolución de cada escenario**,** que osciló entre los 5 y 15 minutos de acuerdo al tipo y grado de complejidad de la prueba.

Con respecto a los criterios de realismo de las estaciones que presentaron resolución de casos con simulación, la mitad de las docentes (8; 50%) los calificaron como muy satisfactorio, mientras que 7 (43,75%) los consideraron satisfactorios. Es decir que el 93.75% valoró favorablemente el realismo escénico logrado en la implementación de la ECOE; aspecto fundamental para garantizar una evaluación contextualizada y autentica (Escobar et al.,2023). Es decir, una prueba en la que las y los estudiantes experimenten y se enfrentan a la representación de acontecimientos y situaciones con características similares a la realidad, en las cuales deben tomar decisiones fundamentadas y desplegar un abanico de competencias profesionales para resolverlos (Ticse,2017; (Chanatasig-Villacis et al.,2020). Al fenómeno de reflejar lo más parecido posible las situaciones reales propias de la práctica clinica de enfermería en los escenarios de simulación, Almodóvar et al.,(2020), lo denominan alta credibilidad; mientras Durante (2006), hace referencia a validez de primera impresión (face validity) en otras palabras la seducción que la “realidad” simulada ofrece a la o el participante.

Al finalizar el bloque de Ejecución, se ofreció un espacio para que las participantes realizaran comentarios al respecto. Participaron en total 3. La autora construyó a partir de su análisis tres categorías.

Categoría 1: La implementación de la ECOE requiere experiencia por parte del equipo docente. Código de resultado: Falta de experiencia. Frecuencia: 2 (12.50%). Manifestado por las docentes a través de la siguiente frase: “Creo que la falta de experiencia es un factor que obstaculiza el desarrollo”; “Poca experiencia en este proceso”. La autora interpreta que las docentes reconocen falta de experiencia en la ejecución de una ECOE, y que esta situación podría haber obstaculizado el desarrollo de la evaluación.

La falta de experiencia y familiaridad del equipo docente con este tipo de evaluación, puede afectar negativamente la calidad del proceso evaluativo. En este sentido, la formación y el entrenamiento previo de los y las docentes resulta esencial para garantizar una evaluación válida, justa y centrada en el aprendizaje. Ticse (2017), menciona que para la implementación de la ECOE se requiere de personal docente con capacitación específica en el instrumento; además que tengan un profundo conocimiento de la asignatura, los objetivos del curso y la malla curricular, y experiencia en el campo profesional asitencial. De igual modo, Martinez & Soto (2018), refieren que iniciar el proceso de implementación de la ECOE es conveniente que las personas encargadas de la organización, planeación y aplicación del examen reciban los cursos de capacitación necesarios antes de participar, con el propósito de que conozcan los objetivos, la utilidad y las características del examen que se aplicará, en ese contexto institucional. Inclusive, la mayoría de los reglamentos y protocolos, entre sus pasos, se encuentra instituida la capacitación a todos los actores involucrados. (Martínez González & Trejo Mejía, 2018),

Reglamento ECOE UNNOBA, Resolución CS (2022). Por su parte, Martínez & Soto (2018), proponen que las y los profesionales de la salud que integren los Comités deben cumplir requisitos: reconocida experiencia en los conocimientos, habilidades y actitudes que se buscan evaluar (tutores, docentes, etcétera) y lo ideal es que, además de ser expertas/os en su área, tengan formación en evaluación de la competencia clínica. Varios reglamentos, incorporan la realización de pruebas pilotos. Martínez González & Trejo Mejía (2018) y Martinez & Soto (2018), menciona que la prueba piloto aplicada a una población similar académicamente a la que se evaluará, tiene como finalidad por un lado mejorar la claridad y relevancia de las estaciones; y por otro, entrenar a las y los profesores que participaran para afinar detalles. En este sentido, se encuentra similitud con el Protocolo de la UNNOBA. Dicho documento establece que, con anterioridad a la implementación formal de la ECOE, debe llevarse a cabo una prueba piloto a pequeña escala. Esto permite identificar posibles dificultades logísticas, técnicas o metodológicas. Esta instancia de simulacro de la ECOE, tiene como propósito como evaluar la validez de los instrumentos diseñados, la pertinencia y factibilidad de los procedimientos metodológicos definidos para la recolección de datos, así como verificar la viabilidad operativa y la duración estimada de los escenarios. A partir de los resultados obtenidos, el equipo docente realiza los ajustes necesarios con el fin de optimizar el desarrollo de la evaluación en su fase definitiva. Esta etapa, es fundamental para asegurar la calidad del proceso evaluativo, también constituye una oportunidad para capacitar y entrenar a los evaluadores y actores involucrados, reduciendo así los potenciales sesgos y errores durante la aplicación formal del ECO.

Categoría: Prevenir el estrés. Código de resultado: estrés. Frecuencia: 1(6.25%). Expresado por la docente: “Lo que más se destaca en la ejecución es el estrés que demostraron muchos estudiantes al enfrentarse con este tipo de evaluación”.

La autora deduce, pese a que la respuesta fue breve, que la docente destaca en comentario sobre la ejecución, el estrés estudiantil durante el desarrollo de la prueba.

El estrés es definido por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil”, que repercute negativamente en la capacidad de concentración y relajación, aumenta la prevalencia de cefaleas, alteraciones del sueño y del comportamiento, malestar gastrointestinal, alteraciones en el apetito, y predispone al uso de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas. Cuando el estrés se vincula con las situaciones de los espacios de formación o educación se lo denomina estrés académico (Cruz Carabajal et al.,2024).

Barraza (2008) y López et al. (2021), definen el estrés académico como un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta cuando la/el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno/a son considerados estresores; que provocan un desequilibrio sistemático, que se manifiesta en una serie de síntomas; que obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio. Las y los estudiantes universitarios pueden experimentar distintos niveles de estrés académico al afrontar las exigencias propias de su formación. Este estrés surge, en gran medida, de la necesidad de adaptarse a la responsabilidad de cumplir con las obligaciones, realización de trabajos, evaluaciones de profesores,

alejamiento de sus seres queridos, presiones económicas y sociales y a las expectativas de familiares y de sí mismos respecto a su desempeño. La combinación de estos factores puede generar altos niveles de ansiedad, lo que contribuye al riesgo de fracaso académico en el nivel universitario, además de impactar negativamente en el rendimiento académico y en la salud física y emocional de los estudiantes. En este contexto, el temor a la evaluación, el miedo al fracaso y otros factores de índole cognitiva y afectiva se encuentran entre los motivos más frecuentemente identificados, ya que afectan de manera significativa las creencias motivacionales, como la autoeficacia, la percepción de capacidad y de control, así como también la satisfacción personal y el bienestar psicológico del estudiantado (Pinto Aragó et al.,2022).

No obstante, son varias las investigaciones que remarcan la presencia de estrés académico producto de las evaluaciones (Spretz et al.,2013; Higuita Gutiérrez et al.,2019; Lezcano et al.,2023).

Barra & Calisto Alegria (2023), en su estudio sobre factores que facilitan y dificultan el aprendizaje a través de la simulación y ECOE, desde la perspectiva de las y los estudiantes y los docentes en la carrera Técnico en Enfermería de Nivel Superior en la ciudad de Chile, destacan entre los elementos obstaculizadores el nerviosismo. Las y los investigadores, proponen incorporar en el diseño curricular, estrategias que aborden los aspectos humanos, que podrían interferir negativamente en el rendimiento estudiantil.

Otro estudio realizado por la Universidad Nacional de Tucumán, exploró la relación entre las actividades académicas y los cambios a nivel psicológico, comportamental y físico, atribuidos al estrés, en estudiantes de enfermería. El objetivo fue evaluar el nivel de estrés académico en dichos estudiantes e identificar las causas, manifestaciones y recursos de afrontamiento. Encuestaron a 610 estudiantes de enfermería, utilizando el cuestionario SISCO de estrés académico. Resultados: La media de edad fue de 28,64, mayormente eran mujeres (89,84%), del tercer año (24,26%) y sin hijos (64,43%). La intensidad del estrés académico obtuvo una media de 4,26 de 5,00. Las evaluaciones docentes fueron el estresor de mayor prevalencia y las reacciones psicológicas como la ansiedad, angustia o desesperación fueron las respuestas al estrés mayormente presentadas. Conclusiones: La mayoría de los encuestados presentaron un nivel de estrés severo. Las reacciones ante el estrés se vincularon con las subvariables edad, sexo, hijos y grado de avance en la carrera. Las y los investigadores, concluyeron que es indispensable dotar a las y los estudiantes de herramientas para hacer frente al estrés (Cruz Carabajal et al.2024)

En este mismo sentido, Pinto Aragón et al., (2022), manifiestan que las universidades conocedoras de esta problemática que aqueja a la mayoría del estudiantado, desde el primer momento que ingresan a las aulas, deben prestar el apoyo necesario, para que el estrés se supere de la mejor manera, y se puedan adaptarse rápidamente.

Por todo lo dicho, la investigadora considera relevante el aporte realizado por la docente en “Comentarios y/o aportes a la Ejecución”; sugiere continuar investigando en el futuro el tema, desde un enfoque cualitativo, que permita conocer profundamente todos los aspectos que contribuyen a la problemática, e implementar estrategias institucionales para prevenir y/o mitigar el estrés académico y

mejorar el bienestar integral del estudiantado, en el ámbito universitario, especialmente en estudiantes de enfermería.

Respecto al análisis de los resultados de las subvariables relacionadas con el rol evaluador, de las docentes encuestadas, 14 (87,5%) se desempeñaron como evaluadoras durante la ejecución de la ECOE en la UNNOBA. De estas, el 100% manifestó una percepción positiva respecto a su intervención: 12 (85,71%) percibieron su desempeño como satisfactorio, y 2 (14,29%) lo calificaron como muy satisfactorio.

Una de las fortalezas de la ECOE, que le otorga gran valor como metodología de evaluación es la retroalimentación sobre el desempeño logrado que el/el equipo docente proporciona inmediatamente finalizada la prueba a las y los estudiantes (Ticse, 2017). La retroalimentación, en cualquiera de sus formas, feedback o debriefing, brinda al alumnado la oportunidad de reflexionar y discutir sobre su experiencia (Red de Simulación en Salud, 2025; Bordogna et al.,2017; Beltrán Velíz et al.,2020). Respecto a ello, el 100% de las docentes encuestadas (16) expresó que la retroalimentación proporcionada a las y los participantes de la ECOE de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA fue adecuada y útil. lo que evidencia una valoración unánime y positiva respecto a esta instancia clave del proceso evaluativo. Esta percepción positiva se reflejó en otros ítems del cuestionario.

Cuando se les consultó sobre el proceso de análisis de los resultados, de las 14 (87,5%) docentes que desempeñaron el rol de evaluadoras, 13 (92,86%) manifestaron no haber presentado dificultades durante esta la instancia. Solo una (7.14%) declaró haber enfrentado algún tipo de dificultad en dicha etapa.

Se trató de profundizar sobre este aspecto. Para ello se aplicó una pregunta abierta. Se obtuvo una sola respuesta, a la cual se asignó la categoría: “Digitalización y gestión de los datos”; Código de resultado: Formulario Google. La autora, interpreta que la docente sugiere utilizar formularios digitales como Google Forms para facilitar el relevamiento de las observaciones, las tareas administrativas y análisis de resultados, lo cual es un aporte valioso, que debería considerarse, si se tiene en cuenta la complejidad de las listas de cotejo y rubricas (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, 2022); aún más considerando que ciertos protocolos han incorporado rubricas en formato digital (Martínez González & Trejo Mejía, 2018).

Respecto al análisis de los resultados de las subvariables relacionadas con el Reglamento y Protocolo de la ECOE de la UNNOBA, de las 16 docentes que participaron en la encuesta, **7** (43,75%) manifestaron que no modificarían ningún aspecto**,** lo que indica que se encuentran conformes con su contenido y disposiciones. En cambio, 9 docentes (56,25%) manifestaron que modificarían al menos algún aspecto del reglamento y/o protocolo. De ese grupo, 5 docentes (55.55%) señalaron la comunicación durante las distintas etapas del proceso evaluativo; 4 (44.44%) propusieron ajustes en el diseño de los escenarios**;** 2 (22.22%) en relación con el uso de pacientes estandarizados, y 1 docente (11.11%) mencionó la necesidad de revisar el rol del evaluador y otro (11.11%) el contenido del contrato de confidencialidad y ficción. La autora concluye que, si bien el porcentaje de docentes que

propone modificaciones no es significativamente mayor al de quienes manifestaron adherencia y/o conformidad, en caso de incorporarse en el futuro la metodología de la ECOE como una alternativa más en las instancias habituales de evaluación en las asignaturas profesionales, resultaría conveniente revisar y actualizar dicha normativa.

Cuando se les consulto sobre qué aspectos de la implementación consideran críticos para el éxito de una ECOE, 15 (93,75%) identificaron la capacitación de las y los evaluadores, 14 (87,5%) docentes señalaron como factores clave la comunicación y la coordinación dentro del equipo docente**,** junto con la logística general, la organización operativa y la efectividad de la evaluación y la retroalimentación brindada a las y los estudiantes. Por su parte, 13 docentes (81,25%) destacaron la disponibilidad de recursos y equipamiento**,** así como el adecuado manejo del tiempo durante el proceso evaluativo**.**

Mientras que, a la pregunta, ¿Qué tipo de apoyo adicional cree que sería útil para mejorar la implementación del ECOE en su institución?10 (62,5%) docentes respondieron contar con instancias adicionales de capacitación y desarrollo profesional**.** Por su parte, 5 docentes (31,25%) indicaron la importancia de incorporar recursos humanos adicionales**,** tales como personal técnico, administrativo y pacientes estandarizados. 3 docentes (18,75%) destacaron la necesidad de contar con mayor equipamiento e insumos, y otras 3 (18.75%) financiamiento para fortalecer el dispositivo evaluativo.

Finalmente se mencionará que, de las 16 docentes encuestadas, 9 (56,25%) calificaron su primera experiencia con la ECOE en la UNNOBA como positiva, y **7** (43,75%) como muy positiva. Es decir que el 100% de las participantes del estudio presentan una percepción favorable**,** lo que refleja una alta aceptación de la experiencia evaluativa implementada.

CONCLUSION

Se logró cumplir con los objetivos del estudio, puesto que, los resultados obtenidos permitieron describir y conocer las percepciones docentes sobre la primera experiencia de ECOE implementada en la Carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA; así como comprobar la hipótesis nula (H0), considerando que no se encontró diferencia significativa entre las percepciones de las participantes.

Ello se refleja en que la totalidad de la población encuestada, de género femenino, con formación predominantemente de grado, presentó una percepción positiva ante la ECOE, al considerarla una herramienta de evaluación práctica, útil y confiable. Sumando a ello, la mayoría, considera la prueba superadora en comparación a otras formas de evaluación convencionales, puesto que, en el caso de la UNNOBA, evalúa seis grupos de competencias, integrando el saber, saber hacer, saber ser y convivir. De igual manera, la mayoría percibió a la ECOE como una metodología de evaluación formativa, justa, objetiva y estandarizada, aspectos que robustecen su confiabilidad y su utilidad.

Respecto a los tipos de pruebas, la ECOE habilita a implementar diferentes tipos, lo constituye una de sus fortalezas, sin embargo, las docentes en la UNNOBA presentan mayor preferencia por la resolución de casos clínicos con simulación.

Relacionado con este último, las docentes, valoran positivamente el carácter realista, autentico, y contextualizado de la ECOE cuando se desarrolla en el laboratorio de simulación. Los casos clínicos, en línea con los objetivos de aprendizaje de cada asignatura, y basados en situaciones extraídas de la realidad, similares a los que se enfrentan las y los estudiantes durante las prácticas clínicas y comunitarias; se reproducen en los espacios del laboratorio apoyados mediante técnicas de simulación de habilidades y escenarios de mediano y alto realismo (zona 1, 2 y 3), tecnologías educativas (simuladores) y en algunos casos pacientes estandarizados(actores). Todo ello, en un ambiente seguro y controlado sin poner en riesgo la salud de las personas.

Por otro lado, existe alto nivel de consenso, respecto al impacto positivo de la ECOE sobre la preparación profesional del estudiantado, en especial si se considera que, al finalizar dicha prueba, las y los evaluadores proporcionan una devolución de los resultados en un espacio de retroalimentación constructiva a través de técnicas de feedback o debriefing. Esta información proporcionada promueve en el alumnado procesos mentales de autoevaluación, autocrítica y reflexión sobre su propio conocimiento y nivel de competencias adquirido, decisiones tomadas y actuaciones realizadas en cada estación. De esta manera reconocen sus fortalezas, aciertos, debilidades, errores y lagunas; y acuerdan el proceso que han de seguir y las estrategias que han de implementar para lograr los objetivos de aprendizaje establecidos por el plan de estudio y el espacio curricular en particular, con el apoyo y acompañamiento del equipo docente. En otras palabras, el/la estudiante toma conciencia de como lo hace, donde debe llegar, como tiene que hacerlo en el futuro y que ha de cambiar para lograrlo, Todo ello, impactará favorablemente en la calidad de su formación y en el desempeño futuro.

Los aspectos de la implementación identificados como críticos para asegurar el éxito de toda ECOE, fueron la capacitación (aspecto que se repite en varios ítems), la comunicación y coordinación dentro del equipo docente**,** junto con la logística general, la organización operativa, la retroalimentación, la disponibilidad de recursos y equipamiento**,** así como el adecuado manejo del tiempo durante el proceso evaluativo**.**

Las debilidades de la ECOE se expresan como desventajas, y dificultades. En cuanto a las desventajas percibidas por las docentes, se encuentran el tiempo y trabajo que insume su organización e implementación, el estrés que genera en el equipo docente y en el estudiantado, además de alto costo. Mientras que las dificultades percibidas por las docentes, deben considerarse como potenciales oportunidades para optimizar el proceso de evaluación en el futuro: deficiencias de la comunicación, apoyo técnico administrativo limitado, estrés estudiantil y docente, e inconvenientes en la selección del tipo de prueba en función de las competencias a evaluar, dificultades para la elaboración de las guías e instructivos, y análisis de los datos. Estos últimos podrían ser consecuencia de dos dificultades también mencionadas: insuficiente capacitación específica en la metodología, y falta de experiencia.

Algunas de las sugerencias propuestas para mejorar la ECOE han sido, la digitalización y gestión de los datos, implementación de una casoteca por asignatura, diseñar e implementar estrategias para prevenir y controlar el estrés de las partes intervinientes, revisar la normativa en especial aspectos relacionados con el diseño de escenarios, comunicación en las diferentes partes del proceso,

disponibilidad de pacientes estandarizados, rol de la/el evaluador, contrato de confidencialidad y ficción.

La autora concluye que la ECOE constituye una modalidad de evaluación integral, en tanto permite valorar el saber, el saber ser y el saber hacer. Sus estaciones incorporan escenarios de simulación clínica que otorgan mayor realismo a las situaciones y problemas diseñados, los cuales el estudiantado debe resolver a través de su desempeño y actuaciones prácticas, demostrando así el nivel de competencias generales y profesionales alcanzado. En consecuencia, debería ser considerada parte del currículum y la propuesta educativa de las asignaturas disciplinares de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA. Sin embargo, en el caso de que se la adopte de manera estable, como parte de las formas habituales de evaluación, resultaría pertinente revisar y actualizar la normativa institucional, y ofrecer capacitación específica en la metodología, aun cuando el porcentaje de docentes que propuso modificaciones al reglamento y protocolo vigente no difiere significativamente de quienes manifestaron conformidad y adhesión.

RECOMENDACIONES

La autora, basándose en las percepciones docentes y estudiantiles, sobre la metodología, pretende aportar a la comunidad universitaria, en especial a la gestión educativa, las argumentaciones necesarias para justificar la implementación de la ECOE en carrera de Licenciatura en Enfermería del IADH de la UNNOBA. La importancia de incorporar, en este caso, de manera concreta y estable la ECOE integrada a simulación clinica, para evaluar el grado de adquisición y desarrollo de los aprendizajes y competencias profesionales en estudiantes de grado en enfermería, radica en cambiar el modo de considerar y abordar la evaluación, ya no centrada únicamente en el aspecto cognitivo, sino en la integración, articulación y aplicación de un cumulo de conocimientos teóricos, habilidades técnico procedimentales, y actitudes contrastables y mejorables, es decir una herramienta de evaluación práctica para el aprendizaje. Constituye una oportunidad para mejorar la calidad de la formación, lo que, a su vez, repercutirá de manera positiva en la calidad y seguridad de los cuidados que las y los futuros profesionales deberán brindar a las personas en el ámbito de las organizaciones de salud; en tanto, esta modalidad de evaluación, proporciona retroalimentación inmediata a los dos actores principales del proceso educativo: estudiantes y docentes. No obstante, ello constituye un gran desafío y una responsabilidad institucional.

Para el equipo docente, implica el compromiso de transformar las metodologías evaluativas tradicionales, con el firme propósito de que respondan a la naturaleza esencialmente práctica de la disciplina (Arribas Cachá, 2019), y que reflejen de manera precisa, confiable, objetiva, autentica y valida el grado de aprendizaje y desempeño logrado por cada estudiante, que incluya el saber, el saber ser, saber hacer y saber convivir en diferentes situaciones y contextos similares a la realidad, constituye además en una responsabilidad académica, profesional y moral.

Para el alumnado, implica ser protagonista y constructor de su propio proceso de aprendizaje. En un espacio seguro y controlado, deberá enfrentarse a situaciones y problemas propios de la profesión y

resolverlos demostrando una amplia variedad de competencias generales y específicas que de manera progresiva y en complejidad creciente ha trabajado durante la cursada de una asignatura o al concluir un ciclo formativo. Asimismo, al finalizar la evaluación transitar por la fase de retroalimentación, a partir de la devolución de los resultados por parte de los evaluadores, supone analizar críticamente y reflexionar su propia actuación, reconocer aciertos y errores, para avanzar en la superación de las dificultades identificadas, con el acompañamiento docente necesario.

Esta última fase del proceso de la ECOE, es una fortaleza indiscutible, junto a la posibilidad de demostrar el saber- hacer, debido a que favorece la transferencia de lo aprendido a la vida profesional futura, fortaleciendo la capacidad de adaptación las necesidades de salud de las personas, en diversos contextos y a los desafíos que plantea el ejercicio real de la disciplina.

Sumado a todo lo dicho, se recomienda continuar ofreciendo instancias de capacitación específica para el equipo docente que asume diferentes funciones en torno a la ECOE, a fin de fortalecer su implementación, optimizar los procesos evaluativos y garantizar una formación integral y de calidad para las y los futuros profesionales de la Enfermería,

Por último, considerando la ECOE en enfermería a nivel local, es una metodología innovadora, este trabajo podría ser el punto de partida de nuevas líneas de investigaciones, que se enfoquen en aspectos relacionados con el estrés académico, retroalimentación, impacto de la ECOE en el desempeño futuro, entre otros.

DECLARATORIA DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Para optimizar la redacción y el estilo académico de este documento, en algunos párrafos, se empleó la herramienta de inteligencia artificial ChatGPT (OpenAI)**.** Su uso se limitó a sugerencias lingüísticas y de redacción, sin intervenir en la construcción de los marcos teóricos, el análisis de datos ni en la elaboración de conclusiones, que son responsabilidad exclusiva de la autora.

BIBLIOGRAFIA

1. Millán Núñez Cortés, J., Reussi, R., Garcia Dieguez, M., & Falasco, S. (04 de junio de 2020). COVID 19 y la educación médica una mirada hacia el futuro. Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM). *EducMed*, 8. doi:https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.004
2. Abbagnano, N. (2004). *Diccionario de Filosofía.* Fondo de Cultura Económica.
3. Aguerrondo, I. (1999). *El Nuevo Paradigma de la Educación para el siglo XXI.* Organización de los Estados Iberoamericanos. Programas. Desarrollo Escolar y Administración Educativa.
4. Aguerrondo, I. (2009). *Conocimiento complejo y competencias educativas.* UNESCO, IIPE UNESCO. Buenos Aires: UNESCO. Obtenido de https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Facultad%20de%20Ciencias%20Sociales/PDF/educacion/articulos-aguerrondo-conocimiento-complejo-y-competencias-educativas.pdf
5. Al Khasawneh, E., Arulappan, J., Natarajan, J., & Arulappan, J. (2021). Efficacy of Simulation Using NLN/Jeffries Nursing Education Simulation Framework on Satisfaction and Self-Confidence of Undergraduate Nursing Students in a Middle-Eastern Country. *SAGE Open Nursing, 7*(1- 10). doi:0.1177/23779608211011316
6. Alarcón, A. (2013). Incorporación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE). *Rev Educ Cienc Salud, 10*(1), 18- 23. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4750349
7. Almodóvar I, Sánchez P, Cañabate M, González R, Gregori P, Martínez R, Moreno E. (2020). *Manual para preparar pruebas ECOE de Enfermería.* Valencia. Obtenido de http://www.lowcostbooks.es/PDF_ARCHIVOS_RESUMEN/Paginas_MANUAL_PARA_PREPARAR_PRUEBAS_ECOE_DE_ENFERMERIA.pdf
8. Alvarez Herrera, M., Arley Guevara, A., & Gazel Gazel , A. (2011). Percepciones del personal docente en educación inicial sobre su profesión en el papel que desempeñan en la sociedad. *Actualidades Investigativas en Educación*. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/447/44722178005.pdf
9. Amir , L., Tanti, I., Maharani, D. A., Septorini Wimardhani, Y., Vera , J., Sulijaya, B., & Puspitawati , R. (29 de Octubre de 2020). Perspectiva estudiantil sobre el aprendizaje en el aula y a distancia durante la pandemia de COVID-19 en el programa de estudios de odontología de pregrado de la Universidad de Indonesia. *BMC Med Educ.* doi:10.1186/s12909-020-02312-0
10. ANECA. (2004). *Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería.* (G. Coll, Ed.) Barcelona: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Obtenido de https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
11. Apodaca-Orozco, G. U., Ortega-Pipper, L., Verdugo-Blanco, L. E., & Reyes-Barribas, L. E. (julio- diciembre de 2017). Modelos educativos: un reto para la educación en salud. *RA XIMHAI, 13*(2), 77-86. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510006.pdf
12. Argentina, C. d. (1991). Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería N°24.004. Argentina: Boletin Oficial d ela República Argentina. Obtenido de Ley del : https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto
13. Argentina, C. d. (1993). Decreto Reglamentario 2497/93 de la Ley 24.004. Argentina: Boletín Oficial de la República Argentina. Obtenido de https://www.saij.gob.ar/2497-nacional-decreto-reglamentario-ley-24004-enfermeria-profesional-dn19930002497-1993-12-09/123456789-0abc-794-2000-3991soterced?&o=9&f=Total%7CTipo%20de%20Documento%7CFecha%7CTema%7COrganismo%7CAutor%7CEstado%20de%20Vigencia%7CJ
14. Arias Castilla, C. (2002). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Revista Horizonte Pedagógico*, Vol 8. Pág. 9 a 22. Obtenido de https://horizontespedagogicos.ibero.edu.co/article/view/08101
15. Armas Melían, K., Choolani Bhojwani, E., García Álvarez, A., González Martín-Moro, J., Guzmán Almagro, E., Lillo Díaz, C., . . . Fernández Prado, R. (2018). *Manual CTO: ECOE. Evaluación clínica objetiva.* Madrid, España. Obtenido de https://campus.grupocto.com/content/materiales/publico/anuncios/doc/Manual_ECOE_Libro_web.pdf

16. Armas Melián, K., Choolani Bhojwani, E., García Álvarez, A., González Martín-Moro, J., Guzman Morro, E., Lillo Díaz, C., . . . Girón Ortega, J. (2018). *Manual CTO. ECOE. Evaluación clínica objetiva y estructurada.* Madrid, España: CTO EDITORIAL, S.L. Obtenido de https://campus.grupocto.com/content/materiales/publico/anuncios/doc/Manual_ECOE_Libro_web.pdf
17. Arribas Cachá, A. (abril de 2019). El saber de la enfermería patrimonio de todos los profesionales. *Conocimiento enfermero, 2*(4), 3-4. doi:https://doi.org/10.60108/ce.75
18. Asociación de Universidades Grupo Montevideo. (2023). Percepciones de las y los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la UNNOBA, sobre la implementación de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada como metodología para evaluar aprendizajes y competencias, Junín y Pergamino. En D. S. Lezcano, S. G. Gimenez , L. V. Molina, & M. M. Lázzaro, *Compendio de Trabajos de Investigación* (Vol. 30°JJI AUGM, págs. 1- 58). San Lorenzo, Paraguay, Paraguay: AUGM. doi:https://jji2023.una.py/
19. Barra, M. J., & Calisto Alegria , C. (2023). Factores facilitadores y obstaculizadores del aprendizaje a traves de la simulación. *Ciencia y Enfermería, 29*(1). doi:DOI: 10.29393/CE29-1FFMC20001
20. Beltrán Velíz, J. C., Tereucán-Angulo, J. C., Salazar, J. A., & Alarcón Muñóz, A. M. (21 de Diciembre de 2020). Evaluación para el aprendizaje en ciencias de la salud. Un proceso pedagógico innovador. *RFM- Revista de la Facultad de Medicina*, 143. doi:https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n4.89335
21. Bordogna, Escalante , Gerolami, González , Loaisa , López, . . . Vazquez. (2017). *Manual de Simulación Clinica de SLACIP*. Malevaje.
22. Bunge , M. (2012). ¿Qué es la ciencia? En M. Bunge , *La ciencia. Su método y su filosofía* (págs. 5- 24). Obtenido de https://www.der.unicen.edu.ar/wp-content/uploads/2021/06/05.-BUNGE-1.pdf
23. Busaidy, K. (noviembre de 2019). Advances in Surgical Training Using Simulation. *Clínicas de Cirugía Oral y Maxilofacial de Norteamérica, 31*(4), 621- 626. doi:https://doi.org/10.1016/j.coms.2019.07.006
24. Caballero Gonzalez, J. E. (2000). Análisis del perfil del egresado de la carrera de Medicina en la Universidad Médica Cubana. *Educación Médica Superior, 14*(1), 10- 16. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412000000100002&script=sci_abstract
25. Canova Barrios, C. J., Méndez, P. G., Sosa, L. R., Flores, M. A., Rodríguez, M. A., & Hernández, S. S. (1 de diciembre de 2023). Percepción y satisfacción de estudiantes de Enfermería con la educación virtual en época de COVID-19. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 12*(2). doi:https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3304
26. Castro Yuste, C. M. (2021). *Evaluación clínica objetiva estructurada en el aprendizaje práctico-clínico de los grados en enfermería.* Universidad de Cdiz, Enfermería y Fiisioterapia. Cadiz: Universidad de Cadiz. Recuperado el 2024, de https://rodin.uca.es/handle/10498/23311
27. Castro Yuste, M. C. (2014). *Evaluación clínica objetiva estructurada en el aprendizaje práctico-clínico de los grados en enfermería.* Universidad de Cádiz, Enfermería y Fisioterapia. España: Universidad de Cádiz. Recuperado el 2023, de http://hdl.handle.net/10498/23311
28. Cebey, M. C., & Ferrari, L. (2017). *Violencia laboral en organizaciones públicas y privadas.* Anuario de Investigaciones, UBA / SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES, FACULTAD DE PSICOLOGÍA , Buenos Aires. Obtenido de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/76135/CONICET_Digital_Nro.b533ee95-8dc8-40d6-a4a6-cb4e6ae715a8_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
29. Celman, S. (1998). ¿Es posible mejorar la evaluación y transformarla en herramienta d econocimiento? En A. Camilloni, S. Celman , E. Litwin, & Palou de Maté, *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporaneo* (págs. 35-66). Buenos Aires- Barcelona- Mexico: Paidós.
30. Chanatasig-Villacis, A., Cunuhay-Cunuhay, C., Rueda-García, D., & Borja-Cevallos, L. (enero- junio de 2020). Fases de estandarización en clinica de simulación para la realización de prácticas en estudiantes de enfermería. *Retos de la Ciencia, 4*(8). doi:https://doi.org/10.53877/rc.4.8.20200101.07

31. Checchia, B. (2014). *Formación por competencias: una propuesta teórico metodológica para la revisión del curriculum en educación superior*. Universidad de Empresa. Obtenido de https://es.slideshare.net/udeadmin/cuaderno-de-eduacin-04-dra-beatriz-checchia
32. Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional: la dinámica del éxito en las organizaciones* (segunda edición ed.). Ciudad de México, México: McGraw-Hill. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/335680/Comportamiento_organizacional._La_dina_mica_en_las_organizaciones..pdf
33. Chiesa A, B. M. (2000). A Enfermagem no cenário atual: ainda há a possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? *Mundo da Saúde, 24*, 67-71. Obtenido de https://bvsms.saude.gov.br/enfermagem-18/
34. Congreso de la Nación Argentina. (mayo de 2023). Ley N° 27712, Promoción de la formación y del desarrollo de la enfermería. Argentina: Boletín Oficial de la República Argentina. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27712-383039/texto
35. Consejo Federal de Educación. (2016). Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE). Argentina. Obtenido de https://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/290-16.pdf
36. Consejo Internacional de Enfermeras. (1987). *Consejo Internacional de Enfermeras.* Recuperado el 2025, de https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria/definiciones-actuales-de-enfermeria
37. Consejo Internacional de Enfermeras. (2023). *Igualdad de género en el personal de enfermería y asistencia sanitaria.* Consejo Internacional de Enfermeras;. Ginebra: CIE. Obtenido de https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-01/PS_Gender%20equity%20in%20the%20nursing%20and%20healthcare%20workforce%20%20FINAL%2012.2023_SP.pdf
38. Consejo Internacional de Enfermería. (2017). *El papel de las enfermeras en el logro de los objetivosde desarrollo sostenible. Día internacional de la enfermería, recursos y evidenciasl.* Anual, Consejo Internacional de Enfermería, Génova. Recuperado el octubre de 2022, de https://es.scribd.com/document/440581416/El-papel-de-las-Enfermeras-en-el-logro-de-los-Objetivos-de-Desarrollo-Sostenible
39. Consejo Internacional de Enfermería. (2024). Recuperado el junio de 2024, de CIE Consejo Internacional de Enfermería : https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria
40. Cronenwett, L., Sherwood , G., Barnsteiner , J., Mitchell, P., Sullivan, D., & Warre, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook, Volume 55*(3), 122 - 131. Obtenido de https://www.nursingoutlook.org/action/showCitFormats?doi=10.1016%2Fj.outlook.2007.02.006&pii=S0029-6554%2807%2900062-0
41. Cruz Carabajal, D., Ortigoza, A., & Canova Barrios, C. (2024). Revista Española de Educación Médica. *Estrés académico en los estudiantes de Enfermería.* doi:https://doi.org/10.6018/edumed.598841
42. Cullen , C. (1997). *El debate epistemologico de fin de siglo y su incidencia en la determinación de las competencias cientifico- tecnologicas en los diferentes niveles de educación superior*. Buenos Aires: Paidos.
43. De Serdio , R. E. (Mayo de 2002). ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. *Medicina de Familia, 3*(2), 57-62. Recuperado el 2024, de https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=9fa20d68-26f6-430c-8451-7842598bea17&groupId=115466
44. De Serdio, R. (2009). ECOE: Evaluación clínica objetiva estructurada. III Montaje y desarrollo de una ECOE. *Med Fam*. Obtenido de http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/8526
45. Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro.* Madrid: Santillana Ediciones UNESCO. doi:https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590
46. Domínguez, R., & Aguiar, R. (2023). Percepción de profesores y directivos sobre el buen docente de educación superior. Ciencia y Educación. *Ciencia y Educación, 7*, 7-23. Obtenido de https://doi.org/10.22206/cyed.2023.v7i1.pp7-23
47. Dreifuerst, K. T. (mayo de 2015). Introducción al debriefing para un aprendizaje significativo. *Elsevier, 11*(5), 268-275. Obtenido de https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876139915000067

48. Durante, E. (2006). Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la Piramide de Miller. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*, 55-61. Obtenido de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10411_26-2%20educacion.pdf
49. Dwyer, T., Glover Takahashi , S., & Kennedy Hynes, M. (2014). How to assess communication, professionalism, collaboration and the other intrinsic CanMEDS roles in orthopedic residents: use of an objective structured clinical examination (OSCE). *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie,*, 230–236. doi:10.1503/cjs.018813
50. Echeverria , R. (2006). *La empresa emergente. La confianza y los desafíos de la transformación.* Buenos Aires: Management Comunicación.
51. Escobar , B., Escandón Nagel, N., Barrera Herrera, A., & García Hormazábal, R. (abril de 2023). La evaluación auténtica como herramienta para evidenciar el logro de competencias en la carrera de psicología. *Formación Universitaria, 16*(2). doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062023000200035
52. Espinar Álava, E., & Vigueras Moreno, J. (2020). El aprendizaje experiencial y su impacto en la educación actual. *Revista Cubana de Educación Superior, 39*(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000300012
53. Feldman, D., & Palamidessi, M. (2001). *Programación de la enseñanza en la universidad* (Vol. Colección Universidad y Educación). Argentina: Universidad Nacional General Sarmiento.
54. Ferreira, K. C., & Gomes Lima, P. (junio de 2013). Proyecto Tuning américa latina en las universidades brasileñas: caracteristicas y ámbitos en el área de la educación. *Paradigma, VOL. XXXIV*(1), 83- 96. Obtenido de https://ve.scielo.org/pdf/pdg/v34n1/art06.pdf
55. Gaba, D. (2007). The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care. *16*(3), 189- 192.
56. García Sanz, M. P. (2014). La evaluación de competencias en Educación Superior mediante rubricas: un caso práctico. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 87-106. doi:http://dx.doi.org/10.6018/reifop.17.1. 198861
57. Gómez del Pulgar García, M. (2017). Diseño y validación de contenido de la escala "ECOEnf" para la evaluación de competencias enfermera. *Index de Enfermería*. Obtenido de https://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n4/11186r.php
58. Gomez Pawelek, J. (s/f). Aprendizaje Experiencial. Buenos Aires, Argentina: Fcaultad de Psicologia de la Universidad de Buenos Aires. doi:https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf
59. Gómez, J., Molina, J., & Avila , A. (2019). Acreditación y calidad. El caso de la Licenciatura en Enfermería. *Desafíos, 8*, 14- 30. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60227286/Acreditacion_y_Calidad.20190807-74613-1ur7v96-libre.pdf?1565195768=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAcreditacion_y_Calidad_El_caso_de_la_Lic.pdf&Expires=1735575102&Signature=U46chldpUmV0XEw4
60. Granizo Coloma , M., Fuentes de López, B., & Pinedo Mosquera, S. C. (2018). *El proceso de enseñanza aprendizaje y el desarrollo de las competencias laborales.* Guayaquil: Grupo Compás. Obtenido de http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/176/1/TESIS%20FINAL%201MAGALYCORREGIDO.pdf
61. Granizo Coloma M, Fuentes de López B, Consuelo Pineda Mosquera S. (2018). *El proceso de enseñanza aprendizaje y el desarrollo de competencias laborales.* Guayaquil, Ecuador: Gruppo Compas. Obtenido de http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/176/1/TESIS%20FINAL%201MAGALYCORREGIDO.pdf
62. Guidi, M. (2019). Formación para la Práctica docente: Aportes a la Didáctica universitaria. Junin, Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires.
63. Harden, R. M., Stevenson, M., Downie, W., & Wilson, G. (22 de febrero de 1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal (Br Med J), 1*, 447–451. doi:doi: 10.1136/bmj.1.5955.447

64. Henderson, V., & Harmer, B. (1955). *Textbook of the Principles and Practice of Nursing.* New York.: Macmillan.
65. Higuita Gutiérrez, L. F., Jaramillo Caro, A. M., & Cardona Arias2, J. A. (2019). Construcción de una escala sobre acepciones, percepciones y sensaciones durante la ECOE en estudiantes de Medicina. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 1- 18. Recuperado el 20 de septiembre de 2024, de https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2019/cem193f.pdf
66. Jawabreh, N., Hamdan- Mansour, A., Harazne, L., & Ayed, A. (2025). Effectiveness of high-fidelity simulation on practice, satisfaction, and self-confidence among nursing students in mental health nursing class. *BMC Nursing, 24*(1). doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12912-025-03300-9
67. Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing. ,.* New York.: Springer Publishing Company.
68. Lázzaro, M., Luhaces, N., & Gimenez, S. G. (2023). Pandemia ¿Una experiencia d eimpacto negativo o una oportunidad? En C. P. Santinello Jamile, *Práticas universitárias e experiências de pesquisa no Brasil e Argentina. Perspectivas educativas e Cooperativas* (págs. 113-). Guarapuava, Brazil: Apprendehere. Obtenido de https://wite.unnoba.edu.ar/wp-content/uploads/2023/06/Praticas-universitarias-e-experiencias-de-pesquisa-no-Brasil.pdf
69. León Román, C. A. (septiembre- diciembre de 2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería, 22*(4). Recuperado el julio de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
70. León, R. (2006). Enfermería, arte y ciencia del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*.
71. Lepez, C. O. (2021). La educación superior argentina en la pandemia por COVID-19 y en la. *Salud, Ciencia y Tecnología*. doi:https://doi.org/10.56294/saludcyt202116
72. Lezcano, D., Gimenez, G., Molina , L., & Lázzaro, M. (2023). Percepciones de las y los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA, sobre la implementación de la ECOE como metodología para evaluar aprendizajes y competencias. En A. U. Montevideo, *Compendio de resumenes. XXX JJI, AUGM, Paraguay* (Vol. 30°JJI AUGM, págs. 1- 58). San Lorenzo, Paraguay: AUGM. Obtenido de http://grupomontevideo.org/site/wp-content/uploads/2023/10/COMPENDIO_Resumenes_JJI-AUGM.pdf
73. Luengo-Martínez, C. E., & Sanhueza-Alvarado, O. (2 de junio de 2016). Formación del Licenciado en Enfermería e América Latina. *Redalyc, 16*(2), 240- 255. Recuperado el 2024, de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74146013011
74. Luhaces, N., Gimenez , S. G., Lázzaro, M. M., Molina, L. V., & Checchia, B. (2023). Evaluación clínica objetiva estructurada como metodología para validar aprendizajes y competencias adquiridas por las y los estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA, durante la pandemia, bienio 2020-2021. En A. d. Montevideo, *Compendio de trabajos de investigación.* San Lorenzo, San Lorenzo, Paraguay: Asociación de Universidades Grupo Montevideo. Obtenido de https://jji2023.una.py/
75. Madireddy , S., & Rufa, E. (2023). Mantenimiento de la confidencialidad y la seguridad psicológica en la simulación médica. *StatPearls*. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559259/
76. Martinez , G. A., & Soto , A. G. (6 de noviembre-diciembre de 2018). Examen Clínico Objetivo Estructurado.¿El reto a vencer para ejercer la medicina? *Revista Digital Universitaria- UNAM, 19*(6). Obtenido de http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2018.v19n6.a12
77. Martinez Carretero, J. (2005). *Los métodos de evaluación de la competencia profesional: La evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE).* Cataluña: Institut d'Estudis de la Salut (IES). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/251077022_Los_metodos_de_evaluacion_de_la_competencia_profesional_La_evaluacion_clinica_objetiva_estructurada_ECOE
78. Martínez González , A., & Trejo Mejía, J. A. (octubre- diciembre de 2018). ¿Cómo realizar una ECOE? *Investigación en educación médica, 7*(28). Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000400098
79. Martinez, T. (2009). *Evaluación de los aprendizajes desde el enfoque constructivista.* Universidad de Antioquia , Facultad de Educación. Medellin: Universidad de Antioquia .

Obtenido de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/3d51616f-528e-4ebe-88fd-cb0e5a61ce6a/content
80. Miller, G. (1990). The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Inviter Reviews*, s66- s67. Obtenido de https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/napecco/Processos/Miller%201990%20-%20Assesment%20skills%20competence%20performance.pdf
81. Ministerio de Educación. (2015). *Argentina.gob.ar*. Recuperado el 2025, de https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2721-2015-254741/texto
82. Ministerio de Educación de la Nación. (2015). Obtenido de Boletín Oficial de la Rewpública Aregentina- Resolución 2721/2015: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/135700/20151109
83. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento. (2022). Guía para la elaboración de instrumentos de evaluación de residentes. Argentina. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/03-2023-guia-herramientas-evaluacion-residentes.pdf
84. Núcleo de Simulación Interdisciplinar. (2021). *Manual para la insercion curricular de la simulación.* (S. A. Rivera, Ed.) Facultad de Medicna Clinica Alemana - Universidad de Desarrollo.
85. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, l. C. (2020). *Efecto del Coronavirus en la educación.* Perú: UNESCO. Obtenido de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374075
86. Organización Mundial de la Salud. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership.* WHO. Obtenido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1
87. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal*. Ginebra: Orgainzación Mundial de la Salud 2022. Obtenido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352716/9789240045804-spa.pdf?sequence=1
88. Pinilla Roa, A. (2012). Aproximación conceptual a las competencias profesionales en ciencias de la salud. *Revista de Salud Pública, 14*(5), 852-864. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n5/v14n5a12.pdf
89. Pinto Aragón, E. E., Villa Navas, A. R., & Pinto Aragón , H. A. (2022). Estrés académico en estudiantes de la Universidad de La Guajira, Colombia. *Revista de Ciencias Sociales, 28*. Obtenido de https://www.redalyc.org/journal/280/28071845007/
90. Plan de Estudio, L. e. (2018). *ElegíUNNOBA.* Obtenido de https://unnoba.edu.ar/instituto-academico-de-desarrollo-humano-el-instituto/?_gl=1*q6h33q*_ga*MTg4NjMxMzkxMy4xNjk4NzczMzIy*_ga_1MBR3QKZM0*MTczNTMyMjAwOC42NS4wLjE3MzUzMjIwMDguMC4wLjA.
91. Ramos, J., Martinez Mayoral, M., Sanchez Ferrer, F., Morales , J., Sempere, T., & Belinchón , I. (2019). Análisis de la prueba de evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE) de sexto curso en la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche. *Educ Med*. Obtenido de http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.020
92. Real Académia Española. (2025). *Diccionario d ela lengua española*. Obtenido de DLE: https://dle.rae.es/competencia?m=form#A0fanvT
93. Red de Simulación en Salud. (2025). *Red de Simulación en Salud*. Obtenido de www.reddesimulacionensalud.com
94. RESOLUCIÓN (CS) 2069/2021. . (2021). *Informe Final del segundo proceso de Autoevaluación Institucional de la UNNOBA.* Informe, UNNOBA, JUnin.
95. Resolución Ministerial N° 2721. (2015). *Ministerio de Educación de la Nación.* Obtenido de Boletín Oficial de la Rewpública Aregentina: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/135700/20151109
96. Reyes, L., & Román Rivera, M. A. (2 de febrero de 2024). La evaluación del aprendizaje en salud ante los retos de la educación del siglo XXI. *Magna Sapientia, Revista Cientifica Multidimensional*, 63- 72. doi:https://www.researchgate.net/publication/378515588
97. Rodríguez Bustamante , P., & Báez Hernández, F. J. (25 de enero de 2021). Epistemología de la Profesión Enfermera. *Ene, 14*(2). Recuperado el julio de 2024, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013

98. Rodriguez Higueras, E. (2013). *Diseño de una prueba evaluativa de competencias para el laboratorio de simulación .de enfermería.* Tesis doctoral, Catalunya.
99. Rodriguez Higueras, E., Zabalegui Yarnoz, A., & Ricarte, J. (2014). *Diseño de una prueba evaluativa de competencias para el laboratorio de simulación de enfermería.* Universidad Internacional de Catalunya, Departaento de Enfermería. Barcelona, España: Universidad Internacional de Catalunya. Obtenido de https://repositori.uic.es/handle/10803/133371
100. Roussin , C., Sawyer , T., & Wein, P. (septiembre de 2020). Assessing competency using simulation: the SimZones approach. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*, 262- 267. doi: doi: 10.1136/bmjstel-2019-000480.
101. Ruiz Hoyos, B., Perez Saavedra, A., & Fernandez Rincon, C. (2018). Percepción de docentes y estudiantes sobre estrategias innovadoras de evaluación en el área básica de un programa de medicina. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342018000200117&script=sci_abstract&tlng=es
102. Ruiz Moral, R., & Caballero Martínez, F. (2014). Programa para seleccionar y entrenar pacientes estandarizados en el contexto de un curriculum universitario de simulación clinica. *Fundación Colaboración Médica*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n4/colaboracion2.pdf
103. Ruiz Ruiz, J. (2005). *Teoría del curriculum: diseño, desarrollo e innovación curricular.* Madrid: Universitas SL. Obtenido de https://www.ugr.es/~recfpro/rev12re.pdf
104. Salamanca Castro, A. B. (octubre- novimebre de 2017). La enfermería como arte y sus implicaciones en nuestro. *Nure Investigación, 14*(90). Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1349-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4771-2-10-20170928.pdf
105. Salas, J., Martinez Ibañez, M., Rodriguez Espinosa, A., & Diaz Barreiro , M. (2012). El Impacto de una prueba ECOE en una Unidad Docente de Medicina de Familia. *El Impacto de una prueba ECOE en una Unidad Docente de Medicina de Familia*. Gran Canaria, Canarias, España : Boletin Doctutor. Obtenido de https://www.doctutor.es/2012/02/01/el-impacto-de-una-prueba-ecoe-en-una-unidad-docente-de-medicina-de-familia/
106. Sanmartí, N. (2020). *Evaluar y aprender: un único proceso.* Barcelona: Octaedro.
107. Santos Guerra, M. (2018). *La evaluación como apren-dizaje. Cuando la flecha impacta la diana.* Madrid: Narcea.
108. Sesento García, L. (2008). *Modelo Sistémico basado en comptenecias para instituciones educativas públicas.* Centro de Investigación y Desarrollo del Estado de Michoacán, Subdirección de estudios de posgrado. Morelia, Michoacán: Eumed. Obtenido de https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/lsg/concepto_competencias.html
109. Solà, M., Martínez, D., Molins, A., & Pulpón, A. (2011). Pruebas de evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE) para estudiantes de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*. Obtenido de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-89794
110. Spretz, G., Agostini, M., Arca, A., & Cherjovsky, R. (2013). Opinión de los docentes sobre el examen clínico objetivo y estructurado (ECOE), Universidad Abierta Interamericana. *Debate Universitario.*, 5-17. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-OpinionDeLosDocentesSobreElExamenClinicoObjetivoYE-4859711%20(3).pdf
111. Ticse, R. (jululio/septiembre de 2017). El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Revista Medica Herediana, 28*(3), Vol 18. doi:https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3188
112. Torres Esperón, J., & Urbina Laza, O. (enero- marzo de 2006). Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba. *Educación Médica Superior*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000100002
113. Trejo Martínez, F. (2013). Enfermería: del arte a la ciencia o de la ciencia al arte. *Enf Neurol, 12*(1), 95- 97. Recuperado el julio de 2024, de https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132g.pdf
114. Trezza M, S. R. (2008). Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Bras Enferm*. doi:https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600019

115. Tuning America Latina. (2007). *Proyecto Tuning, América Latina. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina.* (P. Beneitone, C. Esquetini , J. Gonzalez , M. M. Maletá, G. Siufi, & R. Wagenaar, Edits.) Bilbao: Alfa Europeaid. Obtenido de https://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningLAIII_Final-Report_SP.pdf
116. Tuning Educational Structures in Europe. (2004). *Informe Final Tuning Educational Structures in Europe.* Universidad de Deusto y Universidad de Groningen. Bilbao: Socrates. Obtenido de https://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI_Final-Report_SP.pdf
117. Unigarro Gutiérrez, M. A. (2017). *Un modelo educativo crítico con enfoque de competencias.* Medellin: Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Educación, Medellín y Envigado. Obtenido de https://hdl.handle.net/20.500.12494/16937
118. University of Alabama at Birmingham School of Nurs. (2024). A plan for nursing & midwifery education quality improvement in universal health and primary health care. *School of nursing*, 29. Obtenido de https://www.uab.edu/nursing/home/images/global/EQI-Toolkit_Spanish.pdf
119. UNNOBA. (2009). Ordenanza (CS) 23. Reglamento Alumno. Junin, Buenos Aires, Argentina.
120. Váldez Fernandez , A., Anacona Añasco, R. V., Joaquí Hernández, L. C., Magé Ordoñez, Y. A., & Sierra Bernal, A. F. (30 de junio de 2022). Aprendizajes de estudiantes del área de la salud en tiempos de Covid-19: una reisión integrativa. *Investigación en Enfermería: imágen y desarrollo, 24*. doi:https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.aeas
121. Vallejo-Gómez, L., Ruiz Recendiz, M. d., Jimenez Arroyo, V., Huerta Baltazar, M., & Alcatar zabala, M. L. (2021). Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática. *Sanus Revista de Enfermería, 6*(17). Recuperado el 2024, de https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/198?articlesBySimilarityPage=2
122. Vallejo-Gómez, Lucero, Ruiz-Recéndiz, Ma. de Jesús, Jiménez-Arroyo, Vanesa, Alcántar-Zavala, Ma. Lilia Alicia, & Huerta-Baltazar, Mayra Itze. (2021). Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática. *Sanus Vol. 6*. doi:https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.198
123. Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 47- 53. Obtenido de https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/588
124. Wali, O., Vanka, A., & Vanka, S. (2022). Faculty Perceptions on Objective Structured Clinical Exam in Dental Education. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc.*, 145-156. Obtenido de https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/download/47533/47010?inline=1
125. White, J., Gunn, M., Chiarella, M., & Catton, H. (2025). *Actualización de las definicionesde «enfermería» y «enfermera»*. . Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras. doi:https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_SP_Web.pdf
126. Wijnen-Meijer , M., Brandhuber , T., Schneider , A., & Berberat , P. (2022). Implementing Kolb´s Experiential Learning Cycle by Linking Real Experience, Case-Based Discussion and Simulation. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. doi:10.1177/23821205221091511
127. William, R., Binagwaho, A., Catton, H., Davis, S., Farmer, P., Iro, E., . . . Aiken , L. (Septiembre de 2020). Inversión rápida en enfermería para fortalecer la respuesta global al COVID-19. *Int J Nurs Stud*. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103668
128. Zabar, S., Kachur, E., Kalet, A., & Hanley, H. (2013). *Objetive Structured Clinical Examinations. 10 Steps to planing and implementing OSCEs and other standardized patient exercises.* New York, EEUU, EEUU. doi:10.1007/9781461437499

ANEXOS

Anexo N° I: Instrumento de Recolección de Datos

Cuestionario.

1- Sociodemográficos

1. **Género**. Marque solo un óvalo.

   ◯ Femenino
   ◯ Masculino
   ◯ Prefiero no decirlo

.

2. **Máximo nivel de formación alcanzado**. Marque solo un óvalo.

   ◯ Licenciada/o ◯ Especialista ◯ Maestría ◯ Otro

3. **Años de experiencia en la docencia de enfermería**. Marque solo un óvalo.

   ◯ 1 a 5 años
   ◯ 6 a 10 años
   ◯ 11 y más años de experiencia

4. **Área profesional docente en la que se desarrolla**. Marque solo un óvalo.

   ◯ Comunitaria
   ◯ Clínica
   ◯ Ambas

2- Metodología ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado)

5. **¿Considera la ECOE una herramienta útil y confiable para evaluar competencias en las y los estudiantes de enfermería?** Marque solo un óvalo.

   ◯ Muy de acuerdo
   ◯ De acuerdo
   ◯ Neutral
   ◯ En desacuerdo
   ◯ Muy en desacuerdo

6. **¿En qué medida cree que el ECOE evalúa adecuadamente el abanico de competencias profesionales?**
Marque solo 1 opción por fila.

Grupo de competencias	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Competencias asociadas con los valores profesionales					
Competencias asociadas con la práctica de enfermería y la toma de decisiones clínicas					
Competencias para utilizar adecuadamente el habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.					
Conocimientos y competencias cognitivas					
Competencias interpersonales y de comunicación					
Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo					

En desacuerdo

7. **¿Qué impacto cree que tiene el ECOE en la preparación profesional de las y los estudiantes de enfermería?**

8. **La ECOE complementa de manera efectiva otras formas de evaluación convencionales (exámenes teóricos escritos, exámenes orales, trabajos prácticos, etc.)**. Marque solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

9. **En qué etapa de la formación considera adecuado implementar la ECOE para evaluar a las y los estudiantes?** Marque solo un óvalo.

- Al finalizar cada ciclo (Ciclo I y Ciclo II).
- Instancia de evaluación final de asignaturas profesionales.
- Instancia de evaluación parcial de asignaturas profesionales.
- Otro

10. **Si en la anterior pregunta respondió "otro", especifique en cuál.**

11. **En su opinión, ¿cuáles son las principales fortalezas/ventajas del ECOE como método de evaluación?** Seleccione

- [ ] Evaluación objetiva y estandarizada
- [ ] Refleja escenarios clínicos y comunitarios reales
- [ ] Refuerza y mejora la preparación práctica de las y los estudiantes
- [ ] Identifica fortalezas y debilidades individuales
- [ ] Otras ventajas

12. **Si en la respuesta anterior, señaló "otras fortalezas/ ventajas", mencione cuáles**

13. **¿Cuáles considera que son las principales debilidades/desventajas de la ECOE?** Selecciona las opciones que correspondan.

- [ ] Alto costo
- [ ] Requiere mucho tiempo de organización
- [ ] Estrés para las y los estudiantes
- [ ] Estrés para el equipo docente
- [ ] Dificultades logísticas
- [ ] Otras desventajas
- [ ] No presenta desventajas

14. **Si en la respuesta anterior, señaló "otras debilidades/desventajas", mencione cuáles**

15. **¿Considera en el futuro implementar la ECOE en su práctica docente?**

Marque solo un óvalo.

- SI
- No
- No estoy segura/o

3- Organización general de la ECOE

16. **Señale en qué etapa de la ECOE de la Carrera de Enfermería participó.** Selecciona todos los que correspondan.

- En la organización general
- Fase I: Planificación
- Fase II: Ejecución

17. **¿Qué rol cumplió en la organización de la ECOE del IADH- UNNOBA?** Seleccione las opciones que corresponda.

- Construcción del reglamento/protocolo
- Definición de las competencias para cada subárea/ asignatura
- Convocatoria a estudiantes
- Ofreció capacitaciones
- Diseño de ECOE (Definición de circuitos, selección del tipo de prueba/escenario de simulación, elaboración de guía e instructivos, lista de cotejo, rubrica)
- Prueba piloto
- Armado de escenarios

18. **Recibió capacitación sobre la metodología y protocolo, previo a su Implementación.** Marque solo un óvalo.

- SI
- No
- No estoy segura/o

19. **Indique en cuál o cuáles ECOE participó.** Seleccione la o las asignaturas.

- Enfermería Comunitaria I
- Enfermería Básica
- Enfermería del Adulto y Anciano I

- [ ] Enfermería del Adulto y Anciano II
- [ ] Enfermería en Salud Mental
- [ ] Enfermería Materno Infantil
- [ ] Enfermería Infanto Juvenil
- [ ] Administración en Enfermería
- [ ] Enfermería en Cuidados Críticos I.

20. **¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en la organización general de la ECOE?** Seleccione las opciones que correspondan.

- [ ] Falta de experiencia
- [ ] Dificultades en la coordinación del equipo docente
- [ ] Problemas de comunicación
- [ ] Déficit de recursos técnico/administrativo
- [ ] Falta o problemas con el equipamiento y mobiliario
- [ ] Déficit de insumos biomédicos
- [ ] Insuficiente infraestructura
- [ ] No presente dificultad
- [ ] Otro

21. **Si su repuesta fue "otro" en la anterior respuesta, especifique cuáles**

_____

22. **¿Qué estrategias sugiere para mejorar la organización general de la ECOE?**

_____

_____

_____

_____

_____

4-Diseño de escenarios/estaciones

23. **Sobre el diseño de los escenarios/estaciones, indique que aspectos presentaron mayor dificultad.** Seleccione las opciones que correspondan.

- [ ] Selección del tipo de prueba/escenario según competencias a evaluar
- [ ] N° de estaciones que integran la ECOE por asignatura según reglamento es insuficiente
- [ ] Dificultad para elaborar las guías
- [ ] Dificultad para elaborar los instructivos (evaluador, estudiante, paciente estandarizado).
- [ ] Elaboración de listas de cotejo y rubricas
- [ ] Dificultades para conseguir pacientes estandarizados (actores)
- [ ] No presenté dificultad

24. **¿Qué tipo de pruebas implementó en la ECOE?** Seleccione las opciones que correspondan.

- [ ] Pruebas escritas, conocimiento teórico
- [ ] Evaluación de habilidades (Zona 1)
- [ ] Resolución de casos clínicos (Zona 2)
- [ ] Evaluación de trabajo en equipo, liderazgo y coordinación (Zona 3)

25. **Incorporó pacientes estandarizados en los escenarios.** Marque solo un óvalo.

- ◯ SI
- ◯ No
- ◯ No estoy segura/o

26. **Cuál es su opinión respecto a la utilización de paciente estandarizados.** Selecciona las opciones que correspondan.

- [ ] Requiere disponer de recurso humano extra
- [ ] Requiere capacitar y entrenar recurso humano destinado a paciente estandarizado
- [ ] Los escenarios que incorporan paciente simulados son más realistas
- [ ] Los escenarios con paciente simulados facilitan la evaluación de habilidades blandas

27. **¿Qué tan adecuados considera los escenarios de simulación para evaluar competencias profesionales en estudiantes de enfermería?** Marque solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

5-Ejecución de la ECOE

28. **¿Cómo evalúa el proceso de ejecución de la ECOE el día de la evaluación?** Marque solo un óvalo.

- Muy satisfactorio
- Satisfactorio
- Neutral
- Insatisfactorio
- Muy Insatisfactorio

29. **¿Está de acuerdo con el tiempo asignado a cada escenario/estación?** Marque solo un óvalo.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- Desacuerdo
- Muy en desacuerdo

30. **Si respondió "en desacuerdo" o "muy en desacuerdo", fundamente**

31. **¿Considera que las estaciones con escenarios de simulación reflejaron situaciones reales de la práctica clínica en enfermería?** Marque solo un óvalo.

- ◯ Totalmente de acuerdo
- ◯ De acuerdo
- ◯ Neutral
- ◯ Desacuerdo
- ◯ Muy en desacuerdo

32. **Comentarios y aportes sobre la ejecución de la ECOE**

Sección 6: Rol evaluador/a

33. **¿Cómo califica su desempeño como evaluador? (Responda solo en el caso de haber participado como evaluador/a)**. Marque solo un óvalo.

- ◯ Muy satisfactorio
- ◯ Satisfactorio
- ◯ Neutro
- ◯ Poco Satisfactorio
- ◯ Insatisfactorio

34. **Si su respuesta anterior fue "Poco satisfactorio" o, "Insatisfactorio" fundamente por qué .**

35. **¿Cree que la retroalimentación brindada a las y los estudiantes fue adecuada y útil para su aprendizaje?** Marque solo un óvalo.
- SI
- No
- No estoy segura/o

36. **Si su respuesta anterior fue "No", fundamente por qué.**

37. **¿El procesamiento y análisis de los resultados presentó dificultad?** Marque solo un óvalo.
- SI
- No
- No estoy segura/o

38. **Si su respuesta anterior fue "SI", fundamente**

7- Reglamento y Protocolo

39. **Respecto al reglamento/protocolo del IADH de la UNNOBA ¿Qué aspectos considera deberían revisarse/mejorarse?** Selecciona las opciones

que correspondan.

- [ ] Competencias
- [ ] Aspectos relacionados con el diseño de los escenarios
- [ ] Aspectos relacionados con la incorporación de paciente estandarizado
- [ ] Rol de evaluador/ observador
- [ ] Contrato de confidencialidad y ficción
- [ ] Comunicación en las diferentes etapas del proceso
- [ ] No modificaría el reglamento/protocolo

8-Consideraciones generales

40. **¿Cómo calificaría su experiencia en la del ECOE del IADH de la UNNOBA?** Marque solo un óvalo.

- ◯ Muy positiva
- ◯ Positiva
- ◯ Neutra
- ◯ Negativa
- ◯ Muy negativa

41. **¿Qué aspectos de la implementación del ECOE considera críticos para su éxito?** Seleccione las opciones que correspondan.

- [ ] Logística y organización
- [ ] Capacitación de evaluadores
- [ ] Disponibilidad de recursos y equipos
- [ ] Comunicación y coordinación
- [ ] Evaluación y retroalimentación efectiva para los estudiantes
- [ ] Manejo de los tiempos
- [ ] Pacientes estandarizados (actores)
- [ ] Considera todas las opciones

42. **¿Qué tipo de apoyo adicional cree que sería útil para mejorar la**

implementación del ECOE en su institución? Seleccione las opciones que correspondan.

- [ ] Logística y organización
- [ ] Capacitación de evaluadores
- [ ] Disponibilidad de recursos y equipos
- [ ] Comunicación y coordinación
- [ ] Evaluación y retroalimentación efectiva para los estudiantes
- [ ] Manejo de los tiempos
- [ ] Pacientes estandarizados (actores)
- [ ] Considera todas las opciones

¡MUCHAS GRACIAS POR SU RESPUESTA!!!!

Anexo N° II: Tabla matriz

Variable	Subvariables	Definición operacional	Escala / Medición	Categorías / Indicadores
Socio demográfica	Género	Identidad de género de la/el docente participante	Nominal, dicotómica	Femenino, Masculino, Prefiero no decirlo
	Máximo nivel de formación	Mayor grado académico alcanzado	Ordinal	Licenciatura, Especialización, Maestría, Otro
	Años de experiencia en docencia	Cálculo de los años de ejercicio de la docencia, expresado en número enteros	Ordinal	1-5 años, 6-10 años, ≥11 años
	Área profesional docente	Área del conocimiento en la que desarrolla su labor docente	Nominal	Comunitaria, Clínica, Ambas
Metodología	Utilidad y confiabilidad de la ECOE	Percepción sobre la capacidad de la ECOE para evaluar competencias	Ordinal (Likert 5 puntos)	Muy de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo, Muy en desacuerdo
	Evaluación del abanico de competencias	Grado en que la ECOE evalúa distintas competencias profesionales	Nominal múltiple	Competencias asociadas con los valores profesionales, Competencias relacionadas con la práctica clínica y la toma de decisiones, Competencias para utilizar adecuadamente el abanico de cuidado, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos, Conocimientos y competencias cognitivas, Competencias interpersonales y de comunicación, Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo
	Impacto de la ECOE	Percepción sobre el efecto de la ECOE en la preparación profesional	Abierta / Descriptiva	Respuesta textual

	Complementariedad con otras evaluaciones	Percepción sobre si la ECOE complementa evaluaciones convencionales	Ordinal (Likert 5 puntos)	Muy de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo, Muy en desacuerdo
	Etapa de implementación	Momento formativo adecuado para aplicar la ECOE	Nominal múltiple	Ciclo I y II, Evaluación final, Evaluación parcial, Otro
	Fortalezas/ventajas de la ECOE	Principales ventajas de la metodología según la percepción del docente	Nominal múltiple	Evaluación objetiva y estandarizada, Refleja escenarios reales clínicos y comunitarios, Refuerza y mejora la preparación práctica, Identifica fortalezas y debilidades individuales, Otras ventajas
	Debilidades/ desventajas de la ECOE	Principales desventajas del método según la percepción del docente	Nominal múltiple	Alto costo, Mucho tiempo de organización, Estrés estudiantes, Estrés docentes, Dificultades logísticas, Otras, No presenta desventajas
	Intención de implementación futura	Disposición del docente a usar ECOE en su práctica	Nominal dicotómica	Sí, No, No estoy seguro/a
Organización general	Etapa de participación	Participación en fases de la ECOE	Nominal múltiple	Organización general, Fase I: Planificación, Fase II: Ejecución
	Rol en la organización	Funciones desempeñadas en la implementación de la ECOE	Nominal múltiple	Construcción reglamento/protocolo, Definición competencias para cada subárea, Convocatoria estudiantes, Ofreció capacitaciones, Diseño de ECOE, Prueba piloto, Armado de escenarios
	Capacitación previa	Si recibió formación sobre la metodología	Nominal dicotómica	Sí, No
	Asignaturas en las que participó	Subáreas/ asignaturas donde aplicó la ECOE	Nominal múltiple	Enfermería Comunitaria I, Básica, Adulto y Anciano I-II, Salud Mental, Materno Infantil, Infanto Juvenil, Administración, Cuidados Críticos I

	Dificultades organizativas	Obstáculos encontrados en la organización general	Nominal múltiple	Falta de experiencia, Dificultades de coordinación del equipo; Problemas de comunicación; Déficit de recursos técnicos administrativos; Falta o problemas con el equipamiento/ mobiliario; Déficit de insumos biomédicos; Insuficiente infraestructura; Otro; No presenté dificultad
	Estrategias de mejora	Propuestas para optimizar la organización	Abierta	Respuesta textual
Diseño de estaciones/ escenarios	Dificultades en diseño de escenarios	Aspectos con mayor dificultad en la construcción de estaciones	Nominal múltiple	N° de estaciones que integran la ECOE por asignatura según reglamento es insuficiente; Dificultad para elaborar las guías; Dificultad para elaborar los instructivos (evaluador, estudiante, paciente estandarizado). Elaboración de listas de cotejo y rubricas; Dificultades para conseguir pacientes estandarizados (actores); No presenté dificultad;
	Tipo de pruebas aplicadas	Modalidades utilizadas en la ECOE	Nominal múltiple	Pruebas escritas, conocimiento teórico; Evaluación de habilidades (Zona 1); Resolución de casos clínicos (Zona 2); Evaluación de trabajo en equipo, liderazgo y coordinación (Zona 3)
	Incorporación de pacientes estandarizados	Uso de actores/pacientes simulados	Nominal dicotómica	Sí, No

	Opinión sobre pacientes estandarizados	Valoración de su utilidad y realismo	Nominal múltiple	Requiere disponer de recurso humano extra; Requiere capacitar y entrenar recurso humano destinado a paciente estandarizado; Los escenarios que incorporan paciente simulados son más realistas; Los escenarios con paciente simulados facilitan la evaluación de habilidades blandas
	Adecuación de escenarios de simulación para evaluar competencias profesionales en enfermería	Grado de adecuación de los escenarios de simulación para evaluar competencias profesionales	Ordinal (Likert 5 puntos)	Muy de acuerdo – Muy en desacuerdo
Ejecución	Evaluación del proceso de ejecución de la ECOE el día de la prueba	Valoración de la/el docente sobre el proceso de ejecución el día de la ECOE	Ordinal (Likert 5 puntos)	Muy satisfactorio – Muy insatisfactorio
	Tiempo asignado a las estaciones/ escenarios	Opinión sobre la duración de cada estación	Ordinal (Likert 5 puntos)	Totalmente de acuerdo – Muy en desacuerdo
	Realismo de los escenarios	Reflejo de situaciones reales de práctica clínica	Ordinal (Likert 5 puntos)	Totalmente de acuerdo – Muy en desacuerdo
	Comentarios sobre ejecución	Aportes generales sobre la ejecución	Abierta	Respuesta textual
Evaluación	Desempeño como evaluador	Autoevaluación del rol de evaluador	Ordinal (Likert 5 puntos)	Muy satisfactorio – Insatisfactorio
	Retroalimentación a estudiantes	Opinión sobre la utilidad del feedback y debriefing	Nominal dicotómica	Sí, No

	Dificultad en procesamiento de resultados	Problemas en análisis de datos	Nominal dicotómica	Sí, No
Reglamento/ protocolo	Aspectos de reglamento/protocolo a mejorar	Percepción docente sobre los elementos del reglamento que requieren revisión	Nominal múltiple	Competencias; Aspectos relacionados con el diseño de los escenarios; Aspectos relacionados con la incorporación de paciente estandarizado ; Rol de evaluador/ observador; Contrato de confidencialidad y ficción; Comunicación en las diferentes etapas del proceso; No modificaría el reglamento/protocolo
Consideraciones generales	Experiencia general en la ECOE	Valoración global de la experiencia	Ordinal (Likert 5 puntos)	Muy positiva – Muy negativa
	Aspectos críticos para el éxito	Factores considerados esenciales para éxito	Nominal múltiple	Logística y organización; Capacitación de evaluadores; Disponibilidad de recursos y equipos; Comunicación y coordinación; Evaluación y retroalimentación efectiva para los estudiantes; Manejo de los tiempos Pacientes estandarizados (actores); Considera todas las opciones
	Apoyo adicional útil	Recursos necesarios para mejorar implementación	Nominal múltiple	Logística y organización; Capacitación de evaluadores; Disponibilidad de recursos y equipos; Comunicación y coordinación; Evaluación y retroalimentación efectiva para los estudiantes; Manejo de los tiempos Pacientes estandarizados (actores); Considera todas las opciones

Anexo N° III

Consideraciones éticas, Hoja de Información para la/el Participante, Consentimiento Informado

"Percepción de las y los docentes sobre la implementación de ECOE en asignaturas profesionales de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA".

Hoja de Información para la/el participante

El estudio, tiene como propósito recabar información sobre la percepción de las y los docentes del área profesional clinica y comunitaria, respecto a su participación en la ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado) implementado por primera vez en de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, del Instituto Académico de Desarrollo Humano (IADH) de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (UNNOBA), en el año 2022.

La autora llevará a cabo un estudio descriptivo, observacional de corte transversal con enfoque mixto. Su participación en el proyecto consistirá en contestar una serie de preguntas. Se abordarán variables sociodemográficas, y aspectos relacionados con la metodología, organización, diseño, ejecución, rol evaluador, reglamento y protocolo, y consideraciones generales de la ECOE.

El propósito del estudio, es obtener información que sirva de apoyatura para lograr la incorporación de esta modalidad de evaluación al currículum y propuesta educativa de las asignaturas disciplinares de Enfermería.

Responder el formulario le llevará entre 10 y 15 minutos de su tiempo. Los datos recolectados serán tratados de forma anónima, garantizando la confidencialidad y preservando la identidad de las y los docentes en todas las etapas del estudio: procesamiento, análisis, elaboración del informe y publicación de los resultados. Su participación no afectará de ningún modo su relación con la institución y con la Carrera de Licenciatura en Enfermería; tampoco le proporcionará ningún beneficio directo.

En caso de brindar su consentimiento, se le comunica que tiene la posibilidad de desistir de su participación en cualquier momento del proceso de investigación, si así lo considera, sin que esto le ocasione perjuicio alguno.

Gracias por su aporte y colaboración.

Información de la Investigadora: Lic. María Mónica Lázzaro

Alumna de la Especialización en Docencia Universitaria

Contacto: mlazzaro@unnoba.edu.ar

Directora de TIF, Prof. Luciana Vanina Molina

UNNOBA

Consentimiento informado

Manifiesto que he sido invitada/o a participar y se me han informado los detalles de la investigación: "Percepción de las y los docentes sobre la implementación de ECOE en asignaturas profesionales de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la UNNOBA" que comprendo lo expresado arriba, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que han sido respondidas de manera satisfactoria.

Acepto participar en este estudio de investigación y me comprometo a responder las preguntas que se me realicen. Autorizo se utilicen de manera anónima los datos que brindó con fines académicos y científicos.

Firma del participante

Aclaración

DNI

INDICE

DEDICATORIA 2
AGRADECIMIENTO 3
RESUMEN 4
MODALIDAD 10
INTRODUCCION 11
1- PLANTEO DEL PROBLEMA 11
2- OBJETIVOS E HIPÓTESIS 14
1. Objetivo General 14
2. Objetivos Específicos 15
3. Hipótesis 15
3- JUSTIFICACIÓN 15
4- ANTECEDENTES DE INVESTIGACON 17
1- Internacionales 17
2- Latinoamericanos 18
2- Locales 20
5- MARCO TEÓRICO 21
1.Enfermería 21
2.La formación universitaria de grado en enfermería 27
3.La evaluación de los aprendizajes en las carreras de enfermería 43
4.Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE) 59
5.La simulación clinica, como técnica para el desarrollo de la ECOE 78
6.Percepción de las y los docentes 88
DESARROLLO DEL TRABAJO 90
1- METODOLOGÍA DEL ESTUDIO 90
Tipo de diseño/ enfoque 90
Población 90
Unidad de análisis 90
Población Blanco 90
Criterios de inclusión 91
Período de realización 91
Lugar 91
2- RECOLECCION DE DATOS 91
Técnica e instrumentos para la recolección de datos: 91

Consideraciones éticas..... 92
3- ANALISIS DE DATOS..... 92
4- RESULTADOS 92
1-Variables sociodemográficas..... 93
2-Variables relacionadas con la metodología de la ECOE. 94
3-Variables relacionadas con la organización general de la ECOE de la UNNOBA 103
4-Variables relacionadas con el diseño de las ECOE..... 108
5-Variables relacionadas con la Ejecución..... 111
6-Variables relacionadas con el rol evaluador..... 115
7-Variables relacionadas con el Reglamento/Protocolo..... 116
7-Variable: consideraciones generales 117
5- DISCUSIÓN 119
6- CONCLUSION..... 136
7- RECOMENDACIONES..... 138
8- DECLARATORIA DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL 139
9- BIBLIOGRAFIA 140
10- ANEXOS 148

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Pirámide de Miller, adaptada por la autora. 36
Ilustración 2: Etapas de un Examen Clínico Objetivo Estructurado 68
Ilustración 3: Fases del Diseño de la ECOE..... 69
Ilustración 4: Personal necesario para realizar la ECOE y roles. 70
Ilustración 5: Comité de ECOE. Adaptada de Downing SM. 71

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción de las Competencias Específicas, Carreras de Grado América Latina. 55
Tabla 2: Características de las pruebas según utilidad de una evaluación 64
Tabla 3: Docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA según nivel de formación alcanzado. Junín, noviembre- diciembre de 2024 93
Tabla 4: Años de experiencia. Docentes de la Carrera de Enfermería que participaron en la ECOE. Junín, noviembre- diciembre 2024 93
Tabla 5: Área profesional en la que se desarrollan las docentes participantes de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024 94
Tabla 6: Percepción docente: utilidad y confiabilidad de la ECOE. Junín, noviembre-diciembre 2024. 94
Tabla 7: Competencias profesionales según grado de acuerdo percibido por las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 94
Tabla 8: Grado de percepción docente: la ECOE complementa efectivamente las evaluaciones convencionales. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 101
Tabla 9: Fortalezas/ventajas de la ECOE, según la percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre 2024 101
Tabla 10: Debilidades/ desventajas de la ECOE, según la percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 102
Tabla 11: Percepción docente: implementaría en el futuro la ECOE. Junín, noviembre-diciembre 2024 102
Tabla 12: Percepción docente: etapa de formación para la adecuada implementación de la ECOE. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 102
Tabla 13: Docentes de la UNNOBA que participaron en la ECOE, según etapa de la evaluación. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 103
Tabla 15: Docentes participantes de la ECOE de la UNNOBA, según rol. Junín, noviembre- diciembre de 2024 103
Tabla 14: Docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, según capacitación específica. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 104
Tabla 16: Tipos de dificultades en la organización general, según la percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 104
Tabla 18: Frecuencia de los tipo de pruebas implementadas en las estaciones de las ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024 108
Tabla 19: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, sobre aplicar simulación clinica para evaluar competencias profesionales. Junín, noviembre-diciembre 2024 109
Tabla 20: Utilización de pacientes estandarizados en la ECOE del IADH de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024. 109
Tabla 21: Utilización de paciente estandarizado en la ECOE, según la opinión docentes de enfermería de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024. 109
Tabla 17: Tipos de dificultades en el diseño de las estaciones., según la percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024 110
Tabla 22: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, sobre el proceso de ejecución. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 111

Tabla 23: Percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA, sobre el tiempo asignado a cada escenario/estación. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 111
Tabla 24: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, respecto al grado de realismo reflejado en los escenarios de simulación. Junín, noviembre-diciembre de 2024., ... 111
Tabla 25: Percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA, sobre su desempeño como evaluadoras en la ECOE 115
Tabla 26: Retroalimentación según la percepción de las docentes que participaron de la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre- diciembre de 2024. 115
Tabla 27Procesamiento y análisis de resultados según la percepción de las docentes que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Junín, noviembre diciembre de 2024. 115
Tabla 29: Percepción docente sobre el reglamento y protocolo de la ECOE del IADH de la UNNOBA: aspectos a mejorar. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024. 117
Tabla 28: Percepción docente sobre su experiencia general en la ECOE del IADH de la UNNOBA. Junín, Noviembre- diciembre 2024 117
Tabla 30: Aspectos críticos para el éxito en la implementación de la ECOE, según la percepción de las docentes del IADH de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre-diciembre de 2024. 118
Tabla 31: Apoyo adicional para mejorar la implementación de la ECOE, según la percepción de las docentes de enfermería, que participaron en la ECOE de la UNNOBA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2024. 118