

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL ESPACIO
EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR : UN
INSTRUMENTO PARA EL GRADO EN ENFERMERÍA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Mercedes Gómez del Pulgar García-Madrid

Bajo la dirección de los doctores

**Juan Vicente Beneit Montesinos
Enrique Pacheco del Cerro**

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL ESPACIO
EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR:
UN INSTRUMENTO PARA EL GRADO EN ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

MERCEDES GÓMEZ DEL PULGAR GARCÍA-MADRID

2011

DIRECTORES

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos
Dr. Enrique Pacheco del Cerro

*“El futuro pertenece al competente.
Pertenece a los que son muy, muy buenos en lo que hacen.
No a los que tienen buenas intenciones”*

Brian Tracy.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no podría haberse realizado sin la ayuda de muchas personas. Dar las gracias significa decirle a cada una de ellas ~~“puedes contar conmigo”~~.

En primer lugar quiero dar las gracias a mis Directores de Tesis, el Profesor Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos y el Profesor Dr. Enrique Pacheco del Cerro, por su ayuda en el desarrollo de la misma, por el entusiasmo con el que la acogieron, por facilitarme todo lo necesario para poder llevarla a cabo y sobre todo por el tiempo que me han dedicado.

Quiero manifestar también mi agradecimiento al Dr. Alejandro Pérez-Ochoa Real por su ánimo constante, apoyo decidido y desinteresado, sus observaciones precisas y acertadas, así como por su exigencia y rigor académico, y muy especialmente, por honrarme con su amistad.

Mi más sincera gratitud al Dr. Fernando Gómez Muñiz, por todo lo que me ha enseñado, por su ayuda y colaboración en este trabajo, por sus consejos y sobre todo por su impecable ética y conducta.

Al Dr. David Carabantes por las gestiones realizadas para la presentación de esta Tesis y el tiempo que ha dedicado a ello.

A la Dra. Carmen García Carrión, por la paciencia y cariño que me ha demostrado desde que la conocí y especialmente en estos últimos meses.

A la Dra. Raquel Valero por la ayuda prestada y su cooperación desinteresada, sobre todo en la última etapa.

Al Profesor Alfonso Meneses y al Profesor Jorge Diz, por su ayuda en la recogida de información para este trabajo, algo fundamental para poder concluirlo.

A la Profesora Dra. Esperanza Rayón por acompañarme al inicio esta andadura y por su amistad.

A Maite Argüello por el tiempo dedicado y sus orientaciones en las fases iniciales, fundamentales para su posterior desarrollo.

A unas buenas amigas, Isabel Giménez, Isabel Andueza y Ana Ordóñez por su participación en el estudio y por facilitarme el contacto con otros compañeros y Profesionales de Enfermería, que han participado en el mismo.

A todos y cada uno de los profesionales que han participado en este trabajo, sin su colaboración y valiosas aportaciones no hubiera sido posible llevarlo a cabo. A todos y cada uno de ellos, gracias.

También me gustaría hacer extensivo el agradecimiento a tres compañeras sin las cuales hubiera sido mucho más difícil la realización del trabajo: a Lara Martínez por su apoyo, ayuda y ánimos, sobre todo en la fase final, en la que son más frecuentes los altibajos; a Gema Escobar por sus inestimables aportaciones en la revisión de la metodología y a Rocío Amillategui por su ayuda con la el análisis estadístico.

A la Profesora Susana Montero, por su acompañamiento y comprensión.

A Luz Lozano y Adriana Ramírez, por sus valiosas aportaciones sobre calidad y todo lo que he aprendido con ellas.

Al Hermano Luis Timón por sus grandes consejos.

También agradezco, a los alumnos a los que he tenido el privilegio de dar clase, la posibilidad de haber aprendido cada día de ellos.

De manera muy particular, y ellas lo saben, a unos ángeles de la guarda muy especiales, Begoña Delgado, Cristina de la Fuente, Natalia Díaz y Maite Ruiz, por su cariño y paciencia, por estar ahí cada día y acompañarme en todo este tiempo.

No quiero olvidar, ahora que hablo de ángeles, a otra buena amiga, Carmen Thous.

Gracias también a Fátima Trinidad, compañera y amiga desde antes de comenzar la Universidad, con ella he compartido y espero seguir haciéndolo, momentos inolvidables, tanto profesionales como personales.

Un agradecimiento muy especial a mi amiga Begoña Sánchez por su apoyo incondicional.

Finalmente, y no por ello menos importante, quiero agradecer a mi familia su paciencia, comprensión y constante ayuda incondicional: A mi abuela Cefe por la buenísima energía que me transmite y me ha transmitido siempre. A mis padres, Jesús y Carmen, por enseñarme el valor del esfuerzo y la superación personal. A mis hermanos Jesús y Valentín, María y Soraya por demostrarme que siempre están ahí. A mis sobrinas Aitana y Leyre, por hacerme sonreír.

Por supuesto, esta Tesis no hubiera sido posible sin el apoyo y cariño incondicional de mi marido, Miguel, cuya comprensión, paciencia y continua motivación ha hecho mucho más fácil este reto.

Y de una manera muy especial a mi hija Lucía, por su sonrisa, por su comprensión, a pesar de su corta edad, y por compartir el tiempo que le correspondía conmigo con este trabajo. A ella se lo dedico.

En este momento, en el que aparecen tantos nombres, y que seguro alguno se me escapa, es inevitable darse cuenta de lo pequeño que eres y de cómo se necesita el apoyo y la inteligencia de muchas personas para conseguir algo que realmente merezca la pena.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES	23
1.1.1. Evolución histórica de la incorporación del concepto de “competencia” en la formación de profesionales.	23
1.1.2. Definición del término Competencia	25
1.1.3. La competencia y sus componentes	41
1.1.4. Modelos de análisis de las competencias profesionales	47
1.1.5. Clasificación de las competencias	55
1.2. EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EEES) Y LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES	61
1.2.1. El Espacio Europeo de Educación Superior	61
1.2.2. Desarrollo de sistemas de calidad y de mecanismos de certificación y de acreditación.	70
1.2.3. Seguimiento de Titulaciones	76
1.2.4. Formación basada en competencias en la Educación Superior	78
1.2.5. La Evaluación	85
1.2.6. La Evaluación de competencias en el marco del EEES	100
1.2.7. Elección y diseño de instrumentos para la evaluación de competencias	119
1.3. LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA A LO LARGO DE LA HISTORIA Y LA EVOLUCIÓN DE SUS “COMPETENCIAS”	135
1.3.1. La primera escuela de Enfermería en el mundo	137
1.3.2. La primera escuela de enfermería en España	139
1.3.3. Formación de las ocupaciones relacionadas con los actuales Profesionales de Enfermería	140
1.3.4. Formación de matronas, sangradores y practicantes	140
1.3.5. La Formación de Enfermeras y Practicantes	145
1.3.6. El paso a Ayudante Técnico Sanitario (ATS)	149

1.3.7.	De Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado en Enfermería (DUE)	156
1.3.8.	De Diplomado Universitario en Enfermería a Graduado en Enfermería	166
1.4.	COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD	177
1.4.1.	Las Competencias Profesionales de Enfermería en Europa.	177
1.4.2.	Las Competencias Profesionales de Enfermería en España	180
1.4.3.	Referentes sobre competencias Profesionales para el diseño de los nuevos títulos de Grado en Enfermería en España.....	182
1.4.4.	Estado Actual de la Evaluación de Competencias Profesionales en Enfermería	200
2.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	221
3.	HIPÓTESIS	227
4.	OBJETIVOS	231
5.	MATERIAL Y MÉTODOS	235
5.1.	FASE 1: —Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (—Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio”.	241
5.1.1.	Método	242
5.1.2.	Funciones del Enfermería relación con Unidades de Competencias (UC)	244
5.1.3.	Panel de Expertos	249
5.1.4.	Participantes	250
5.2.	FASE 2: —Evaluación de la Validez y Fiabilidad de la escala”	255
5.2.1.	Validación de Contenido	257
5.2.2.	Fiabilidad: Consistencia Interna (Alfa De Cronbach) y Método de Mitades (Split Halves)	259
5.3.	FASE 3: —Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje”.	261
5.3.1.	Método: Seminario sobre Evaluación de Competencias en Enfermería	261
5.3.2.	Participantes	262
5.3.3.	Desarrollo del Seminario.....	262

5.3.4.	Panel de Expertos para el diseño de una rúbrica.	263
5.4.	FASE 4: —Determinación del nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala”.....	267
6.	RESULTADOS.....	271
6.1.	RESULTADOS FASE 1: —Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (—Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio”.....	273
6.1.1.	Resultados de la Fase 1. Unidades de Competencias y listados de Resultados de Aprendizaje a evaluar. —Escala ECOEnf”.....	273
6.2.	RESULTADOS FASE 2: —Evaluación de la Validez y Fiabilidad de la escala”.....	279
6.2.1.	Índice de Validación de Contenido (CVI) para cada una de las Unidades de Competencias definidas.	279
6.2.2.	S-CVI (overall scale average) para el total del instrumento.....	280
6.2.3.	Índice de Kappa.....	280
6.2.4.	Fiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach) y Método de Mitades (Split Halves)	281
6.3.	RESULTADOS FASE 3: —Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje”.	285
6.3.1.	Rubrica con criterios y niveles para la evaluación de resultados de aprendizaje.	285
6.4.	RESULTADOS FASE 4: —Determinación del nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala”.....	289
6.4.1.	Valoración sobre el nivel mínimo de competencia asignados por los grupos de Profesionales de Enfermería.	294
6.5.	RESULTADO FINAL: Instrumento para la Evaluación de los Objetivos – Competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben Adquirir Según La Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio. —ESALA ECOEnf”.....	303
7.	DISCUSIÓN.....	311
8.	CONCLUSIONES	323

9. ANEXOS	327
9.1. ANEXO 1: Listado Objetivos-Competencias orden CIN 2134/2008	329
9.2. ANEXO 2: Funciones y Unidades de Competencia tomadas como referencia para el estudio.	333
9.3. ANEXO 3: Plantilla de trabajo para el panel de expertos nº 1.....	337
9.4. ANEXO 4: Elementos competenciales y dimensiones de cada una de las Competencias Generales para el Grado en Enfermería (ORDEN CIN 2134/2008).....	341
9.5. ANEXO 5: Elementos Competenciales y Dimensiones de cada una de las Unidades de Competencia del estudio y su relación con las Competencias de la orden CIN 2134/2008.	361
9.6. ANEXO 6: Relación entre los Resultados de Aprendizaje definidos y los Elementos de las Competencias.	375
9.7. ANEXO 7: Instrumento de recogida de información para la validación de los Resultados de Aprendizaje de cada una de las Unidades de Competencia.	395
9.8. ANEXO nº 8: Programa del seminario sobre Evaluación de Competencias celebrado el 22 de abril de 2010.	407
9.9. ANEXO nº 9: Contenidos de la conferencia sobre Evaluación de Competencias en Enfermería celebrada durante el seminario del 22 de abril de 2010.....	413
9.10. ANEXO nº 10: Cuestionario para determinar el nivel mínimo exigible para cada uno de los Resultados de Aprendizaje validados.	425
9.11. ANEXO 11: Frecuencias Absolutas y Frecuencias Relativas para consensuar el nivel mínimo exigible para cada resultado de aprendizaje.	439
9.12. ANEXO 12: —Escuela ECOEnf—. Instrumento para la evaluación de Los Objetivos-Competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben adquirir según la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio.....	449
9.13. ANEXO 13: Nivel de Logro Mínimo Exigible, en la —Escuela ECOEnf— para los estudiantes de Enfermería al finalizar el Grado.....	473
9.14. ANEXO 14: GLOSARIO.....	483
10. BIBLIOGRAFÍA.....	491
11. RELACIÓN DE TABLAS	517
12. RELACIÓN DE FIGURAS	525

1. INTRODUCCIÓN

Palabras Clave:

Evaluación, Competencias, Grado, Enfermería, Instrumento, Escala, Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

Resumen:

La adaptación de las titulaciones universitarias al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) supone, entre otros, el reto de demostrar la calidad de los estudios que se imparten. Según el Real Decreto 1393/2007,¹ y su modificación el Real Decreto 861/2010² la nueva organización de las dichas enseñanzas además de responder a un cambio estructural, impulsa un cambio en las metodologías docentes, centrando el objetivo en el proceso de aprendizaje del estudiante, dentro de un contexto que se extiende ahora a lo largo de la vida.

Para conseguir estos objetivos, en el diseño de los nuevos Títulos Universitarios, deben reflejarse más elementos que la mera descripción de los contenidos formativos. Ahora se concibe el plan de estudios como un proyecto de “implantación” de una enseñanza universitaria y como tal proyecto, para su aprobación, se requiere la aportación de nuevos elementos como: justificación, objetivos, admisión de estudiantes, contenidos, planificación, recursos, resultados previstos y sistema de garantía de calidad.

Los planes de estudios deben tener en el centro de sus objetivos la **adquisición de competencias** por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas. Se debe hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias así como en los procedimientos para evaluar su adquisición.

El Documento Marco del MEC sobre “La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior”³ recoge que los objetivos formativos de las enseñanzas oficiales de nivel de Grado tendrán, con carácter general, una orientación profesional, es decir, deberán proporcionar una formación universitaria en la que se integren armónicamente las competencias genéricas básicas, las competencias transversales relacionadas con la formación integral de las personas y las competencias

más específicas que posibiliten una orientación profesional que permita a los titulados una integración en el mercado de trabajo.

Además, la evaluación de competencias forma parte del nuevo enfoque metodológico propuesto por el EEES, y es, según Mario de Miguel ⁴, lo que debe cambiar para que realmente la metodología adaptada al proceso de Bolonia sea diferente de lo que ha sido hasta este momento es el proceso de evaluación.

Dado este modelo, se hace necesaria la disponibilidad de herramientas y sistemas que garanticen el desarrollo de las competencias descritas para cada Titulación así como sistemas que demuestren la adquisición de las mismas.

Los estudios de enfermería no son ajenos a esta nueva organización y también han tenido que adaptar sus planes de estudios, de acuerdo con lo establecido por la normativa actual, con un enfoque basado en competencias, siendo ahora el momento de desarrollar las nuevas metodologías orientadas a la adquisición de las mismas y, por lo tanto, sistemas de evaluación que certifiquen y acrediten al estudiante competente al finalizar sus estudios.

En el presente trabajo se comenzará por realizar un recorrido histórico sobre el tema de las competencias revisando la evolución que han tenido y cómo desde el ámbito profesional han llegado a la educación, mencionando también el enfoque de competencias basado en la gestión de Recursos Humanos y el ámbito laboral para poder hablar en términos de lo que realmente nos vamos a referir que son las competencias profesionales y su evaluación.

Se ha realizado una aproximación al concepto de las competencias desde su origen etimológico, pasando por las diferentes definiciones del término, revisando otros términos cercanos a éste y centrándonos en las competencias profesionales para terminar con las que hacen referencia al ámbito de la salud. A continuación se revisan, según los distintos autores, los diferentes elementos que constituyen las competencias y se realiza una clasificación.

En relación a la evaluación de competencias se abordará la evaluación en términos generales, los diferentes modelos utilizados en educación, la evaluación de competencias

en el ámbito de la educación superior para centrar el tema en la formación basada en competencias dentro del contexto del EEES. En este sentido, se efectuará una aproximación al contexto del Espacio Europeo de Educación superior, su desarrollo cronológico desde la Sorbona y la declaración de Bolonia, hasta el momento actual en el que todas las titulaciones deben estar adaptadas a la convergencia europea. En este apartado se tratarán también los diferentes puntos clave y fundamentos de la educación en el contexto actual, para centrarnos en el aprendizaje basado en competencias.

Para proseguir se tratará el proceso de enseñanza-aprendizaje, como proceso integral, basado en el desarrollo y adquisición de competencias, y la integración de la evaluación en este proceso, haciendo referencia a los diferentes tipos de evaluación que se pueden utilizar acercándonos al que nos parece más apropiado para la aplicación de nuestro trabajo.

Para finalizar con el tema de la evaluación, se enumerarán los distintos instrumentos que pueden utilizarse en evaluación educativa y señalando el que más se aproxima al que se diseña en el desarrollo de este estudio.

El tercer capítulo hace referencia a la contextualización de los estudios de enfermería en el marco de la educación superior universitaria y se realizará un breve recorrido histórico de su evolución, centrándonos principalmente en la evolución de los estudios desde el Ayudante Técnico Sanitario (ATS) hasta los actuales estudios de Grado, pasando por la Diplomatura.

El capítulo cuatro recoge los aspectos actuales de las competencias Profesionales del Enfermería, haciendo referencia tanto al contexto nacional, como internacional.

Además

CAPÍTULO 1: LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

1.1. LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

1.1.1. Evolución histórica de la incorporación del concepto de “competencia” en la formación de profesionales.

A principios de siglo XX, apareció el concepto de “capacidad profesional” para denominar al conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes cuya finalidad era la realización de actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión. A finales de los años sesenta, hubo un momento de gran debate sobre los planes de estudios y fue entonces cuando se introdujo el concepto de “cualificación”, un término rápidamente adoptado por los estudiosos de la pedagogía de la formación profesional. En el ámbito de la Formación Profesional alemana, se introduce en la década de los 60 el concepto de “cualificación profesional”, este término desata cierta confusión por su gran similitud semántica con el concepto “competencia”. Bunk⁵ explica que cualificación son las *“capacidades que abarcan el conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes cuya finalidad es la realización de actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión”*, que comprendía, además, otras características como la flexibilidad y la autonomía.

En los años 70 se empieza a considerar el concepto de “competencia integrada”, que observa no sólo la dimensión técnica, sino que además tiene en cuenta las dimensiones humanas y sociopolíticas, dimensiones fundamentales para la adaptación de los trabajadores a las transformaciones del mercado laboral y de la sociedad en general.

El concepto de competencia cobra todo su significado en los años 80, al introducir un nuevo cambio en el papel del profesional, que pasa de actuar de acuerdo a lo establecido previamente por la organización, a tener que ser capaz de resolver los problemas de forma autónoma, tomando sus propias decisiones en función de lo que demande el contexto. En ese sentido, se hace necesario “saber transferir” el conocimiento.

En el cuadro que se presenta a continuación se recogen de un modo esquemático las ideas presentadas en este breve recorrido histórico sobre la evolución de las competencias, estableciendo una comparación entre los conceptos de capacidad, cualificación y competencia profesional, teniendo en cuenta para ello diferentes indicadores (capacidad de toma de decisiones y grado de autonomía del trabajador).

	Capacidad profesional	Cualificación profesional	Competencia profesional
Elementos profesionales	Conocimientos Destrezas Aptitudes	Conocimientos Destrezas Aptitudes	Conocimientos Destrezas Aptitudes
Radio de acción	Definido y establecido para cada profesión	Flexibilidad de amplitud profesional	Entorno profesional y organización del trabajo
Carácter del trabajo	Trabajo obligatorio de ejecución	Trabajo obligatorio de ejecución no de ejecución	Trabajo libre de planificación
Grado de organización	Organización ajena	Organización autónoma	Organización propia

Tabla 1. Comparación entre los conceptos de capacidad, cualificación y competencia profesional (Bunk, G.P., 1994)

Fue en los años noventa cuando, en el campo de la formación y gestión de los recursos humanos se pasó de la ingeniería de la formación a la ingeniería de las competencias,⁶ Se trataba de un concepto en vía de desarrollo que mostraba la preocupación de las empresas y los individuos en torno al tema de la competencia profesional.

En el mundo de las empresas “las competencias” empezaron a ser valoradas como un recurso clave en la obtención de resultados y una ventaja competitiva, ya que para hacer frente a las crecientes exigencias de calidad y de reactividad, los procedimientos ya no eran suficientes y podían, si se llevaban al exceso, convertirse en contraproducentes. De la

misma manera, frente a acontecimientos imprevistos, los empleados deberían elaborar y poner en práctica respuestas apropiadas y tomar iniciativas pertinentes. Por tal motivo, era preciso confiar y contar con la profesionalidad de los actores de la empresa. También, a nivel individual, las competencias se hicieron necesarias para gestionar mejor la movilidad profesional y las posibilidades de empleo. ⁶

En el contexto internacional, el movimiento de “las competencias” ha asumido diferentes nombres en los últimos veinte años. Puede decirse que esta evolución es su respuesta a las crecientes necesidades y demandas de los procesos de evaluación de calidad. Entre las denominaciones halladas se pueden citar: “Graduate attributes Movement” (Chanock, 2003), “Generic Graduate Attributes” (Barrie, 2005, 2006), “Graduate Skills” (Chanock, 2004), “Generic Capabilities” (Bowden et al. 2002), “personal transferable skills” (Drummond et al. 1998), “Graduate capability development” (Kift, 2002). Si bien con distintos matices, todas las corrientes generadas coinciden en vincular la enseñanza universitaria con el mundo laboral y en ofrecer una dimensión más transparente de la evaluación vinculada al reconocimiento de cualificaciones y a la movilidad. ⁷

1.1.2. Definición del término Competencia

Conceptualizar el término competencia no es tarea fácil. Basta con revisar someramente la literatura para observar que las definiciones son múltiples y poco uniformes. Esto hace que los enfoques sobre este tema también sean distintos.

Desde el punto de vista etimológico, el origen del término competencia se encuentra en el verbo latino “competere” (ir al encuentro una cosa de otra, encontrarse) para pasar también a acepciones como “responder a, corresponder” “estar en buen estado” “ser suficiente”, dando lugar a los adjetivos “competens-entis” (participio presente de competo) en la línea de competente, conveniente, apropiado para; y los sustantivos “competio-onis” competición en juicio y “competitor-oris” competidor, concurrente, rival. ⁸

Desde el siglo XV nos encontramos con dos verbos en castellano “*competer*” y “*competir*” que proviniendo del mismo verbo latino (“*competere*”) se diferencian significativamente, pero a su vez entrañan semánticamente el ámbito de la competencia,⁹ “**Competer**”: pertenecer o incumbir, dando lugar al sustantivo competencia y al adjetivo competente (apto, adecuado). “**Competir**”: pugnar, rivalizar, dando lugar también al sustantivo competencia, competitividad, y al adjetivo competitivo.

Esta evolución del término en dos verbos sólo existe aparentemente en castellano. Por su parte, el sustantivo competencia es común a ambos verbos, dando lugar a equívocos en su uso diario y en su aplicación a diferentes disciplinas.¹⁰ Prieto, desde el ámbito sociolaboral, realiza una comparación sobre las diferentes definiciones encontradas en distintos diccionarios que se recogen en la tabla 2 y que Tejada resume en su artículo “*Acerca de la competencia*”, referenciado anteriormente. La competencia como autoridad, haciendo clara alusión a los asuntos o cometidos que dan bajo la competencia directa de un profesional concreto o una figura profesional. En este caso, estaríamos además ante la acepción de competencia como atribución o incumbencia, estando ligada a la figura profesional (tareas y funciones) que “engloba el conjunto de realizaciones, resultados, líneas de actuación y consecuciones que se demandan del titular de una profesión u ocupación determinada”¹⁰

Otra acepción nos ubica “*la competencia como capacitación*”, refiriéndose al grado de preparación, saber hacer, conocimientos y pericia de una persona como resultado del aprendizaje. En este caso, la competencia alude directamente a las capacidades y habilidades de una persona, que son necesarias desarrollar a través de la formación. También podría considerarse en este punto la competencia como cualificación, referida básicamente a la formación necesaria para tener la competencia profesional deseada. De manera que la competencia es el resultado del proceso de cualificación que permite “*ser capaz de*” “*estar capacitado para*”.

Por último, se puede aludir a “*la competencia como suficiencia*” o mínimos clave para el buen hacer competente y competitivo. En este caso, se acotan las realizaciones, resultados, experiencias, logros de un titular que debe sobrepasar para acceder o

mantenerse satisfactoriamente en una ocupación con garantías de solvencia y profesionalidad.

Tejada ⁸, tras este análisis sintetiza que *“la competencia se refiere a las funciones, tareas y roles de un profesional -incumbencia- para desarrollar adecuada e idóneamente su puesto de trabajo -suficiencia- que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación”*.

Con el fin de sintetizar los conceptos que han aparecido hasta este momento, se incluye el cuadro siguiente en el que se definen dichos conceptos según como los recoge diferentes diccionarios ^{8; 10}.

	COMPETIR	COMPETER	COMPETENCIA	COMPETENTE
DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LENGUA ESPAÑOLA	• Contender dos o más personas entre sí, aspirando unas y otras con empeño a una misma cosa • Igualar una cosa a otra análoga, en la perfección o en las propiedades.	• Pertener, tocar o incumbir a uno alguna cosa.	• Disputa o contienda entre dos o más sujetos sobre alguna cosa. • Oposición o rivalidad entre dos o más que aspiran a obtener una misma cosa. • Incumbencia • Aptitud, idoneidad. • Atribución legítima a un juez u otra autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto.	• Bastante, debido, proporcionado, oportuno, adecuado • Dicese de la persona a quien compete o incumbe alguna cosa. • Apto, idóneo • En la primitiva iglesia, catecúmeno ya instruido para su admisión al bautismo.
DICCIONARIO IDEOCONSTRUCTIVO (MARTÍN ALONSO)	• Contender, rivalizar, emular, desafiar, apostar, hombrar, entrar en liza		• Disputa, contienda, lucha, rivalidad, discusión, disensión, pleito, oposición, pendencia, riña • Obligación, incumbencia, jurisdicción, autoridad, concurrencia. • Aptitud, habilidad, capacidad, idoneidad, disposición, suficiencia	• Apto, idóneo, hábil, capacitado, capaz, entendido, docto, diestro. • Correspondiente, dispuesto, debido.
DICCIONARIO DE SINÓNIMOS CASTELLANOS (GRATES)	• Contender, rivalizar, disputar, batallar. • Igualar.	• Incumbir, tocar, pertenecer, atañer, concernir, corresponder	• Rivalidad, competición, lucha, contienda. • Aptitud, capacidad, idoneidad, suficiencia, habilidad, disposición. • Incumbencia, obligación, jurisdicción. Autoridad, potestad.	• Apto, idóneo, capaz, suficiente, hábil, dispuesto, entendido, diestro, ejercitado.

GRAN DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DURVAN	• Contender dos o más personas entre sí, aspirando unas u otras con empeño a una misma cosa. • Igualar una cosa a otra análoga, en la perfección o en las propiedades	• Pertener, tocar o incumbir a uno alguna cosa.	• Disputa, contienda entre dos o más sujetos sobre alguna cosa. • Rivalidad • Incumbencia. • Aptitud, idoneidad. • Atribución legítima a una juez o una autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto.	• Bastante, debido, proporcionado, oportuno, adecuado. • Dícese de la persona a quien compete o incumbe una cosa. • Apto, idóneo.
GRAN ENCICLOPEDIA LAROUSSE	• Contender dos o más personas entre sí, para lograr la misma cosa. • Igualar una cosa a otra en su perfección o propiedades.	• Pertener, tocar o incumbir a uno una cosa.	• Disputa o contienda entre dos o más sobre alguna cosa. • Rivalidad, oposición entre dos o más personas. • Incumbencia. • Aptitud, idoneidad.	• Bastante, oportuno, adecuado. • Dícese de la persona a quien compete o incumbe una cosa.

Tabla 2. Comparación entre diferentes nociones de la competencia.

Desde el campo de la Pedagogía nos encontramos con la definición de “competencia” como *“capacidad jurídica o profesional requerida para asumir ciertas funciones o encargarse de determinado trabajo”*¹¹ Por su parte, las Ciencias de la Educación definen la competencia, como *“la capacidad jurídica o profesional para llevar a cabo determinadas actividades”*^{12; 13}, haciendo referencia a la formación o preparación del profesorado para intervenir de un modo eficaz en el proceso educativo.

Si se relacionan estos planteamientos y las diferentes concepciones del término descritas hasta este punto, con las diferentes profesiones, se puede entender que la formación de los profesionales, independientemente del trabajo que en un futuro vayan a realizar, debe estar dirigida a una adecuada preparación con el fin de poder desenvolverse correctamente en su trabajo y llevarlo a cabo de manera eficaz.

Otra aproximación al mundo de las competencias es la que nos proporciona la Psicología del Trabajo y la gestión de Recursos Humanos y centrándose en el enfoque de **Competencia Profesional**. Según informa la Organización Internacional del Trabajo (OIT),¹⁴ los estudios sistematizados realizados en Competencias Profesionales surgieron en los años setenta, a partir de los resultados de las investigaciones de David McClelland, psicólogo de la Universidad de Harvard, experto en teoría de la motivación, que publica en 1973 *“Evaluar la competencia en lugar de la inteligencia”*¹⁵. McClelland plantea la superación los métodos tradicionales de evaluación en la gestión de Recursos Humanos, con la finalidad de centrarse en buscar directamente aquellos repertorios de conductas que comparten los que son excelentes en un puesto y una cultura concretos, y que los diferencian del resto. McClelland argumentó que los tradicionales exámenes académicos no garantizaba ni el desempeño en el trabajo ni el éxito en la vida, y con frecuencia estaban discriminando a minorías étnicas, mujeres y otros grupos vulnerables en el mercado de trabajo. Postuló que era preciso buscar otras variables, las competencias, que podían predecir cierto grado de éxito, o al menos, ser menos desviado. El objetivo principal de sus trabajos fue identificar las variables que permitían explicar el rendimiento del trabajador. McClelland observó que los test académicos de aptitud así como los test de conocimientos, además de las calificaciones y credenciales, no predicen el comportamiento en situaciones reales. Este psicólogo, consiguió elaborar un marco de características que diferenciaban los

niveles de rendimiento de los trabajadores distinguiendo características que tenían en común los mejores trabajadores y los peores.

Siguiendo esa línea de pensamiento, uno de los proyectos que se realizó en los Estados Unidos fue la identificación de los atributos de los diplomáticos exitosos. Aplicando una muestra basada en un criterio de efectividad previamente determinado, se realizaron entrevistas sobre el comportamiento en determinados momentos. A los entrevistados se les solicitó que identificaran situaciones importantes en su trabajo que tuvieron que ver con los objetivos de su función, y que destacaran los resultados positivos o negativos. Después se les pidió que narraran en detalle esas situaciones y sobre todo lo que hicieron en cada momento ¹⁶

Claude Levy-Leboyer (1997) ¹⁷ en su libro *Gestión de las Competencias* nos introduce en el tema de las competencias de la siguiente manera: *“...hasta hace diez años en la psicología del trabajo se hablaba de aptitudes, intereses y rasgos de personalidad para representar las diferencias existentes entre los individuos. Pero cada vez y con mayor frecuencia las exigencias de un puesto a cubrir vienen definidas por los directivos en términos de competencias que están estrechamente ligadas a las actividades profesionales y, más concretamente, a las misiones que forman parte de un puesto de trabajo”*. Así pues, las competencias, vistas desde la psicología del trabajo, y según Leboyer, presentan una serie de características que las hace identificables: están vinculadas a una tarea o a una actividad determinada o a un conjunto de actividades, son consecuencias de la experiencia y constituyen saberes articulados, integrados entre ellos y de alguna manera automatizados, en la medida en que la persona competente moviliza este saber en un momento oportuno, sin tener necesidad de consultar reglas básicas ni de preguntarse sobre las indicaciones de tal o cual conducta y sobrepasan los límites del funcionamiento cognitivo; ya que permiten actualizar sistemas de información y utilizarlos sin tener que concentrar en ellos la atención.

A continuación se hace referencia a las definiciones más significativas del término “competencia”, a medida que este concepto se introduce en la formación de profesionales. Un resumen de esto se puede encontrar en la Tabla 3.

McClelland (1973) ¹⁵ presentaba las competencias como *“Aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente.”*

La definición de **Richard Boyatzis, (1982)** ¹⁸ habla de característica subyacente y estable en el tiempo. Si se considera estable, esto sería uno de los mejores predictores de la actuación futura de un profesional es su desempeño actual, y eso puede resultar de utilidad a la hora de evaluar competencias en un momento determinado, por ejemplo en estudiantes al terminar el grado, pues sería esperable que esas capacidades se mantuvieran estables en el tiempo. Por otro lado, hacer y mejorar las ~~predicciones~~ en este sentido es importante, por ejemplo, para los procesos de selección o promoción. Además, el hecho de que algunas personas las manifiesten más que otras deja abierta la posibilidad de desarrollarlas, de aprender de los mejores. Sitúa la competencia en relación con un desempeño bueno o excelente en un determinado trabajo. Un desempeño efectivo supone el logro de resultados específicos, a través de acciones específicas que se ajustan a las políticas, procedimientos y condiciones del entorno de la organización. ¹⁹

Spencer y Spencer (1993) ²⁰ por su parte define la competencia como *“Característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación”*.

- *Característica subyacente* hace referencia a que la competencia es una parte profunda de la personalidad y puede predecir el comportamiento en una amplia variedad de situaciones y desafíos laborales.
- *Causalmente relacionada* indica que la competencia origina o anticipa el comportamiento y el desempeño.
- *Estándar de efectividad* significa que la competencia nos aporta información sobre quien hace algo bien, o menos bien, medido sobre un criterio general o estándar.

Rodríguez y Feliu, (1996) ²¹ define las competencias como el *“Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad.”*

Levy-Leboyer (1997)¹⁷ define las competencias como *“Repertorios de comportamientos que unas personas dominan mejor que otras, incluso son capaces de transformarlas y hacerlas más eficaces en una situación determinada”*. Levy- Leboyer se refiere, al concepto de competencia como el *–Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que diferenciaban a los mejores en el desempeño de una trabajo determinad”*.

Perrenoud (1999)²²: *“La capacidad de actuar de manera eficaz en un tipo definido de situación, una capacidad que se sustenta en conocimientos, pero no queda reducida a éstos.”*

Lasnier (2000) ²³: *“Saber hacer complejo resultado de la integración, movilización y adecuación de capacidades (conocimientos, actitudes y habilidades), utilizados eficazmente en situaciones que tengan un carácter común”*

Lasnier usa las competencias, capacidades y habilidades como tres niveles de complejidad en un saber hacer contextualizado. Una competencia está formada por un conjunto de capacidades y éstas por un conjunto de habilidades que son las exigidas para una ejecución cada vez más compleja. Las habilidades son un saber hacer simple a partir de conocimientos declarativos disciplinares. La capacidad es un saber hacer medianamente complejo que integra habilidades. Las capacidades exigen conocimientos procedimentales y condicionales. Las competencias son un saber hacer complejo que integra capacidades. Dicho autor, utiliza una metáfora para ilustrar la diferencia entre competencia y habilidades y destrezas. La competencia tiene que ver con estar al volante en un trayecto de largo recorrido, llevando a los pasajeros sanos y salvos a destino dentro de un período de tiempo razonable. Las habilidades y destrezas sirven para manejar correctamente el volante y los pedales, resolviendo las incidencias que puedan producirse en el vehículo y en la ruta. Ambas entran en juego, compaginándose.²⁴

Le Bortef, (2001) ⁶ plantea un concepto novedoso y original de las competencias. Define las competencias en términos de conocimiento combinatorio y coloca al sujeto en el centro de la competencia. La define como *“un saber actuar validado. Saber movilizar, saber combinar, saber transferir recursos (conocimientos, capacidades...) individuales y de red en una situación profesional compleja y con vistas a una finalidad”*

Para él:

- *“El individuo puede ser considerado como constructor de sus competencias. Este realiza con competencia unas actividades combinando y movilizando un equipamiento doble de recursos: recursos incorporados (conocimientos, saber hacer, cualidades personales, experiencias...) y unas redes de recursos de su entorno (redes profesionales, redes documentales, bancos de datos...). La competencia que produce es una secuencia de acción en la que encadena múltiples conocimientos especializados”*
- *“la persona competente es la que sabe construir a tiempo competencias pertinentes para gestionar situaciones profesionales que cada vez son más complejas”.*
- *“El valor de las competencias de una organización no está compuesto por la simple suma de las competencias individuales, sino por sus combinaciones específicas”*
- *“La competencia resulta de un saber actuar. Pero para que ella se construya es necesario poder y querer actuar”²⁵*

Pereda y Berrocal. (2002) ²⁶ definen las competencias como *“un conjunto de comportamientos observables que llevan a desempeñar eficaz y eficientemente un trabajo determinado en una organización concreta”*

Roe (2002) ²⁷ por su parte, afirma que *“La competencia es la habilidad aprendida para llevar a cabo una tarea, un deber o un rol adecuadamente. Un alto nivel de competencia es un pre-requisito de buena ejecución. Tiene dos elementos distintivos: está relacionada con el trabajo específico en un contexto particular, e integra diferentes tipos de conocimientos, habilidades y actitudes. Hay que distinguir las competencias de los rasgos de personalidad, que son características más estables del individuo. Se adquieren mediante el learning-by-doing y, a diferencia de los conocimientos, las habilidades y las actitudes, no se pueden evaluar independientemente.”*

Ley 5/2002 ²⁸ **de las Cualificaciones y de la Formación Profesional:** *“El conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y del empleo”*

El Proyecto Tuning Educational Structures in Europe (2003)²⁹ : *“Una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”.*

Esta definición trata de seguir un enfoque integrador, combinando elementos como conocer y comprender (conocimiento teórico de un campo académico, la capacidad de conocer y comprender), saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones) saber cómo ser (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social). Las competencias representan una combinación de atributos (con respecto al conocimiento y sus aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades) que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlos.

AQU (2004)³⁰, en su *“Marc general per a la integració europea”*, define la competencia como *«la combinación de saberes técnicos, metodológicos y participativos que se actualizan en una situación y un momento particulares».*

ANECA (2004)³¹ define el término competencia como *“conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil de egreso del programa”*

Rué, 2005³²: *“La competencia es la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que nos plantea una actividad o una tarea cualquiera en el contexto del ejercicio profesional. Comporta dimensiones tanto de tipo cognitivo como no cognitivo. Una competencia es una especie de conocimiento complejo que siempre se ejerce en un contexto de una manera eficiente. Las tres grandes dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades) y ser (actitudes).”*

La Unión Europea (2005)³³ define las competencias como una *combinación de conocimientos, capacidades y actitudes adecuadas al contexto. Las competencias clave*

son aquellas que todas las personas precisan para su desarrollo y realización personal, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo.

El libro blanco de Pedagogía ³⁴: *“Conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes aplicadas en el desempeño de una profesión. Implica el ser, el saber, en sus distintas aplicaciones, y el saber hacer” (Libro blanco de Pedagogía pág. 155, vol.1)*

Allen, Ramaekers y Van der Velden (2009) ³⁵ :*“Las competencias son los conocimientos, las habilidades y las motivaciones generales y específicas que conforman los pre-requisitos para la acción eficaz en una gran variedad de contextos con los que se enfrentan los titulados superiores, formuladas de tal manera que sean equivalentes a los significados en todos estos contextos.”*

Artículo 42. Ley de Cohesión y Calidad del SNS ³⁶ *“Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”*

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ³⁷: *“Un nivel de realizaciones que demuestran la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio, y señala que todo es mayor que la suma de las partes”*

DEFINICIONES DE COMPETENCIA	
McClelland (1973) ¹⁵	<i>“Aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente.”</i>
Richard Boyatzis (1982) ¹⁸	<i>“Características subyacentes a una persona, causalmente relacionadas con una actuación de éxito en un puesto de trabajo”</i> <i>“Capacidad o característica personal estable y relacionada causalmente con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización dados”.</i>
Spencer y Spencer (1993) ²⁰	<i>“Característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación”.</i>
Rodríguez y Feliu (1996) ²¹	<i>“Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad.”</i>
Levy-Leboyer (1997) ¹⁷	<i>“Repertorios de comportamientos que unas personas dominan mejor que otras, incluso son capaces de transformarlas y hacerlas más eficaces en una situación determinada”. —Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que diferenciaban a los mejores en el desempeño de una trabajo determinado.</i>
Perrenoud (1999) ²²	<i>“La capacidad de actuar de manera eficaz en un tipo definido de situación, una capacidad que se sustenta en conocimientos, pero no queda reducida a éstos.”</i>
Lasnier (2000) ²³	<i>“Saber hacer complejo resultado de la integración, movilización y adecuación de capacidades (conocimientos, actitudes y habilidades), utilizados eficazmente en situaciones que tengan un carácter común”... “la persona competente es la que sabe construir a tiempo competencias pertinentes para gestionar situaciones profesionales que cada vez son más complejas”.</i>
Le Bortef (2001) ⁶	<i>“un saber actuar validado. Saber movilizar, saber combinar, saber transferir recursos (conocimientos, capacidades...) individuales y de red en una situación profesional compleja y con vistas a una finalidad”</i>
	<i>“un saber actuar validado. Saber movilizar, saber combinar, saber transferir recursos (conocimientos, capacidades...) individuales y de red en una situación profesional compleja y con vistas a una finalidad”</i>

<i>Pereda y Berrocal. (2002)²⁶</i>	<i>“un conjunto de comportamientos observables que llevan a desempeñar eficaz y eficientemente un trabajo determinado en una organización concreta”</i>
<i>Roe (2002)²⁷</i>	<i>“La competencia es la habilidad aprendida para llevar a cabo una tarea, un deber o un rol adecuadamente. Un alto nivel de competencia es un pre-requisito de buena ejecución. Tiene dos elementos distintivos: está relacionada con el trabajo específico en un contexto particular, e integra diferentes tipos de conocimientos, habilidades y actitudes. Hay que distinguir las competencias de los rasgos de personalidad, que son características más estables del individuo. Se adquieren mediante el learning-by-doing y, a diferencia de los conocimientos, las habilidades y las actitudes, no se pueden evaluar independientemente.”</i>
<i>Ley 5/2002 de las Cualificaciones y de la Formación Profesional²⁸</i>	<i>“El conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y del empleo”</i>
<i>El Proyecto Tuning Educational Structures in Europe (2003)²⁹</i>	<i>“Una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”.</i>
<i>AQU, (2004)³⁰</i>	<i>“Marc general per a la integració europea”, define la competencia como «la combinación de saberes técnicos, metodológicos y participativos que se actualizan en una situación y un momento particulares».</i>
<i>ANECA, (2004)³¹</i>	<i>« conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil de egreso del programa</i>

Rué, 2005 ³²	<i>“La competencia es la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que nos plantea una actividad o una tarea cualquiera en el contexto del ejercicio profesional. Comporta dimensiones tanto de tipo cognitivo como no cognitivo. Una competencia es una especie de conocimiento complejo que siempre se ejerce en un contexto de una manera eficiente. Las tres grandes dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades) y ser (actitudes).”</i>
La Unión Europea (2005) ³³	<i>Las competencias clave son aquellas que todas las personas precisan para su desarrollo y realización personal, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo.</i>
Libro Blanco de la Pedagogía. ³⁴	<i>“Conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes aplicadas en el desempeño de una profesión. Implica el ser, el saber, en sus distintas aplicaciones, y el saber hacer”</i>
Allen Ramaekers G., Van der Velden, 2009 ³⁵	<i>“Las competencias son los conocimientos, las habilidades y las motivaciones generales y específicas que conforman los pre-requisitos para la acción eficaz en una gran variedad de contextos con los que se enfrentan los titulados superiores, formuladas de tal manera que sean equivalentes a los significados en todos estos contextos.”</i>
Artículo 42. Ley de Cohesión y Calidad del SNS. ³⁶	<i>“ Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean ”</i>
Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ³⁷	<i>“Un nivel de realizaciones que demuestran la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio, y señala que todo es mayor que la suma de las partes”</i>

Tabla 3. Definiciones del término “competencia”

Asimismo, el término competencia se suele relacionar con otros conceptos cercanos tales como inteligencia, conocimientos, aptitudes, capacidades, destrezas, habilidades, actitudes, funciones, calificaciones profesionales y es conveniente realizar una diferenciación.³⁸

En el cuadro siguiente se describen las definiciones de estos términos.

<i>TÉRMINO</i>	<i>DEFINICIÓN</i>
<i>Inteligencia</i>	<i>Estructura general mediante la cual los seres vivos procesan la información con el fin de relacionarse con los entornos en los cuales se hallan inmersos, con base en procesos de percepción, atención, memoria e inferencia.</i>
<i>Conocimientos</i>	<i>Representaciones mentales sobre diferentes hechos.</i>
<i>Capacidades</i>	<i>Potencialidades innatas que los seres humanos poseen y que necesitan ser desarrolladas mediante la educación.</i>
<i>Destrezas</i>	<i>Originariamente, este término significaba lo que se hacía correcto con la mano derecha. Luego, pasó a significar las habilidades motoras requeridas para realizar ciertas actividades con precisión.</i>
<i>Habilidades</i>	<i>Procesos mediante los cuales se realizan tareas y actividades con eficacia y eficiencia.</i>
<i>Actitudes</i>	<i>Disposiciones afectivo-evaluativas.</i>
<i>Funciones</i>	<i>Expresan las actividades que una persona debe ejecutar en el contexto</i>
<i>Cualificaciones profesionales</i>	<i>Capacidad general para desempeñar todo un conjunto de tareas y actividades relacionadas con un oficio.</i>

Tabla 4. Términos cercanos a competencia.

Además, en el contexto del EEES existen varios términos relacionados con las competencias. Así se utiliza el término objetivos, tanto general como específico, haciendo referencia más al aprendizaje centrado en el profesor que desde el punto de vista del estudiante. Además se introduce el término de “Resultado o logro de Aprendizaje” debido a la falta de acuerdos conceptuales con respecto al término “competencia”. Estos resultados de aprendizaje describen, en términos cuantitativos o cualitativos, lo que se espera que el estudiante sepa, comprenda o sea capaz de demostrar al finalizar un módulo o un programa. Cada resultado es unívoco, debe describir un sólo logro, ser claro y fácilmente comprensible por toda la facultad. Debe ser redactado desde el punto de vista del estudiante.^{7, 39}

Tras describir las definiciones de competencia es inevitable encontrarse con la dificultad de concretar una definición para este concepto. Según Le Boterf 40, “la dificultad de definirlo crece con la necesidad de utilizarlo”. De manera que, en estos momentos, como destaca este autor, más que un concepto operativo es un concepto en vía de fabricación.

1.1.3. La competencia y sus componentes

Independientemente de las muchas definiciones que existen sobre el término “competencia”, es posible encontrar diferentes elementos comunes que aparecen en unas como componentes de las competencias y en otras como dimensiones de las mismas.

Teniendo en cuenta a Pereda y Berrocal⁴¹, y al informe Delors⁴² puede realizarse la siguiente clasificación de los componentes de la competencia. Pero antes es necesario señalar que, aunque los diferentes componentes se detallen de manera individual, no deben valorarse aisladamente sino de forma integral.

Para llevar a cabo un comportamiento que permita a un trabajador obtener resultados buenos o excelentes en su actividad laboral, lo primero que dicho trabajador necesita adquirir son los conocimientos que va a exigirle el ejercicio de su profesión. Así, por ejemplo, un profesional de enfermería que tiene que realizar una planificación de su trabajo en un determinado turno, debe poseer unos conocimientos que le permitan realizarla correctamente, es decir necesitará disponer de un **Saber**.

Aún así, , no todas las personas que poseen los conocimientos exigidos por un trabajo lo realizan con la misma eficacia y con igual eficiencia; es necesario que se sepan aplicar dichos conocimientos a los problemas concretos que, día a día, se presentan en el trabajo; en suma, es preciso que la persona posea un conjunto de habilidades y/o destrezas. Ese profesional de enfermería del ejemplo anterior tendrá que adaptar su comportamiento durante la realización de las actividades planificadas para el turno concreto a las características de los pacientes a los que va a atender. Siendo así necesario también para ese profesional el **Saber Hacer**.

Sin embargo, no es suficiente con que la persona tenga los conocimientos y las habilidades y/o destrezas exigidas por su trabajo. Casi todos desarrollamos nuestra actividad profesional dentro de una organización, con una cultura y unas normas de comportamiento específicas y concretas; por ello, es preciso que los comportamientos del trabajador se adapten a esa cultura y a esas normas, tanto de la organización en general, como de su grupo en particular. Así, los comportamientos del profesional de enfermería del ejemplo deberán estar adaptados a los valores y a la cultura de su organización y de la dirección de recursos humanos de la misma. En definitiva, lo que estamos planteando es un aspecto relacionado con las actitudes y los intereses que se van a reflejar en el **Saber Estar** de la persona.

Pero, todo lo anterior, aún siendo necesario, sigue sin ser suficiente para que la persona lleve a cabo los comportamientos exigidos por su trabajo; además, es preciso que la persona esté motivada para llevar a cabo dichos comportamientos. En nuestro ejemplo el profesional de enfermería debe poseer la motivación para realizar su trabajo buscando la mayor excelencia y para esto debe **Querer Hacer**, aspecto indispensable para llevar a cabo cualquier comportamiento voluntario.

Hay un quinto aspecto que no forma parte de las competencias, pero sin el cual la persona no puede llevar a cabo los comportamientos exigidos por su trabajo. Este aspecto se refiere a disponer de los medios y recursos que exige la actividad. De esta forma, si el profesional de enfermería tiene una sobrecarga de trabajo, difícilmente podrá realizarlo adecuadamente. Este aspecto, por tanto, se refiere al **Poder Hacer**, indispensable para

poder llevar a cabo cualquier comportamiento. Aspecto que también consideraba Le Boterf.

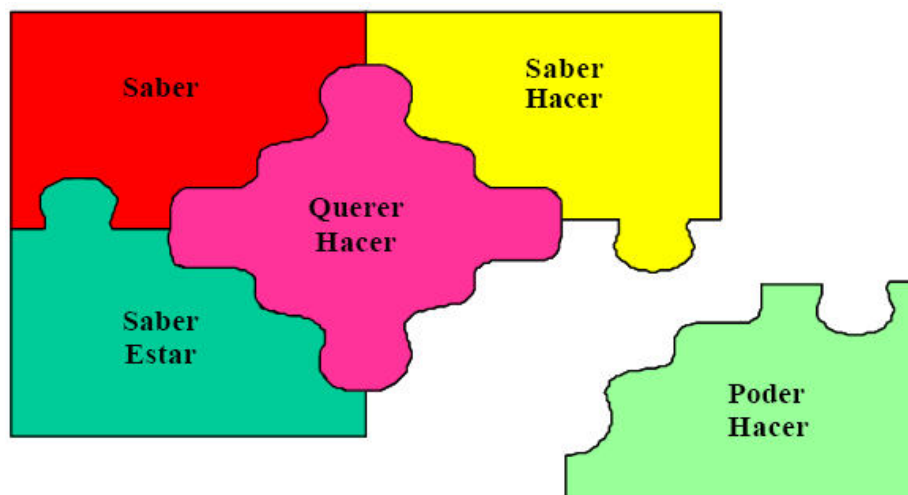


Figura 1. Componentes de la Competencia (Pereda y Berrocal, 2001)

Los planteamientos de Le Boterf⁶¹ se centran en el protagonismo de cada persona en la gestión y formación de sus competencias, afirma que no existe una manera única de ser competente en relación a un problema que haya que solucionar o ante un proyecto que se quiera realizar. Puede haber diferentes estrategias o formas de actuar y la competencia no puede reducirse a un único comportamiento observable.

Por otro lado distingue los recursos para construir competencias de las competencias en sí. Reconoce que para formar competencias es necesario formar en las personas los recursos para conseguirlas a la vez que actividades concretas Otro de los aportes que realiza este autor es que las competencias también pueden ser colectivas, es decir, que surgen como resultado de la cooperación y sinergia entre competencias individuales.

Por su parte Ferrández y Tejada⁴³ proponen **saber desaprender** refiriéndose a generar nuevos conocimientos, nuevas capacidades de intervenir o desarrollar sobre nuevos valores y actitudes, desde perspectivas diferentes del problema o de una situación. **Domínguez**⁴⁴:

⁴⁵ añade el concepto de **Saber transferir como** capacidad de la persona para ubicarse en el medio, comunicarse y comunicar con los demás desarrollar valores como la

responsabilidad, la actitud crítica, la actitud constructiva, la flexibilidad y versatilidad para buscar nuevas alternativas y estrategias en cada momento y en cada situación que comunicar, colaborar con otros y aplicar en otros ámbitos lo aprendido, innovando y estableciendo propuestas de mejora. Transferir los conocimientos adquiridos nuevas situaciones y problemas y crear nuevas soluciones, tener en cuenta otras variables, en definitiva aprender a desaprender, a nivel de competencias individuales y grupales u organizacionales.

De esta forma, se crean y generan nuevos conocimientos, dando respuesta a nuevos problemas con nuevos planteamientos e investigando y experimentando esos nuevos escenarios y nuevas situaciones posibles y la aplicación de esos conocimientos como estrategias de solución en continuo cambio y reelaboración.

Por lo tanto otro aspecto a tener en cuenta es la **capacidad de transferir** las competencias que se dan en contextos de trabajo diferentes, y que dependerá, fundamentalmente, de los conocimientos y habilidades aprendidas, así como de la capacidad del individuo para tratar con saberes requeridos en diferentes contextos. Para esto, explica Brown ⁴⁶, es necesario que el trabajador esté dotado de los conocimientos específicos de su contexto y de habilidades generales. Por este motivo, el alumnado debería ser expuesto a una amplia variedad de contextos para que en un futuro pueda dominar mejor sus habilidades y, consecuentemente, ser capaces de actuar en más de un ámbito profesional.

De esta forma, se crean y generan nuevos conocimientos, dando respuesta a nuevos problemas con nuevos planteamientos e investigando y experimentando esos nuevos escenarios y nuevos problemas posibles y la aplicación de esos conocimientos como estrategias de solución en continuo cambio y reelaboración

El término “Transferencia”, por lo tanto, hace referencia a la capacidad de adaptar la competencia cualquier contexto, movilizándolo, combinando y transfiriendo recursos individuales y de red en situaciones complejas con la finalidad de resolverlas. Por ejemplo un profesional de enfermería puede desempeñar adecuadamente su trabajo cuando la situación a la que se enfrenta está controlada, dispone de los medios necesarios y se ha enfrentado en otras ocasiones a dicha situación, pero ¿sería igual de competente para desenvolverse ante esa situación cuando no dispone de todos los medios necesarios, la

situación se agrava o no se ha enfrentado previamente con ellas? Aquí es donde se considera que no es lo mismo –ser capaz” que –ser competente”.

En este sentido, Tejada ⁴⁷ afirma que si bien las competencias implican capacidades, sin las cuales es imposible llegar a ser competente, no es lo mismo una cosa que otra. Las competencias no son reducibles ni al saber, ni al saber-hacer, por tanto no son asimilables a lo adquirido en formación. Poseer unas capacidades no significa ser competente. Es decir, la competencia no reside en los recursos (capacidades) sino en la movilización misma de los recursos. Para ser competente es necesario poner en juego el repertorio de recursos. Saber, además, no es poseer, es utilizar.

Pasar del saber a la acción es una reconstrucción: es un proceso con valor añadido. Esto nos indica que la competencia es un proceso delante de un estado; es poniendo en práctica-acción la competencia como se llega a ser competente. La competencia, pues, exige saber encadenar unas instrucciones y no sólo aplicarlas aisladamente. Incluso, desde esta óptica, puede llegarse a que el saber actuar sea el precisamente no actuar. Una buena reacción ante una situación problemática puede ser precisamente no intervenir, a pesar de ser capaz de hacerlo.

Estos autores manifiestan que *“de la capacidad llega a la competencia y a su vez, la o las competencias logradas aumentan el poder de las capacidades con lo que el proceso se convierte en una espiral centrífuga y ascendente que hace necesario el planteamiento que dimana de la formación permanente: logro de más y mejores competencias en el desarrollo evolutivo de las capacidades de la persona”*

El concepto de competencia para Tejada es indisociable de la noción de –desarrollo”. Pues, como se ha comentado anteriormente, el proceso de adquisición incrementa el campo de las capacidades y viceversa, entrando en un bucle continuo que va desde las capacidades a las competencias y de éstas a las capacidades, iniciando de nuevo el ciclo potenciador en ambas direcciones. Para este autor, el –contexto”, es clave en la definición. Si no hay más competencia que aquella que se pone en acción, la competencia no puede entenderse tampoco al margen del contexto particular donde se pone en juego. Es decir, no puede separarse de las condiciones específicas en las que se evidencia. Pero ello no quiere decir necesariamente que cada contexto exige una competencia particular, con lo cual podríamos llegar al infinito interminable de competencias, sino que la propia situación demanda una

respuesta contextualizada. Es decir, de los recursos disponibles del individuo, en una acción combinatoria de los mismos, se puede, gracias a la flexibilidad y adaptabilidad (también como competencias) obtener la solución o respuesta idónea para dicha situación. Por su parte, Le Boterf²⁵ *“hacer sin actuar es poner en práctica (poner en ejecución) una técnica o realizar un movimiento sin proyectar los sentidos y los encadenamientos que supone,... mientras que el saber actuar pone un grupo de acciones... un conjunto de actos donde la ejecución de cada uno es dependiente del cumplimiento del todo o en parte de los otros”* Por último, el Proyecto Tuning⁽¹⁾; ^{29, 48; 49} también tiene en cuenta en su definición varios componentes de las competencias que son: primero, la capacidad de Conocer y comprender, el conocimiento teórico de un campo académico, segundo saber cómo; la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones y por último saber cómo ser; los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social.

En este contexto, el poseer una competencia o conjunto de competencias significa que una persona, al manifestar una cierta capacidad o destreza o al desempeñar una tarea, puede demostrar que la realiza de forma tal que permita evaluar el grado de realización de la misma. Las competencias pueden ser verificadas y evaluadas, esto quiere decir que una persona corriente ni posee ni carece de una competencia en términos absolutos, pero la domina en cierto grado, de modo que las competencias pueden situarse en un continuo.

⁽¹⁾**Proyecto Tuning** Surgió como una iniciativa de las universidades y fue presentado a la Unión Europea a finales del año 2000 en el marco del programa Sócrates. Este proyecto es coordinado por las universidades de Deusto (España) y Groningen (Holanda). Su finalidad es la de compartir y aprovechar la experiencia de las universidades y la reciente evolución registrada en diferentes estados miembros con la pretensión de elaborar orientaciones que permitan a las distintas universidades y titulaciones diseñar y desarrollar planes propios que faciliten la convergencia.)

El Proyecto Tuning recoge el desarrollo de tres líneas fundamentales:

- a) Identificación de las competencias genéricas que deseablemente deberían desarrollarse en todas las titulaciones.
- b) Identificación de las competencias específicas en las titulaciones estudiadas
- c) Definición del crédito europeo “European Credit Transfer System” (ECTS) como medida que permite comparar los distintos currículos de las diferentes universidades

En la segunda fase (Tuning dos) comenzada en el 2003, aborda una cuarta línea que integra aproximaciones a la enseñanza y al aprendizaje, evaluación y rendimiento y Calidad.

El proyecto Tuning incide en dos funciones principales de la Universidad:

- a) Proporcionar los medios para garantizar un aprendizaje potente de alto nivel y calidad. Este es el objetivo que pretende la planificación desde la perspectiva de trabajo del alumno.
- b) Diseñar proyectos formativos que sitúen a los estudiantes en condiciones de generar aplicaciones prácticas para mejorar la vida social y el área profesional propia de cada titulación. A esta segunda función hace referencia la enseñanza basada en competencias.)

1.1.4. Modelos de análisis de las competencias profesionales

Para centrar el tema en los diferentes enfoques metodológicos que se han manejado al hablar de competencias, que han tratado de delimitar determinadas escuelas o modelos, a través de la literatura se observa que las principales perspectivas aceptadas son las de tipo conductista, funcional y constructivista. (Vargas⁵⁰, Mertens⁵¹ y Echevarria⁵²)

Mertens⁵³ realiza una descripción de los diferentes enfoques o modelos de análisis de la competencia profesional.

1.1.4.1. Modelo de análisis conductista

El análisis conductista parte de la persona que hace bien su trabajo de acuerdo a los resultados esperados, y define el puesto en términos de las características de dichas personas. El énfasis está en el desempeño superior y las competencias son las características subyacentes que causan la acción de una persona, tal como las define Boyatzis¹⁸ y Spencer²⁰. En el conductismo se identifican las características de la persona que causa las acciones de desempeño deseado. Se basa en identificar cuáles han sido los mejores comportamientos para el éxito de un negocio. Las competencias, en este caso las exhiben los mejores trabajadores y se convierte en el referente del mejor desempeño. Para ello es necesario tener definido ese “mejor desempeño”. Se hace necesario describir conductas específicas que demuestren el cumplimiento de las responsabilidades de los trabajadores. En este enfoque, la identificación de las competencias se hace mediante entrevistas de incidentes críticos. Dicha técnica está orientada a conocer en detalle las conductas tanto positivas, como negativas, presentadas por las personas en situaciones críticas de trabajo. Este enfoque sustenta que es la conducta la que demuestra la competencia.

Las desventajas o las críticas al modelo conductista son, entre otras, primero, la definición de competencia es tan amplia que puede cubrir casi cualquier cosa, sin ir al corazón de lo que es común en cuanto a motivaciones, personalidades, roles sociales, habilidades y conocimientos; segundo, la distinción entre competencias mínimas y competencias efectivas no es muy clara y de hecho es simplemente una cuestión de matiz y por último,

los modelos son históricos, es decir, relacionados con el éxito en el pasado, y por ende, menos apropiados para organizaciones que operan con cambios rápidos.

1.1.4.2. Modelo de análisis funcional

La teoría del análisis funcional tiene su base en la escuela de pensamiento funcionalista en la sociología, aplicada como filosofía básica del sistema de competencia laboral en Inglaterra. Los orígenes fueron los varios intentos de revisar y adecuar los sistemas de formación y capacitación en ese país. En 1980 se produjo un documento básico que dio origen a la Nueva Iniciativa de Capacitación, lo que a su vez condujo a la presentación de la idea del sistema nacional de competencias laborales (National Vocational Qualification, NVQ) y a la instalación del correspondiente consejo nacional (NCVQ), hacia 1986.

El análisis funcional describe el puesto o la función, compuesto de elementos de competencia con criterios de evaluación que indican niveles mínimos requeridos. Esto está basado en la idea de construir bases mínimas para el efecto de la certificación. Bajo este enfoque, la competencia es algo que una persona debe hacer o debería estar en condiciones de hacer. Es la descripción de una acción, conducta o resultado que la persona competente debe estar en condiciones de mostrar. Se analizan las diferentes relaciones que existen en las empresas entre resultados y habilidades, conocimientos y aptitudes de los trabajadores, comparando unas con otras. La relación de la función constituye el principio de la selección fructífera de los datos relevantes. En este caso, se buscan aquellos elementos de habilidades y conocimientos relevantes para la solución del problema y/o resultado, más allá de lo que ya está resuelto. El funcionamiento, a pesar de la heterogeneidad, es una comprobación. *“Según una antigua y sabia regla, las verdades sólo aparecen en contexto, mientras que los errores aparecen en forma aislada. Cuando el análisis funcional logra demostrar conexiones, pese a la gran heterogeneidad y diversidad de las apariencias, puede funcionar como indicador de la verdad”* ⁵⁴ El análisis funcional en el sistema de competencias inglesa (NVQ) parte de la identificación del o los objetivos principales de la organización y del área de ocupación. El siguiente paso consiste en contestar la pregunta: ¿qué debe ocurrir para que se logre dicho objetivo? La respuesta identifica la función, es decir, la relación entre un problema y una solución. Este proceso se repite hasta llegar al detalle requerido. La aproximación sistemática asegura que los objetivos de las actividades

no se pierdan de vista ⁵⁵. La crítica de mayor peso a la metodología de análisis funcional detrás de cada NVQ es que solamente verifica qué se ha logrado pero no identifica cómo lo hicieron; ⁵⁶. En esta línea Gonzci y Anthanasou⁵⁷, afirman que se identifican y documentan los resultados deseados (descripción del problema) y algunas facetas de solución (conocimientos subyacentes), pero no hace ninguna especificación acerca de cómo estos dos momentos se van encontrando. Dicho en términos de la teoría expresan: *“El valor explicativo del método funcional y de sus resultados dependen de cómo se especifique la relación entre el problema u objetivo y la posible solución del mismo. Es decir, qué condiciones se indican para limitar a la posibilidad, lo que significa que se está apelando a la causalidad entre estrategia de solución y resultados.»* Además, *«el análisis funcional parte de lo existente como contingente, como probabilidad, y lo relaciona con puntos de vista del problema, que en este caso es un determinado resultado esperado de la empresa»* y, finalmente, *«las verdades sólo aparecen en contexto... y son las conexiones entre contextos diversos los que comprueban la función.»*

En el caso del análisis funcional propuesto por el NVQ, estos aspectos no aparecen y no se logra analizar la relación entre los diferentes subsistemas de solución al problema (o resultado deseado); es decir, entre los diferentes tipos de habilidades, conocimientos y actitudes-aptitudes proponen un enfoque de análisis funcional modificado, más acorde con sus dimensiones teóricas expuestas anteriormente. Gonzci y Anthanasou proponen un análisis de la competencia como una relación holística o integrada, que analiza la compleja combinación de atributos (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) necesarios para el desempeño en situaciones específicas. *“Es holístico en el sentido de que integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo. Nos permite incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente (...) y el hecho de que es posible ser competente de diferentes maneras”*

Esta perspectiva tiene algunas consecuencias importantes para el concepto de norma que de ahí se deriva ⁵⁸, que el desempeño es observable directamente, además los estándares de competencia pueden ser establecidos a varios niveles, de acuerdo con las necesidades; por ejemplo, al nivel de entrada: trabajador experimentado, especialista y por último, esta noción de competencia integra los atributos con el desempeño. Esta concepción integrada

significa que la competencia incorpora aspectos de conocimiento, habilidad y actitud aplicados en un contexto de tareas reales y cuidadosamente escogidas que representan un nivel apropiado de generalidad.

Una metodología que se acerca al enfoque integral de competencias es el DACUM ⁵⁹ (Developing A Curriculum). Originalmente desarrollada en Canadá y popularizada en los Estados Unidos, especialmente por la Universidad de Ohio, los esquemas DACUM son usados para la elaboración de currículos, programas de capacitación, establecer criterios de evaluación e identificación de necesidades de capacitación.

1.1.4.3. Modelo de análisis Constructivista

El concepto “constructivista” alude a que “(...) *aclara las relaciones mutuas y las acciones existentes entre los grupos y su entorno, pero también entre situaciones de trabajo y situaciones de capacitación*” (Schwartz, citado en Mertens ⁵³). Es decir, este método rechaza el desfase entre construcción de la competencia y de la norma por un lado y por el otro, la implementación de una estrategia de capacitación. Construye la competencia no sólo a partir de la función que nace del mercado, sino que concede igual importancia a la persona, a sus objetivos y posibilidades.

A diferencia de los enfoques conductivistas, que toman como referencia para la construcción de las competencias a los trabajadores y gerentes más aptos o bien de empresas de alto desempeño, la preocupación de la metodología constructivista incluye en el análisis a las personas de menor nivel educativo, entre otras por las siguientes razones.

- a) Si se otorga confianza a la gente, si se cree en ella, si se le ofrece la posibilidad de aprender por ella misma, casi todo es posible y puede aprender mucho, rápidamente.
- b) Para que la capacitación sea efectiva es necesaria la participación de los sujetos a formar en la definición de los contenidos; es decir, en la construcción y análisis del problema. Un modo de capacitación que relaciona el saber con el hacer: la adquisición de conocimientos vinculados con la acción. Pero también, una capacitación no solo para la inserción instrumental sino además con un desarrollo y

progreso personal. Por esto es importante desarrollar la capacidad y la posibilidad de adaptarse permanentemente a la vida cotidiana, en particular a la evolución de las condiciones de trabajo.

- c) Se plantea una estrategia de formación/capacitación por alternancia: períodos de formación teórica alternados por períodos de formación práctica. No es sólo un problema de pedagogía sino que implica la participación del mundo del trabajo, solicitado para colaborar en modificar tareas limitadas y repetitivas, con elevados ritmos, que no son ni formadores ni motivadores. Además está el principio de que cuando una persona aprende, surge una nueva competencia.
- d) El entorno influye sobre la capacitación, que a su vez influye sobre el entorno y llega a ser determinante para la vida individual y colectiva. La definición de la competencia, en lo posible para alcanzar resultados, debe plantearse en este contexto de lo colectivo.
- e) En la elección de las tareas deben participar todos los actores (tutores, ejecutivos de la empresa, coordinador y trabajadores). Cada uno de los asociados en la acción tiene su propia concepción del oficio, así como de la capacitación y de sus contenidos. Cada cual tiene su manera de pensar, su manera de analizar, su método de aprehender las sitúa.
- f) Autorizar a un trabajador con poca formación a manipular una máquina compleja y costosa equivale a manifestar confianza. El joven se da cuenta y se enorgullece. A partir de allí, aprovecha la ocasión, hace todo lo posible para merecer esta confianza. Cuanto más se le consulta sobre sus tareas y sus necesidades de capacitación, más se le pide que contribuya él mismo a su capacitación. Es actor de su propia integración y mayor será su motivación para progresar. El hecho de que se le preste atención, que se valore su participación en la investigación, que ocupe un lugar es, de manera indiscutible, el principal factor de los progresos excepcionales y de su inserción en el cambio. Una vez que los primeros pasos están hechos, se produce el fenómeno de la interacción: cuanto más se integra al trabajador, mejor lo reconocerán en su lugar, y más rápidamente aprenderá.

Estas razones podrían extrapolarse al ámbito de la formación cuando se pretende desarrollar competencias profesionales en los estudiantes. En este sentido, se considerarían a éstos como el trabajador al que se refiere en este modelo.

En definitiva, el análisis constructivista de la competencia trata de dar la misma importancia a la persona, sus intereses y posibilidades que a los puestos funcionales. Se caracteriza por la alta participación de todas las personas involucradas en una organización, cualquiera que sea el nivel de conocimientos y educación que tengan, al contrario de los modelos anteriores, que se centran en los profesionales exitosos.⁵⁵

Los teóricos del constructivismo, creen que las competencias se desarrollan en el propio puesto de trabajo. No son aptitudes o habilidades que se poseen a priori, sino que es el propio desarrollo laboral el que las detecta y las potencia. Las competencias se encuentran sujetas a un contexto determinado y a una organización determinada, por lo que no se convierten en un saber hacer hasta que la persona no ejecuta una actividad concreta.

El siguiente cuadro de Mertens⁵³, muestra las diferencias entre los distintos modelos de análisis de las competencias profesionales:

FUNCIÓN TIPO FUNCIONAL	CONDUCTISTA	CONSTRUCTIVISTA
Normas de rendimiento desarrolladas y convertidas por la industria	<i>Grupos de competencia desarrollados por investigación basada en excelentes ejecutores</i>	<i>Competencias desarrolladas por procesos de aprendizaje ante disfunciones y que incluye a la población menos competente</i>
Normas basadas en resultados (referencia a criterio)	<i>Normas orientadas a resultados (validadas por criterio)</i>	<i>Normas construidas a partir de resultados de aprendizaje</i>
Normas de competencia ocupacional (rendimiento real en el trabajo)	<i>Proceso educacional (desarrollo de la competencia)</i>	<i>Procesos de aprendizaje por alternancia en planta</i>
Marca fija de rendimientos competentes, convenida sectorialmente	<i>Especificaciones por rendimiento superior definido por investigación educativa</i>	<i>Especificaciones definidas por los alcances logrados en planta por los trabajadores.</i>
Producto: competencias duras	<i>Producto: competencias blandas</i>	<i>Producto: competencias contextuales.</i>

Tabla 5. Diferencias de normas entre tipos de Competencia. (Mertens, 1997)

Si bien hasta este punto se han explicado los tres modelos principales de análisis de las competencias profesionales, y aunque no se trata de un modelo en sí, creemos conveniente hacer referencia al enfoque de rasgos, dado que se tienen en cuenta a la hora de evaluar competencias profesionales por la importancia que aporta la parte no visible de la competencia en la demostración de la misma.

1.1.4.4. Enfoque de rasgos de personalidad

Las aptitudes son las capacidades y disposiciones para el buen desempeño, pero no necesariamente remiten al logro o realización efectiva en una situación determinada, es decir, tienen una dimensión potencial. Los rasgos de personalidad permiten caracterizar a los individuos y explicar la variación de sus comportamientos en la ejecución de tareas específicas, mientras que las competencias afectan a la puesta en práctica integrada de aptitudes, rasgos de personalidad y también conocimientos adquiridos para cumplir bien una tarea compleja en un contexto determinado y dentro del espíritu de una estrategia y cultura identificadas.¹⁷

Para Boyatzis¹⁸, las competencias son características subyacentes que determinan los comportamientos llevados a cabo. Para él, la competencia es una capacidad, un conocimiento o una habilidad que se traduce en un comportamiento, de manera que consideran que la competencia se encuentra en la parte no visible del iceberg, tal como muestra la figura 2.

Para Leboyer¹⁷ y Pereda y Berrocal⁶⁰ las competencias son un conjunto de comportamiento observables y sitúan la competencia en la parte visible del Iceberg, tal como se muestra en la figura 3. Estos comportamientos son observables en el contexto laboral real y en situaciones de evaluación pues es en esas situaciones en las que las personas aplican íntegramente sus aptitudes, sus rasgos de personalidad y los conocimientos adquiridos. Las competencias son un rasgo de unión entre las características individuales y las cualidades requeridas para conducir mejor las misiones profesionales prefijadas. En este caso se habla de "comportamientos observables" en lugar de

"características subyacentes", poniendo el punto de directamente sobre los comportamientos que permiten llevar a cabo con éxito una determinada actividad laboral.

En el enfoque de rasgos, se consideran diferentes elementos que influyen en la conducta ⁶¹: primero, cabe mencionar los motivos, como los intereses que una persona considera o desea consistentemente. Las motivaciones “dirigen, conllevan y seleccionan” el comportamiento hacia ciertas acciones u objetivos y lo alejan de otros; segundo, los **rasgos de personalidad** como la predisposición general a comportarse de forma estable y consistente en una situación determinada; tercero las **actitudes y valores**: Conjunto de pensamientos y valores que determinan lo que una persona hace o está interesada en hacer; además los **conocimientos** para referirnos al conjunto de saberes técnicos y humanos que una persona posee y por último las **aptitudes y habilidades** como la capacidad de una persona para desarrollar un determinado trabajo.



Figura 2. Concepto de competencias de Boyatzis en el iceberg conductual



Figura 3. Iceberg Conductual según Pereda y Berrocal 60

1.1.5. Clasificación de las competencias

Existen diferentes clasificaciones de competencias según el enfoque y según el contexto en el que se quiera trabajar con las mismas. A continuación se presenta un resumen de algunas clasificaciones con el fin de contextualizar el tema en la clasificación que se toma como referencia desde el punto de vista curricular.

Spencer ^{20; 62} divide las competencias en dos grandes grupos basándose en su “Modelo de Iceberg”.

- a) **Competencias más fáciles de detectar** y desarrollar, como los conocimientos las destrezas y las habilidades, que están en la superficie y son, por lo tanto, también más fáciles de evaluar.
- b) **Competencias menos fáciles de detectar**, de desarrollar y consecuentemente más difíciles de evaluar. En este plano tenemos el concepto de uno mismo, las actitudes, los valores y el núcleo mismo de la personalidad.

En la siguiente figura se muestra la mayor o menor dificultad de valoración de las competencias según su tipo.

Clasificación de competencias según su dificultad de detección

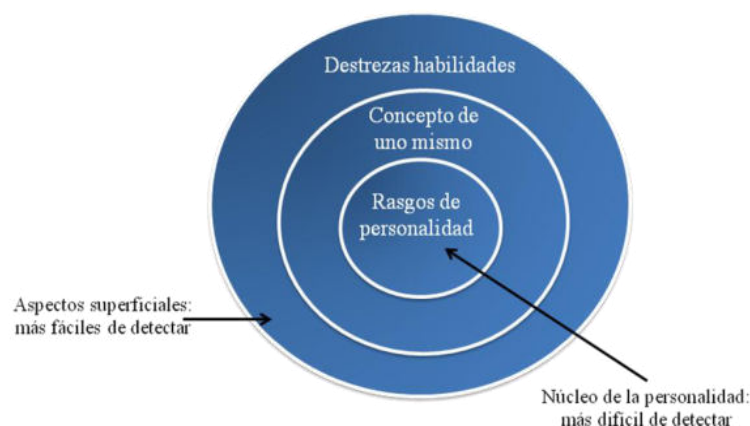


Figura 4. Clasificación de competencias según su dificultad de detección.

Por su parte Pereda y Berrocal⁴¹, clasifican las competencias según los tipos que pueden encontrarse en una organización en:

- a) **Competencias Estratégicas o genéricas.** Son las necesarias para que la organización pueda conseguir sus objetivos estratégicos respetando sus valores. Por ello, deberían formar parte de todos los puestos de trabajo; aunque, por supuesto, los comportamientos que incluye cada una de ellas podrían diferir de un trabajo a otro según su contenido.
- b) **Competencias específicas.** Son aquellas que forman parte del perfil de exigencias de un trabajo determinado en función de las particularidades de éste (contenido, nivel en el organigrama, etc.). Estas competencias, a su vez, se pueden agrupar en:
 - ✓ Competencias comunes. Aparecen en el perfil de exigencias de todos o algunos de los puestos de la empresa en función de sus similitudes en nivel jerárquico, área de la organización, etc. Las competencias estratégicas son muy similares a las comunes, aunque estas últimas no tienen por qué aparecer en los perfiles de exigencias de todos los trabajos de la empresa.
 - ✓ Competencias técnicas. Se refieren a los comportamientos derivados de los conocimientos técnicos que exige el trabajo. Es claro que estas competencias serán las que más diferencias incluirán en los perfiles de exigencias de los puestos de la organización.

Para continuar con las calcificaciones que existen de competencias, y dado que este trabajo se va a centrar en las competencias correspondientes al Grado en enfermería, como una de las titulaciones adaptadas al espacio Europeo de Educación Superior, se hará referencia a la clasificación que propone el proyecto Tuning ⁴⁹: desde el punto de vista de la formación basada en competencias profesionales.

El Proyecto Tuning ²⁹, clasifica las competencias en **Genéricas y específicas**.

- a) **Las Competencias genéricas** son aquellas competencias compartidas por todas las materias o ámbitos de conocimiento que son comunes a la mayoría de titulaciones, aunque con una incidencia diferente y contextualizada en cada una de las titulaciones en cuestión. Por ejemplo, no se trabajará igual la comunicación de un futuro profesional de enfermería que la de un periodista, un maestro, un químico, etc. A su vez, las competencias generales pueden clasificarse en instrumentales, personales y sistémicas, recogiendo así el Proyecto Tuning 30 competencias que agrupa de la siguiente forma y que se enumerarán en el apartado correspondiente a las competencias del título de grado en enfermería. Las **Competencias Instrumentales** tienen una función instrumental. Entre ellas se incluyen habilidades cognoscitivas, capacidades metodológicas, destrezas tecnológicas y lingüísticas; las **Competencias Interpersonales hacen referencia a** capacidades individuales tales como habilidades sociales (interacción y cooperación social) y por su parte las **Competencias Sistémicas son las** capacidades y habilidades relacionadas con sistemas globales (combinación de comprensión, sensibilidad y conocimientos; para ello es preciso adquirir previamente competencias instrumentales e interpersonales)
- b) **Las específicas** son aquellas relacionadas con disciplinas concretas, con un ámbito o titulación estando, en este sentido, orientadas a la consecución de un perfil específico del graduado o graduada. Son próximas a ciertos aspectos formativos, áreas de conocimiento o agrupaciones de materias, y suelen tener una proyección longitudinal en la titulación.

En relación a esta clasificación de competencias Tejada⁸ explica que las competencias genéricas pueden llamarse también transversales y son susceptibles de ser aplicadas en situaciones variadas permitiendo pasar de unos contextos a otros; mientras que las específicas serían más restringidas por su utilidad. Mario de Miguel, por su parte, al referirse a este tipo de clasificación comenta que el verdadero crecimiento del estudiante, en las competencias contempladas en el perfil de una titulación, se produce con la integración de diversas actuaciones que afectan tanto a lo específico como a lo genérico y que no tiene sentido elaborar módulos formativos en los que se ofrezcan al estudiante de

forma separada, de una parte, conocimientos y habilidades y, de otra, actitudes o valores. Ni en lo personal ni en lo profesional se separan ambos componentes de la competencia, más bien en actividades de cierta complejidad tienden a agruparse las competencias⁶³.

**CAPÍTULO 2: EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
(EEES) Y LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.**

1.2. EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EEES) Y LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.

1.2.1. El Espacio Europeo de Educación Superior

El espacio Europeo de Educación Superior se presenta como una reforma necesaria de los sistemas tradicionales y heterogéneos sistemas de Educación Superior para adaptarse a las necesidades de esta nueva realidad social que se conoce como la Europa del conocimiento y en la cual la que la Educación Superior es un factor clave para el desarrollo social y económico.

Esta reforma replantea el sistema docente universitario europeo con el fin de lograr una formación integral de los estudiantes que les permita de adaptarse a las necesidades de la sociedad y de un mercado laboral cada vez más competitivo, que requiere unos perfiles profesionales más complejos y una actualización permanente de conocimientos.

1.2.1.1. Desarrollo cronológico

La transformación del sistema universitario comenzó en 1998, momento en el que la Unión Europea inicia un proceso para promover la convergencia entre los sistemas nacionales de educación que ha permitido desarrollar un Espacio Europeo de Educación Superior antes del 2010.

El proceso de construcción del EEES se inicia el 18 de septiembre 1988, con la firma la Carta Magna de las Universidades Europeas por los rectores asistentes en Bolonia con motivo del IX Centenario de esa Universidad. En este documento se comienza a hablar de la necesidad de animar la movilidad tanto de profesores como de estudiantes y se considera, como instrumento esencial para garantizar la misión de la Universidad, pensar en una política general de equivalencia en materia de Status, Títulos, exámenes y de concesión de becas.

Después de este momento se han producido varios encuentros desde la declaración de la **La Sorbona** ⁶⁴ (1998), que se consolida y amplía con la Declaración de **Bolonia** ⁶⁵ (1999), sentando con ellas las bases de la convergencia Europea. Posteriormente, el **Comunicado de Praga** ⁶⁶ (2001) firmado por 32 países, reafirma este objetivo, recogiendo las conclusiones de la reunión organizada por la CRUE (**Salamanca**, ⁶⁷ 2001), la Convención de estudiantes (**Goteborg**, ⁶⁸ 2001) y las actividades de la UEA (European University Association). En 2003, los ministros con competencias en Educación Superior de 33 países europeos, se reunieron en **Berlín** ⁶⁹ para analizar los logros alcanzados y establecer las prioridades y nuevos objetivos para acelerar la construcción del EEES. Reuniones posteriores a esta fecha fueron las celebradas en **Bergen** ⁷⁰ (2005) y **Londres** ⁷¹ (2007). La última reunión del a VI Conferencia de Ministros de Educación del EEES se ha celebrado en **Lovaina** ⁷² (**Bélgica**) los días 28 y 29 de abril de 2009. En esta reunión han participado las delegaciones de los 46 países que conforman el EEES para analizar los progresos realizados hasta el momento y definir nuevas políticas para avanzar hacia una Europa unida en el conocimiento, la educación y la cultura

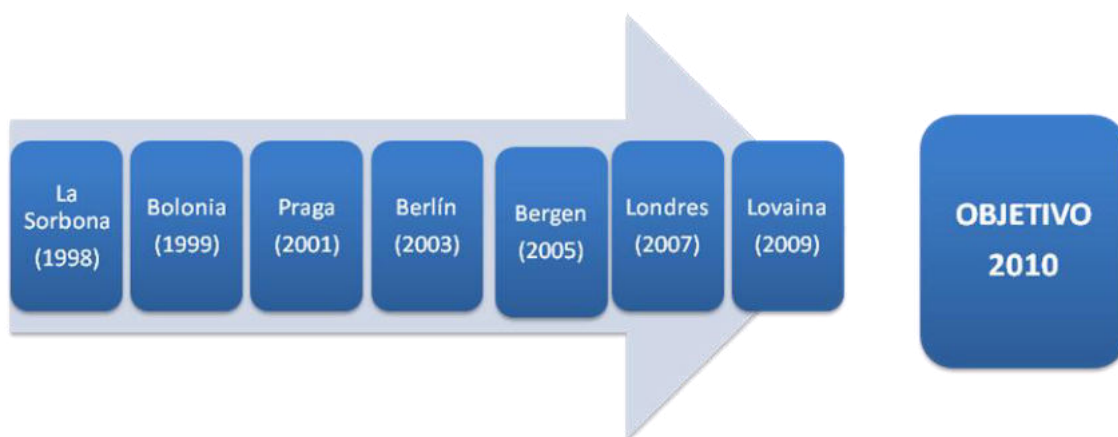


Figura 5. Desarrollo Cronológico del EEES

La síntesis de estas declaraciones puede verse en Feixas⁷³, García y Morant⁷⁴ y Sánchez Delgado y Gairín⁷⁵.

Declaración de La Sorbona (mayo 1998)

Se establecen los criterios alrededor de los cuales va a girar la reforma universitaria que son la movilidad de profesores y estudiantes, el establecimiento de dos ciclos (grado y postgrado) y la adopción de los créditos ECTS (*European Credit Transfer System*) para que los estudios sean comparables y puedan establecerse procesos de reconocimiento.

Declaración de Bolonia (junio 1999)

Establece objetivos y estrategias para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. Se consideran objetivos de especial interés la adopción de un sistema fácilmente comprensible y comparable de Titulaciones, mediante la implantación, entre otras cuestiones, de un Suplemento Europeo del título, para promover la empleabilidad de los ciudadanos europeos; la adopción de un sistema basado, fundamentalmente, en dos ciclos; el establecimiento de un sistema de créditos que facilite la movilidad de los estudiantes así como la promoción de la movilidad tanto de estudiantes como de profesores y la promoción de la dimensión europea en la educación superior con particular énfasis en el desarrollo curricular, la cooperación interinstitucional, los sistemas de movilidad y los programas integrados de estudio, formación e investigación.

I Convención de Instituciones de Educación Superior (Salamanca, marzo 2001)

Se creó la Asociación Europea de Universidades, aprobaron principios (Autonomía con responsabilidad, La educación es un servicio público, La enseñanza superior se sustenta en la investigación y La articulación de la diversidad) y prioridades (La calidad como pilar esencial, Confianza en las instituciones, Pertinencia al mercado laboral. Movilidad de implicados, Compatibilidad de la cualificaciones y Atractivo para estudiantes de otros países).

Conferencia de Ministros (Praga, mayo 2001)

Se reafirman su compromiso de conseguir un EEES para el 2010 y la voluntad de involucrar a todo el continente en el proceso de ampliación de la Unión Europea.

Conferencia de Ministros (Berlín, septiembre 2003)

Se revisa el proceso y se establecen directrices y prioridades en el EEES respecto a la garantía de la calidad, la estructura de las carreras, un sistema basado en dos ciclo, la promoción de la movilidad, el establecimiento de un sistema de créditos, la promoción de la participación de estudiantes entre países, insistiendo en hacer del aprendizaje para toda la vida una realidad.

En cuanto a la Garantía de calidad se acordó que para el 2005 los Sistemas de Garantía de Calidad Nacionales incluyan la definición de las responsabilidades de los cuerpos e instituciones involucradas, la evaluación de programas o instituciones, incluyendo asesoramiento interno, revisiones externas, participación de estudiantes y la publicación de resultados, un sistema de acreditación, certificación o procedimientos similares y la participación internacional, cooperación y el trabajo en redes, acordándose el desarrollo, a nivel europeo, de procedimientos y guías para la garantía de la calidad.

En la Conferencia de Bergen (Noruega, mayo 2005), Se unen más estados y se adoptan nuevos acuerdos entre los que destacan la adopción del marco general de trabajo para la cualificación en EHEA (European Higher Education Area) , en el que se integran los tres ciclos: los dos conocidos y el tercer ciclo de doctorado que no comporta créditos tipo ECTS, se adoptan los estándares y líneas de trabajo dirigidas a garantizar la calidad, enfatizando en la perspectiva de los estudiantes y en la cooperación internacional y mencionando como desafíos y prioridades la investigación, la dimensión social de EHEA y la movilidad de estudiantes, profesores e investigadores.

Comunicado de Londres. Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado. (Londres, mayo 2007)

En este encuentro se admite que en un mundo en transformación, habrá una necesidad permanente de adaptación de nuestros sistemas de educación superior, para garantizar que el EEES mantenga la competitividad y responda con eficacia a los retos de la globalización.

**Comunicado de Lovaina. “The European Higher Education Area in the new decade”
(Lovaina, 28 y 29 de abril de 2009)**

Destacaron en particular la importancia del aprendizaje permanente, la ampliación del acceso a la educación superior y la movilidad, acordándose que para el año 2020 al menos el 20 % de los graduados en el europeo de educación superior debería haber tenido un período de estudios o de formación en el extranjero.

1.2.1.2. Claves en el proceso de Convergencia Europea.

Los puntos o pilares claves en los que se fundamenta la convergencia europea son El Aprendizaje Centrado en el Estudiante, un Sistema de Créditos ECTS, tres ciclos formativos, el Suplemento Europeo al Título, el Establecimiento de sistemas de calidad y la Formación Basada en Competencias.

En el contexto del EEES, los roles de profesores y estudiantes cambian. El estudiante pasa a tener un rol mucho más activo y menos dependiente de lo que venía siendo tradicionalmente, situándose en el centro de la formación; mientras que el profesor asume el rol de orientador y dinamizador del más que de menor transmisor de conocimientos.

Se produce un cambio de perspectiva: el centro de la actividad pasa a ser lo que ~~aprende~~ “el alumno” y no lo ~~que enseña el profesor~~”. El diseño de los planes de estudio y las programaciones docentes se llevarían a cabo teniendo como eje de referencia el propio aprendizaje de los alumnos. En el nuevo modelo, el estudiante pasa a construir de forma activa y autónoma su propio conocimiento basándose en la información que el docente le proporciona directamente o bien que él mismo busca y encuentra orientado por el profesor, por otros compañeros o siguiendo su propio criterio. Es decir, es el estudiante el que marca su propio ritmo de estudio. Lo cual implica un esfuerzo por parte del estudiante para aprender a aprender de forma diferente a la tradicional, ya que no sólo es importante qué se aprende, sino cómo se aprende. Por otra parte, el estudiante debe participar de forma más activa en el aula, especialmente si está lo suficientemente tutorizado por el profesor. De esta manera, aumenta la motivación del estudiante y se contribuye a generar conciencia de pertenencia a un colectivo. Además, el estudiante está en condiciones de compartir información y conocimiento con el resto de compañeros. De forma que se fomenta,

asimismo, el trabajo en equipo o cooperativo y aumenta la interacción entre todos los miembros de la comunidad virtual universitaria: de los profesores con los estudiantes, de los estudiantes entre sí, de los profesores entre sí, e incluso con la propia institución universitaria. Finalmente, debe señalarse que el estudiante no sólo será capaz de asimilar contenidos, sino que desarrollará una serie de capacidades durante su formación universitaria, que le serán de mucha utilidad en su futura actividad profesional.

El papel del profesor, por su parte, es el de proporcionar al estudiante los criterios necesarios para que sepa encontrar la información y convertirla en conocimiento. Debe motivar, dinamizar y estimular el estudio al tiempo que propiciar la participación del estudiante ofreciéndole una atención más personalizada. No obstante, se debe implicar en el papel de evaluador del proceso de aprendizaje, desde la planificación de actividades evaluables que faciliten la asimilación progresiva los contenidos así como el desarrollo y adquisición de competencias.⁷⁶

Para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados. El Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre⁷⁷ recoge que los programas de movilidad de estudiantes (Sócrates/Erasmus), determinaron la necesidad de encontrar un sistema adecuado de equivalencias y reconocimiento de estudios y que originaron el Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS).

El crédito, como indica el Documento Marco del MEC sobre ~~La~~ “La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior”³, es la unidad de referencia sobre la que se estructura y organizan los currículos formativos en la mayor parte de los países”. Y, según la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas⁷⁸, es la ~~un~~ “unidad de valoración de la actividad académica, en la que se integran armónicamente tanto las enseñanzas teóricas y prácticas, otras actividades académicas dirigidas, y el volumen de trabajo que el estudiante debe realizar para superar cada una de las asignaturas” En este sentido en el RD 1125/2003, aparece que este sistema de créditos ~~–~~“constituye una reformulación conceptual de la organización del currículo de la educación superior mediante su adaptación a los nuevos modelos de formación centrados en el trabajo del estudiante. Esta medida del haber académico comporta un nuevo modelo educativo que

ha de orientar las programaciones y las metodologías docentes centrándolas en el aprendizaje de los estudiantes, no exclusivamente en las horas lectivas”

Por tanto, el crédito europeo no es una medida de duración temporal de las clases impartidas por el profesor, sino una unidad de valoración del volumen de trabajo total y real del estudiante estándar, expresado en horas, requerido para la superación de la asignatura, es decir, para la correcta asimilación de las competencias y la adquisición de las competencias fijadas previamente.

Las enseñanzas universitarias conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional se estructurarán en tres ciclos, denominados respectivamente Grado, Máster y Doctorado, conformando estos dos últimos el Postgrado, con titulaciones que cualifiquen para la inserción en el mercado laboral, de acuerdo con lo establecido en el artículo 37 de la Ley Orgánica 6/2001⁷⁹, de 21 de diciembre, de Universidades, en su nueva redacción dada por la Ley Orgánica 4/2007⁸⁰, de 12 de abril, por la que se modifica la anterior y en el real decreto 1393/2007.¹

Los estudios de grado son el primer escalón de la oferta académica, equivalentes a las tradicionales diplomaturas y licenciaturas.

Las enseñanzas de Grado tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional.

Los planes de estudios tendrán 240 créditos (ECTS), que contendrán toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: aspectos básicos de la rama de conocimiento, materias obligatorias u optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, trabajo de fin de Grado u otras actividades formativas.

Estos 240 créditos se repartirán en cuatro años. El RD 1393/2007 y su modificación RD 861/2010, de 2 de julio establecen las condiciones para la elaboración de dichos planes de estudio.

Estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un trabajo de fin de Grado.

Los títulos podrán adscribirse a una de las siguientes ramas de conocimiento: Artes y Humanidades, Ciencias., Ciencias de la Salud., Ciencias Sociales y Jurídicas o Ingeniería y Arquitectura.

En los estudios de posgrado, los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Máster Universitario tendrán entre 60 y 120 créditos (ECTS), y contendrán toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: materias obligatorias, materias optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, trabajo de fin de Máster, actividades de evaluación, y otras que resulten necesarias según las características propias de cada título. Estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa pública de un trabajo de fin de Máster. El carácter de formación especializada y multidisciplinar, hace que se convierta en el requisito imprescindible para acceder a una mayor preparación investigadora para la obtención del título de doctor.

Asimismo y también dentro de los estudios de posgrado, para obtener el título de Doctor o Doctora (tercer ciclo) es necesario haber superado un periodo de formación y un periodo de investigación organizado. Al conjunto organizado de todas las actividades formativas y de investigación conducentes a la obtención del título se denomina Programa de Doctorado.

En el siguiente esquema se muestra un resumen sobre cómo quedan estructuradas las enseñanzas universitarias oficiales.

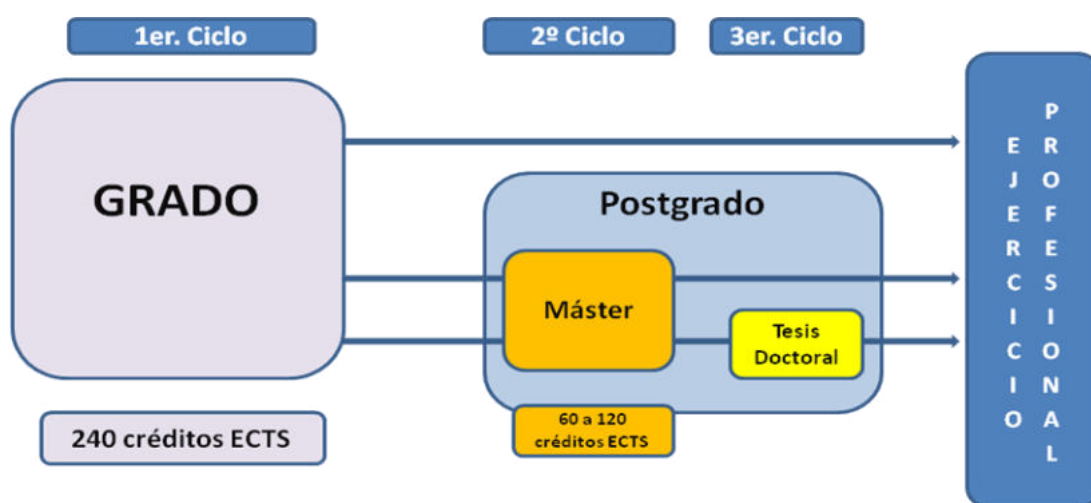


Figura 6. Estructura de las enseñanzas universitarias oficiales según el RD1393/2007

El RD 1044/2003 ⁸¹ establece que el Suplemento Europeo al Título encuentra su justificación en la diversidad de enseñanzas y titulaciones, las dificultades en su reconocimiento, el incremento de la movilidad de los ciudadanos y la insuficiente información aportada por los títulos. Es un documento que añade información al título obtenido mediante una descripción de su naturaleza, nivel, contexto y contenido. Su objetivo es objetivo incrementar la transparencia de las diversas titulaciones de educación superior impartidas en los países europeos y facilitar su reconocimiento académico y profesional por las instituciones. Pretende ser un documento comprensivo, en el que se reflejen los resultados del aprendizaje a lo largo de la vida y los conocimientos acreditados a una persona por instituciones europeas de enseñanza superior.

Este suplemento debe contener la información sobre la formación adquirida y las competencias profesionales, como mecanismo para adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable y promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos. Este Suplemento permite, a pesar de la divergencia existente entre los modelos universitarios de los diferentes países europeos, que los conocimientos y capacidades adquiridas sean reconocidos académicamente en toda Europa, así como profesionalmente al ser conocidos por los potenciales empleadores.

La expedición de este documentos abre la posibilidad de que los actuales alumnos universitarios españoles puedan beneficiarse, al terminar sus estudios, de las ventajas que comporta, para su movilidad, académica y profesional, en otras universidades y otros países europeos el que sus títulos vayan acompañados de un documento de información eficaz sobre el nivel y contenido de las enseñanzas que hayan cursado en una universidad española.

El aprendizaje a lo largo de la vida se concibe como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida. El aprendizaje permanente se define como toda actividad de aprendizaje realizada a lo largo de la vida con el objetivo de mejorar los conocimientos, las competencias y las aptitudes con una perspectiva personal, cívica, social o relacionada con el empleo ⁸². Según comenta Rubio ⁸³ el aprendizaje a lo largo de la vida se percibe como un continuum que crece y avanza, en el tiempo y en el espacio, sin

detenerse, ligado a la realización humana en toda su dimensión, lo que no excluye la profesionalización y la productividad en el mercado laboral.

En palabras de Delors⁴² “El aprendizaje a lo largo de la vida es una de las llaves de acceso al siglo XXI. Va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y formación continua y responde al reto de un mundo que cambia continuamente”

El Desarrollo de Sistemas de Calidad y la Formación Basada en Competencias, son dos puntos que por su importancia se desarrollarán más en profundidad.

1.2.2. Desarrollo de sistemas de calidad y de mecanismos de certificación y de acreditación.

En respuesta a los dos mandatos encargados a European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA) ,en el Comunicado de Berlín de septiembre del 2003, para desarrollar “un conjunto acordado de criterios, procedimientos y directrices en garantía de calidad” y “para explorar la forma de asegurar un sistema adecuado de revisión por pares para la garantía de calidad y/o para las agencias u organismos de acreditación”, la ENQA elabora (mediante la participación activa de sus miembros, en cooperación con EUA, ESIB y EURASHE) el informe sobre “Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior” cuyo título original es “*Standards and guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*”⁸⁴

En el 2005, año en el que se elaboró el mencionado informe se recomendó: la elaboración de los criterios europeos para la garantía de calidad interna y externa y para las agencias externas de garantía de calidad, las agencias europeas de garantía de calidad deberían someterse a una revisión cíclica en el plazo de cinco años. La subsidiariedad tendrá un papel fundamental, llevándose a cabo revisiones a nivel nacional en la medida de lo posible, se creará un Registro Europeo de agencias de garantía de calidad que será regulado por un comité responsable, y se establecerá un Foro Consultivo Europeo para la Garantía de Calidad en la Educación Superior.

Con la puesta en marcha de las anteriores recomendaciones se esperaba que mejorase la coherencia de la garantía de calidad en todo el Espacio Europeo de Educación Superior

(EEES) mediante la utilización de criterios y directrices acordadas conjuntamente y que las instituciones de educación superior y las agencias de garantía de calidad en toda el EEES pudieran utilizar elementos comunes de referencia para la garantía de calidad. Asimismo, el Registro facilitaría la identificación de agencias profesionales y con credibilidad, fortaleciéndose los procedimientos para el reconocimiento de las titulaciones y asumiéndose la credibilidad del trabajo de las agencias de garantía de calidad. Además se ampliaría el intercambio de puntos de vista experiencias entre agencias y otros participantes clave (entre los que se incluyen las instituciones de educación superior, los estudiantes y los representantes de los agentes económicos y sociales) mediante el trabajo del Foro Consultivo Europeo para la Garantía de Calidad en la Educación Superior aumentando la confianza mutua entre instituciones y agencias y posibilitando el camino hacia el reconocimiento mutuo.

La ENQUA en este informe recoge el listado de criterios y directrices europeas, tanto para la para la garantía interna de la calidad como para la externa. Los criterios y directrices se diseñaron para que puedan aplicarse en todas las instituciones de educación superior y las agencias de garantía de calidad en Europa, independientemente de su estructura, función y tamaño y del sistema nacional en el que se encuentren.

En relación a la garantía interna establece:

1. Las instituciones deberán tener una política y unos procedimientos asociados para la garantía de calidad y criterios para sus programas y títulos. Asimismo, deben comprometerse de manera explícita en el desarrollo de una cultura que reconozca la importancia de la calidad y de la garantía de calidad en su trabajo. Para lograr todo esto, las instituciones deben desarrollar e implantar una estrategia para la mejora continua de la calidad. La estrategia, la política y los procedimientos deben tener un rango formal y estar públicamente disponibles. Deben contemplar también el papel de los estudiantes y de otros agentes implicados.
2. Las instituciones tendrán que disponer de mecanismos formales para la aprobación, revisión periódica y control de sus programas y títulos.

3. Los estudiantes deberán ser evaluados utilizando criterios, normas y procedimientos que estén publicados y que sean aplicados de manera coherente.
4. Las instituciones deberán disponer de medios que garanticen que el personal docente está capacitado y es competente para su trabajo. Esos medios deben darse a conocer a quienes lleven a cabo evaluaciones externas y serán recogidos en los informes y garantizar que los recursos disponibles para apoyar el aprendizaje de los estudiantes son adecuados y apropiados para cada uno de los programas ofrecidos.

Además de los criterios para la garantía interna, en el informe describió los criterios y directrices europeas para la garantía externa de la calidad y se disponiendo que los procedimientos de garantía externa de calidad deberán tener en cuenta la eficacia de los procesos de garantía interna de calidad, que las finalidades y objetivos de los procesos de garantía de calidad deberán ser determinados por parte de todos sus responsables (incluidas las instituciones de educación superior) antes del desarrollo de los propios procesos, y deberán publicarse con una descripción de los procedimientos que van a utilizarse, así como que las decisiones formales adoptadas, como resultado de una actividad de garantía externa de calidad, tendrán que basarse en criterios explícitos publicados con anterioridad que han de ser aplicados coherentemente.

Asimismo, Todos los procesos de garantía externa de calidad deben diseñarse específicamente con el fin de asegurar su idoneidad de cara a lograr las finalidades y objetivos fijados y publicarse y redactarse en un estilo que sea claro y fácilmente asequible para sus destinatarios. Las decisiones, opiniones o recomendaciones contenidas en los informes deberán ser fácilmente localizables para el lector.

Además, Los procesos de garantía de calidad que contengan recomendaciones para la acción o que requieran un plan de actuación subsiguiente, tendrán que incluir un procedimiento de seguimiento predeterminado que sea aplicado de manera coherente. La garantía externa de calidad de instituciones y/o programas deberá llevarse a cabo de una manera periódica. La duración del ciclo y los procedimientos de revisión que van a utilizarse tendrán que estar claramente definidos y ser publicados con antelación. Las agencias de garantía de calidad editarán informes-resumen que describan y analicen los resultados de sus revisiones, evaluaciones, valoraciones, etc.

Estos criterios y directrices se basan en unos principios básicos, sobre la garantía de calidad en la educación superior en el EEES. Entre estos principios se incluyen:

- a) Las instituciones de educación superior son las responsables fundamentales de la calidad de sus ofertas y de la garantía de su calidad.
- b) Han de salvaguardarse los intereses de la sociedad respecto a la calidad y los criterios de la educación superior.
- c) Es necesario que se desarrolle y mejore la calidad de los programas académicos destinados a los estudiantes y otros beneficiarios de la educación superior en todo el EEES.
- d) Son necesarias estructuras organizativas eficaces y eficientes en las que se ofrezcan y desarrollen dichos programas académicos.
- e) La transparencia y la utilización de expertos externos son importantes en los procesos de garantía de calidad.
- f) Debe promoverse una cultura de calidad dentro de las instituciones de educación superior.
- g) Deben desarrollarse procesos mediante los que las instituciones de educación superior puedan demostrar su responsabilidad, incluida la rendición de cuentas por la inversión de fondos públicos y privados.
- h) La garantía de calidad enfocada a la rendición de cuentas es plenamente compatible con la garantía de calidad con finalidades de mejora.
- i) Las instituciones deben ser capaces de demostrar su calidad tanto a nivel nacional como internacional.
- j) Los procesos utilizados deben ser compatibles con la diversidad y la innovación.

Los sistemas de Garantía de la Calidad, son el fundamento para que la nueva organización de las enseñanzas funcione eficientemente y para crear la confianza sobre la que descansa el proceso de acreditación de títulos. En España, el Ministerio delega en la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)⁸⁵ agencia acreditada por

ENQUA, el establecimiento de los protocolos de verificación y acreditación necesarios conforme a lo dispuesto en el RD1393/2007.

La ANECA para dar respuesta a la normativa mencionada elaboró el Protocolo de evaluación para la verificación de las Titulaciones Universitarias oficiales puso en marcha el programa verifica. Además publica la *“Guía de Apoyo para la Elaboración de la Memoria para la Solicitud de Verificación de Títulos Oficiales”*⁸⁶, documento que facilita el trabajo de las universidades en el diseño de los planes de estudios.

Las universidades, que son las encargadas del diseño de las Titulaciones, incluyen en las memorias de verificación de las mismas un punto referente al sistema de garantía interna de calidad. En el punto se describen los procesos que se seguirán para garantizar la calidad de la formación impartida. La información que se incluye en este apartado puede referirse tanto al sistema de calidad propio del título, como al sistema general de calidad de la Universidad o del Centro donde se imparten las enseñanzas.

Concretamente se deben incluir apartados referentes a responsables del sistema de garantía de la calidad del plan de estudios, procedimientos de evaluación y mejora de la calidad de la enseñanza y el profesorado, procedimientos para garantizar la calidad de las prácticas externas y los programas de movilidad, procedimientos de análisis de la inserción laboral de los graduados y de la satisfacción con la formación recibida, así como el procedimiento para el análisis de la satisfacción de los distintos colectivos implicados (estudiantes, personal académico y de administración y servicios, etc.), y de atención a las sugerencias o reclamaciones. Criterios específicos en el caso de extinción del título.¹

Por otra parte, la ANECA⁸⁵, AQU⁸⁷ (*“Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya”*) y ACSUG (*“Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia”*⁸⁸), pusieron en marcha el programa *“AUDIT”*,⁸⁹ iniciativa que va dirigida a los Centros universitario con el fin de orientar en el diseño de los Sistemas de Garantía interna de la Calidad. En estas orientaciones se incluyen algunos elementos dirigidos al conjunto de la Universidad como en lo que se refiere al personal académico, a los recursos

materiales y servicios etc., es decir van más allá de lo que contempla en RD 1393/2007 en materia de calidad.

Con este propósito elaboran una serie de documentos que pueden consultarse en la página web de la agencia ⁸⁵ en el apartado de “AUDIT”. Entre estos documentos, cabe destacar los siguientes:

- 1) *“Guía para el diseño de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de la formación universitaria” (ANECA, 2007)* ⁹⁰ Este documento se elabora con el objeto de apoyar las iniciativas de las universidades para garantizar la calidad de su oferta educativa, e impulsar una cultura de mejora continua. Los objetivos que pretenden conseguir las mencionadas agencias con este documento es orientar la estructuración de las actuaciones llevadas a cabo por los Centros para dotarse de Sistemas de Garantía Interna de Calidad y facilitar a los Centros una serie de ejemplos de directrices, que pueden guiarles en el desarrollo de dichos sistemas.
- 2) *“Directrices, definición y documentación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de la formación universitaria” (ANECA, 2007)* ⁹¹. En este documento se presentan un conjunto de directrices para el diseño de Sistemas de Garantía Interna de Calidad. Estas directrices pueden facilitar a los Centros el proceso de diagnóstico de dichos sistemas.
- 3) *“Herramientas para el Diagnóstico en la implantación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de la formación universitaria” (ANECA, 2007)* ⁹² diseñado con la intención de facilitar a los Centros universitarios un instrumento que les permita abordar la primera etapa en el proceso de definición e implantación de un Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC).

La concreción del sistema de verificación y acreditación permitirá el equilibrio entre una mayor capacidad de las universidades para diseñar los títulos y la rendición de cuentas orientada a garantizar la calidad y mejorar la información a la sociedad sobre las características de la oferta universitaria.

1.2.3. Seguimiento de Titulaciones

En relación a las titulaciones, las Universidades han realizado grandes esfuerzos para adaptar los planes de estudios al Grado. Para ello, han tenido que diseñar y presentar nuevas memorias que constan de una serie de puntos los cuales responden a los protocolos establecidos por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y el RD 1393/2007 contempla que la autonomía en el diseño del título, por parte de las Universidades, debe combinarse con un adecuado sistema de evaluación y acreditación, que permitirá supervisar la ejecución efectiva de las enseñanzas e informar a la sociedad sobre la calidad de las mismas. Este Real Decreto, y su modificación, el RD 861/2010², de 2 de julio; recoge en su Artículo 27 sobre el seguimiento de los títulos inscritos en el RUCT:

“Una vez iniciada la implantación de las enseñanzas correspondientes a los títulos oficiales inscritos en el RUCT, la ANECA o los órganos de evaluación que la Ley de las Comunidades Autónomas determinen, llevarán a cabo el seguimiento del cumplimiento del proyecto contenido en el plan de estudios verificado por el Consejo de Universidades”.

“A efectos de lo establecido en el apartado anterior, la ANECA y los correspondientes órganos de evaluación en colaboración con el Ministerio de Educación y las correspondiente Comunidades Autónomas, elaborarán conjuntamente un protocolo que incluirá la definición de un mínimo de criterios e indicadores básicos comunes para el procedimiento de seguimiento de planes de estudio. A efectos del establecimiento de los criterios e indicadores básicos citados los órganos señalados impulsarán, con carácter previo, la realización de experiencias piloto sobre planes de estudios que hayan concluido su segundo año de implantación”.

Además en su Artículo 27 bis, sobre la renovación de la acreditación de los títulos establece:

1. *“La renovación de la acreditación de los títulos universitarios oficiales se producirá, transcurridos seis años... previo informe favorable emitido por la ANECA o los órganos de evaluación que la Ley de las Comunidades Autónomas determinen”.*

2. *“... la ANECA o al correspondiente órgano de evaluación... a fin de comprobar que el plan de estudios se está llevando a cabo de acuerdo con su proyecto inicial, mediante una evaluación que incluirá... una visita de expertos externo”.*
3. *“El órgano de evaluación correspondiente elaborará una propuesta de informe... en términos favorables a la renovación de la acreditación o, en su caso, indicando los aspectos que necesariamente deben ser modificados a fin de obtener un informe favorable”.*
4. *“ ... valoradas, en su caso, las alegaciones ... se elaborará el informe de evaluación que podrá ser favorable o desfavorable ...”*
5. *“... el Consejo de Universidades dictará ... la correspondiente resolución ...”*
6. *“Contra la resolución a que se refiere el apartado anterior la universidad podrá recurrir ante la presidencia del Consejo de universidades en el plazo de un mes...”*
7. *“... En caso de ser desestimatoria, el título causará baja en el RUCT y perderá su carácter oficial y validez en todo el territorio nacional...”*
8. *“La Conferencia General de Política Universitaria, aprobará los criterios de coordinación, cooperación ...”*

Las agencias de calidad encargadas del seguimiento de las titulaciones oficiales, con el objetivo de obtener evidencias para su evaluación cada seis años, están diseñando nuevos procesos para conseguir realizar la evaluación. Esta evaluación se centrará principalmente en los resultados de aprendizaje de los estudiantes, las tasas de graduación y las tasas de inserción laboral, sin obviar, tal como se expuso en el Congreso Internacional sobre Acreditación, Evaluación y Garantía de Calidad que se celebró en Madrid los días 14, 15 y 16 de junio de 2010 en Madrid y organizado por la Agencia de Calidad, Acreditación y Prospectiva de las Universidades de Madrid (ACAP) ⁹³ en el que participaron diversas agencias internacionales (Europa, América latina, Norteamérica, Australia, etc.), y en cual se puso un énfasis especial en la evaluación de los mencionados resultados de aprendizaje como indicador de la evidencia de adquisición de las competencias, insistiendo en la importancia que tienen como indicador de calidad de las universidades la tasa de graduados y la tasa de inserción y por lo tanto la empleabilidad de los egresados.

1.2.4. Formación basada en competencias en la Educación Superior

El concepto de competencia está siendo muy utilizado como consecuencia de la reforma educativa que está sufriendo la Universidad para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior, debido a que una de las propuestas de esta de la convergencia Europea es basar la enseñanza en la adquisición de competencias (Comunicado de Berlín 2003)⁶⁹

Se da especial importancia a la adopción y desarrollo de sistemas que sean fácilmente comparables entre Titulaciones y que permitan el reconocimiento académico y profesional en toda la Unión Europea para ofrecer una formación competitiva y abierta hacia un mercado laboral que supere las fronteras nacionales. Se pretende reorganizar las Titulaciones a través de una estructura que considere los perfiles profesionales para la determinación de competencias y contenidos específicos. Esta reorganización requiere la implantación de nuevas metodologías docentes más enfocadas al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias por parte del estudiante y resultados de aprendizaje.

La aplicación del concepto de competencias es clave, tanto en la gestión de los recursos humanos de una organización, como proceso de evaluación y mejora de las personas y las organizaciones; así como en los distintos niveles de la educación y más aún en la Educación Superior. Esta característica, junto con el resto de los pilares en los que se basa el Espacio Europeo de Educación Superior, movilidad de estudiantes, calidad, comparabilidad, etc. hace que la exigencia en la cualificación profesional sea mayor para responder a las nuevas demandas sociales.

De ahí que en el EEES se aplique el sistema europeo de créditos basado en el aprendizaje por competencias que vincula la formación universitaria con el mundo profesional, en conexión con la libre circulación de profesionales en el interior de la Unión Europea. Además, se trata de un elemento crucial para permitir la comparación de los Títulos, ya que les dota de transparencia y para facilitar la movilidad de los estudiantes. Además, con los ECTS, se da respuesta también a la necesidad de establecer una unidad de tiempo y logro compartida que facilite la convalidación, homologación y/o reconocimiento de créditos entre Titulaciones de distintas áreas de conocimiento.

En este nuevo marco, el objetivo principal del proceso de aprendizaje queda supeditado al desarrollo de una serie de competencias, en función de los perfiles académicos y de los correspondientes perfiles profesionales. Por consiguiente, su objetivo principal es algo más complejo que el simple dominio o transmisión de conocimientos, como ha sucedido tradicionalmente.

El ámbito habitual de las competencias, como se ha visto hasta ahora, es el laboral, formando parte de la definición de un puesto de trabajo con el objetivo de evaluar el desempeño. No obstante, en la actualidad se está aplicando en el contexto académico y es importante considerar que muchas de las competencias definidas en los modelos laborales no resultarían aplicables en el ámbito de la educación. Por este motivo surge la necesidad de definir y elaborar catálogos de competencias universitarias de carácter general y específico, que puedan ser aplicables al ámbito personal y profesional de los estudiantes.⁹⁴



Figura 7. Las competencias del ámbito empresarial a la formación basada en competencias

Según la Organización Internacional del Trabajo¹⁴ (OIT), la aplicación del concepto de competencia abarca a las empresas con sus políticas de gestión de recursos humanos; a los Ministerios de Educación y Trabajo que persiguen objetivos centrados en políticas

educativas o laborales de orden nacional; y a las instituciones capacitadoras que pretenden mejorar la calidad y eficiencia de sus programas formativos.

La formación basada en competencias llega a la educación desde la formación profesional. En España referentes en este sentido son la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional ²⁸ y el Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral ⁹⁵. En ambos documentos se refieren a la competencia como el *“Conjunto de conocimientos y capacidades que permitan el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo”*; y a la cualificación profesional como el *“conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral”*.

Según Perrenoud ⁹⁶, la llegada de la formación basada en competencias al ámbito de la educación, desde la formación profesional es debido a un *“contagio”* ocasionado por el mundo laboral: *“Como el mundo laboral se apropió de la noción de competencia, la escuela seguirá sus pasos, amparándose en la modernidad y en el cambio de valores de la economía de mercado: gestión de recursos humanos, búsqueda de la calidad total, valorización de la excelencia, exigencia de una movilidad mayor de los trabajadores y de la organización del trabajo”*

Sin embargo, para Sarramona ⁹⁷ existen razones de tipo social y estructural que han exigido un cambio en los objetivos del sistema educativo que suponen retos importantes y que van más allá del tradicional interés por la adquisición de conocimientos académicos y de habilidades. Estas razones según son:

- a) El constante aumento de los conocimientos, acompañado de una progresiva especialización que exige al sistema educativo la selección de conocimientos básicos que permitan la comprensión y el seguir aprendiendo unido al constante aumento y modificación de los conocimientos vigentes que exige del aprendizaje a la largo de la vida.

- b) La necesidad de seguir aprendiendo otorga relevancia a la formación inicial y al aprender a aprender y el principio de la necesidad integradora, que trae como consecuencia un currículo integrado.
- c) La perspectiva didáctica que pone el énfasis en el aprendiz y no en la docencia así como la perspectiva de la educación democrática y equitativa, que busca el desarrollo de todos y cada uno de los alumnos y no su clasificación y selección.
- d) La denominada sociedad de la información que exige a los Centros Educativos el reto de preparar a los sujetos para la adecuada selección, organización y valoración crítica de la información.
- e) La necesidad de dominar las actuales tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como medios para acceder a la información y la necesidad de tener presentes ciertas exigencias del mundo laboral para incorporarlas a la educación como metas generales.

Para Tanguy ⁹⁸, este paso es debido a que los expertos en formación profesional consideran que la validez de sus contenidos específicos, debe ser otorgada por la puesta en práctica de situaciones concretas. Desde la incorporación de España a la Unión Europea, el término competencias ha sido utilizado con frecuencia, especialmente en el área de la formación reglada, la formación continua y la formación ocupacional. Gobiernos, organizaciones empresariales y sindicales utilizan este término para coordinar políticas de formación, planes institucionales y certificaciones profesionales⁹⁹

En relación a la educación superior, *el Real Decreto: 1393/2007 de 29 de septiembre* ¹, y *su modificación Real Decreto 861/2010* ², de 2 de julio, recoge que los planes de estudios conducente a la el diseño de un Título deben reflejarse más elementos que la mera descripción de los contenidos formativos y por lo tanto deberán centrarse en la adquisición de competencias por parte de los estudiantes. Estos planes de estudios, deberán tener, por lo tanto, en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas

lectivas. Se debe hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias así como en los procedimientos para evaluar su adquisición. Se proponen los créditos europeos, ECTS, tal y como se definen en el Real Decreto 1125/2003,⁷⁷ de 5 de Septiembre, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender.

Además, Cuando se trate de títulos que habiliten para el ejercicio de actividades profesionales reguladas en España, el Gobierno establecerá las condiciones a las que deberán adecuarse los correspondientes planes de estudios, que además deberán ajustarse, en su caso, a la normativa europea aplicable. Estos planes de estudios deberán, en todo caso, diseñarse de forma que permitan obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión. A tales efectos la Universidad justificará la adecuación del plan de estudios a dichas condiciones.¹

Asimismo, la posibilidad de introducir prácticas externas viene a reforzar el compromiso con la empleabilidad de los futuros graduados y graduadas, enriqueciendo la formación de los estudiantes de las enseñanzas de grado, en un entorno que les proporcionará, tanto a ellos como a los responsables de la formación, un conocimiento más profundo acerca de las competencias que necesitarán en el futuro.

En cualquier caso y siguiendo lo establecido por el mencionado RD 1393/2007 y su modificación 861/2010, las competencias que los estudiantes deben adquirir con su formación, ya sean generales o específicas, deben ser evaluables. Estas competencias deben estar recogidas en todas las memorias de verificación de títulos que se presenten al Consejo superior de Universidades. Por lo tanto se adquiere un compromiso y debe demostrarse su adquisición.

Según palabras de D. Felipe Pétriz (Director General de Política Universitaria del Ministerio de Educación) en el encuentro sobre calidad celebrado en Murcia los días 22 y 23 de septiembre de 2009, organizado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y la Dirección General de Universidades y Política

Científica de la Región de Murcia, *“Cada memoria verifica es una propuesta de valor, incluye un contrato social, se adquieren unos compromisos relativos a la enseñanza ofrecida”* y *“ para garantizar la renovación de la acreditación del Título es necesario trabajar en el seguimiento de los mismos, promoviendo todos los compromisos adquiridos”*

El proceso de evaluación que forma parte del proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes, dentro del contexto de la formación basada en competencias y en el marco de la convergencia europea, cobra especial relevancia como aspecto que debe replantearse en la metodología de los nuevos planes de estudios.

Según Mario de Miguel ⁶³, el proceso enseñanza-aprendizaje, tal como se entiende con la formación basada en competencias, va desde la definición de unas competencias en una Titulación hasta el diseño de unos procedimientos de evaluación para verificar si el alumno ha conseguido dichas competencias. Por ello, una vez establecidas las competencias a alcanzar, la planificación de una materia exige precisar las modalidades y metodologías de enseñanza-aprendizaje adecuadas para su adquisición así como los criterios y procedimientos de evaluación que vamos a utilizar para comprobar si se han adquirido realmente.

En la siguiente figura se muestra el modelo que defiende Mario de Miguel en relación al proceso de enseñanza-aprendizaje.

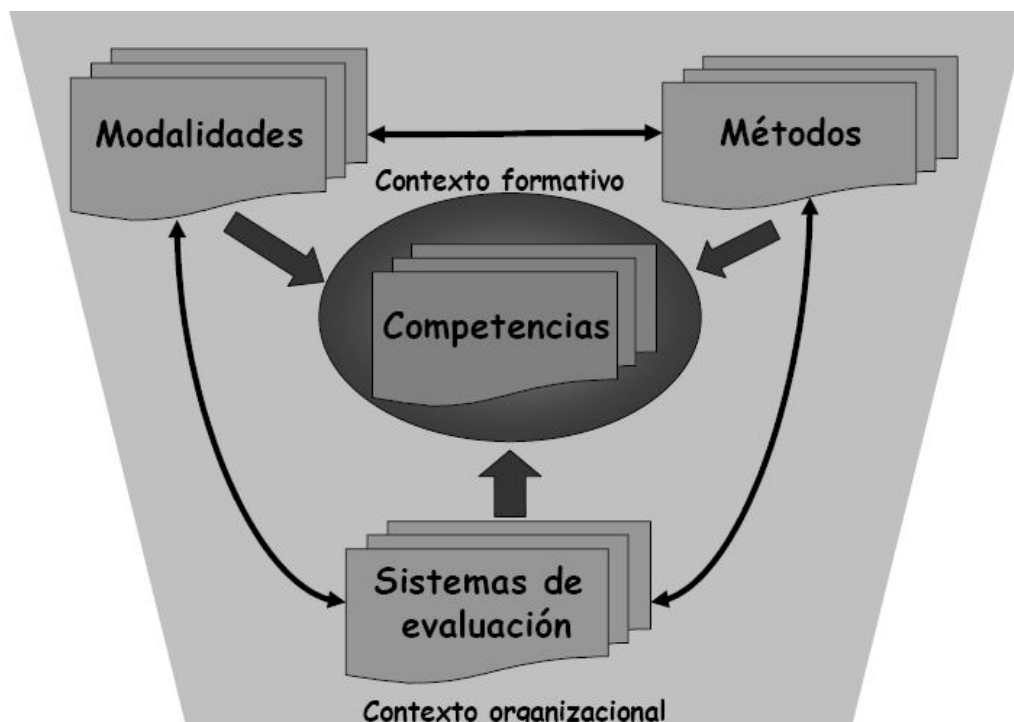


Figura 8. Modelo de enseñanza-aprendizaje según Mario de Miguel

Como puede observarse, son cuatro los elementos que conforman el modelo que propone este autor: las competencias a alcanzar por los alumnos, las modalidades u escenarios organizativos a tener en cuenta para realizar los procesos, los métodos concretos a utilizar a la hora de desarrollar las actividades de enseñanza-aprendizaje y las estrategias de evaluación que se estiman oportunas para verificar si los alumnos alcanzan los aprendizajes previstos.

Son las situaciones y el contexto las que demandan el despliegue de determinadas competencias y no al contrario. En consecuencia, para favorecer el desarrollo y el crecimiento del estudiante en las competencias consideradas en el perfil de la titulación deben tomarse las actuaciones profesionales como punto de partida, desarrollando la formación del estudiante como un todo en el que tienen cabida conocimientos, habilidades, actitudes y valores.

Según este modelo, los “sistemas de evaluación” constituyen el tercer elemento de planificación y ejecución del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Como consecuencia del cambio de paradigma, al trasladar el centro de la atención desde la enseñanza del profesor al aprendizaje de los estudiantes, la evaluación es el elemento protagonista que orienta y motiva dicho aprendizaje así como la propia enseñanza.

Focalizar el proceso en el aprendizaje del alumno supone necesariamente focalizar el proceso en los ~~“~~sistemas de evaluación”. La primera tarea a afrontar para el cambio real de paradigma es resolver la importante ~~“~~brecha” entre profesores y alumnos en torno a los referentes que orientan sus estrategias de actuación. Focalizar el proceso en el aprendizaje del alumno supone necesariamente focalizar el proceso en los ~~“~~sistemas de evaluación”. El alumno, de forma natural, está predispuesto a ello. Sin embargo, para el profesor requiere un cambio de concepto sobre su labor, un cambio de actitud y el aprendizaje de nuevas destrezas.

El proceso de evaluación, por lo tanto, forma parte del proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes, siendo uno de sus elementos clave por el volumen de información que facilita al profesor y por las consecuencias que tiene para el docente, el alumnado, el sistema educativo en que está integrado y la sociedad.¹⁰⁰ Dentro del contexto de la formación basada en competencias y en el marco de la convergencia europea, cobra especial relevancia como aspecto que debe replantearse en la metodología de los nuevos planes de estudios.

1.2.5. La Evaluación

Según el Diccionario de Real Academia Española (RAE) Evaluar es señalar el valor de algo. Estimar, apreciar, calcular el valor de algo. Estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos.

Dar una nota es evaluar, hacer una prueba es evaluar, el registro de las notas se denomina evaluación. Al mismo tiempo varios significados son atribuidos al término: análisis de desempeño, valoración de resultados, medida de capacidad, apreciación del ~~“~~todo” del alumno.¹⁰¹

1.2.5.1. Conceptos Generales sobre Evaluación Educativa

En el vocabulario de evaluación educativa de Santiago Castillo ^{102; 103} aparecen diferentes definiciones para el término evaluación que se recogen en la tabla siguiente:

(Tyler, 1950)	<i>Proceso que tiene por objeto determinar en qué medida se han logrado unos objetivos previamente establecidos, lo cual supone un juicio de valor sobre la programación recogida, que se emite al contrastar esa formación con los objetivos previamente establecidos</i>
(Stcker, 1964)	<i>Actividad metodológica que consiste simplemente en la recopilación y combinación de datos de trabajo, con una serie de metas que dan como resultado escalas comparativas o numéricas, y en la justificación de los instrumentos de recopilación de datos, las valoraciones y la selección de metas</i>
(Scriven, 1967)	<i>Necesidad de valorar el objeto evaluado. Integra la validez y el mérito de lo que se realiza o de lo que se ha conseguido, para decidir si conviene o no continuar con el programa emprendido</i>
(Castillejo, 1983)	<i>Recopilación de información rigurosa y sistemática para obtener datos válidos y fiables acerca de una situación, con objeto de formar y emitir un juicio de valor respecto a ella. Estas valoraciones permitirán tomar las decisiones consecuentes para corregir o mejorar la situación evaluada</i>
(Pérez, 1985)	<i>Proceso de recopilación y provisión de evidencias sobre el funcionamiento y la evolución de la vida en el aula, y con base en ella se toman decisiones sobre la posibilidad, la efectividad y el valor educativo del currículum. Más que medir la evaluación implica entender y valorar</i>
(Soler, 1988)	<i>Medición de los aprendizajes. Nos permite conocer los errores y los aciertos de la enseñanza y, consecuentemente, mejorarla.</i>
(Rosales, 1990)	<i>Una función característica del profesor, que consiste básicamente en una actividad de reflexión sobre la enseñanza</i>
(Tenbrink, 1991)	<i>Proceso de obtención de información y de su uso para formular juicios que, a la vez, se utilizarán para tomar decisiones</i>
(Verdugo, 1994).	<i>Recopilación sistemática de información y articulación de un modelo de funcionamiento personal teórico, en función de los datos recabados. Incluye tanto procedimientos experimentales como no experimentales, así como procedimientos cuantitativos y no cuantitativos.</i>

<i>(De Ketele y Roegiers, 1995)</i>	<i>Procedimiento que consiste en delimitar, proporcionar y obtener la información útil para juzgar decisiones posibles</i>
<i>(Escamilla y Llanos, 1995)</i>	<i>Proceso caracterizado por los principios de continuidad, sistematicidad, flexibilidad y participación de todos los sectores implicados en él. Se orienta a valorar la evolución de los procesos de desarrollo de los alumnos y a tomar, en consecuencia, las decisiones necesarias para perfeccionar el diseño y el desarrollo de la programación con el propósito de mejorar la calidad educativa</i>
<i>(Medina, Cardona, Castillo y Domínguez, 1998)</i>	<i>Proceso y resultado de la recopilación de información sobre un alumno o un grupo de clase, con la finalidad de tomar decisiones que afecten las situaciones de enseñanza.</i>
<i>(Pimienta, 2008)</i>	<i>Proceso sistemático de recopilación de información (cuantitativa y/o cualitativa) para enjuiciar el valor o mérito de algún ámbito de la educación (aprendizajes, docencia, programas instituciones, sistemas nacionales d educación), previa comparación con unas normas o criterios determinados con anterioridad y que responden a instancias de referencia específicas.</i>

Tabla 6. Definiciones para el término evaluación según Santiago Castillo

La evaluación, por lo tanto, implica un proceso sistemático y riguroso con el objetivo de recopilar datos, interpretarlos, realizar una valoración de los mismos con el fin de establecer mejoras.

Centrándonos en la evaluación de los aprendizajes en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior, dicha evaluación supone evaluar las competencias que se hayan establecido previamente en los planes de estudios conducentes a un determinado título.

1.2.5.2. Modelos de Evaluación Educativa:

Pimienta Prieto hace una breve descripción de los siete modelos clásicos de evaluación educativa así como del modelo sistémico el doctor Arturo de la Orden Hoz por su relevancia en la actualidad. Los siete enfoques son: Tyleriano, Científico, de Suchman, Orientado a la planeación, de Cronbach, CIPP, de Stufflebeam, Centrado en el cliente, Iluminativo y holístico, de Stake, Hamilton, Parlett y McDonald y el Orientado hacia el consumidor, de Scriven.

Estos modelos surgieron a partir de la época de la profesionalización ⁽¹⁾

El modelo Tyleriano llamado también modelo orientado hacia los objetivos y constituye el primer modelo sistemático de evaluación educacional. Haciendo un examen objetivo, siete décadas después de su nacimiento aún permanece en la educación, por lo que se quedaron cortos quienes pronosticaron la vigencia de Tyler unos cuantos años más después de 1945. Antes de él, evaluación y valoración eran casi lo mismo. Ahora se entiende que lo primero es un proceso profundo y lo segundo es tan solo emitir opiniones que en muchas ocasiones no se encuentran fundamentadas con argumentos sólidos. Las etapas del modelo se presentan en la figura 9.



Figura 9. Modelo Tyleriano. (Fuente Pimienta, 2008)

Edwuar A. Suchman, científico-investigador, diseñó el **Modelo de Suchman**. Consideraba que las conclusiones de la evaluación deberían basarse en evidencias científicas, por lo que la evaluación tenía que contar con la lógica del método científico. Es importante la

⁽¹⁾ Para profundizar más en estos modelos se puede consultar el libro de Stufflebeam y Shinkiel: *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós. 1987.

distinción que realiza a cerca de los conceptos de evaluación e investigación evaluativa: el primero está dirigido a emitir un juicio, mientras que el segundo está dirigido a asegurar el valor. Suchman planteaba que la evaluación debería partir y regresar a la formación del valor, considerando a este como cualquier aspecto del objeto evaluado que tuviera un interés particular (ser bueno, malo, deseable, indeseable). Una precondition de cualquier evaluación, según este autor, es la presencia de alguna actividad sustentada en objetivos que tengan algún valor, y así se entiende por qué parte y regresa al mismo punto.

El recorrido cíclico que propone se esquematiza en la figura 10.

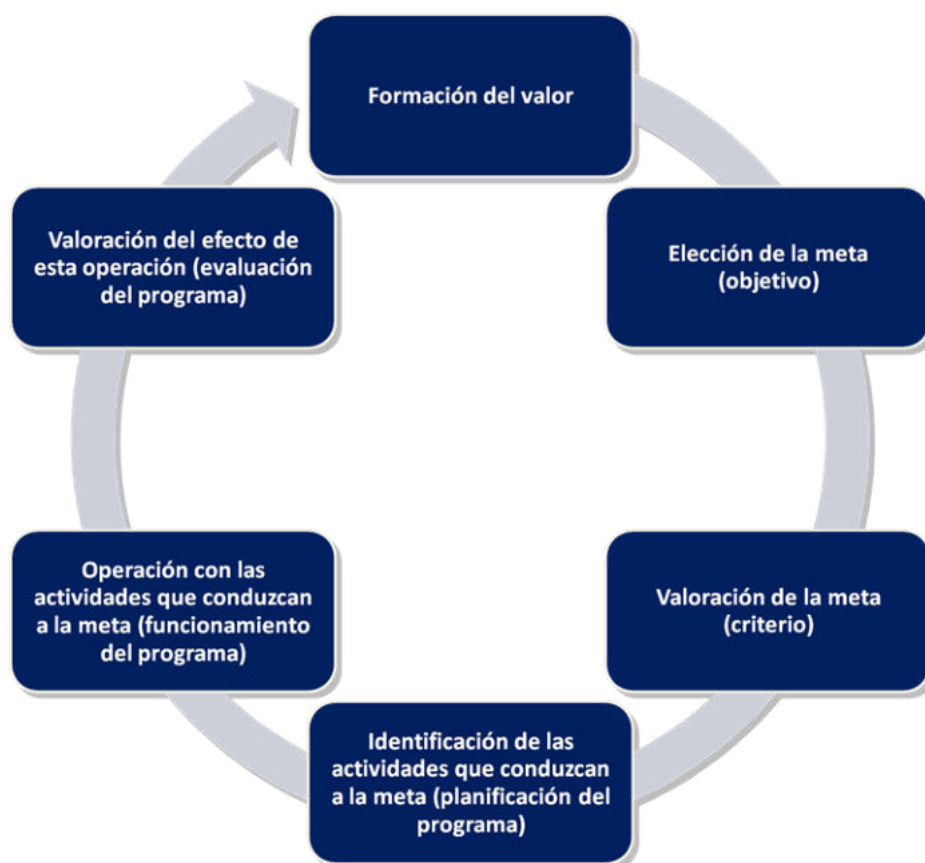


Figura 10. Modelo científico (Fuente Pimienta, 2008)

Lee J. Cronbach promovió el **Modelo orientado a la planificación de Cronbach**, modelo que otorgaba importancia al contexto en la planificación de las evaluaciones educativas.

No consideró necesaria la separación entre los paradigmas cuantitativos y cualitativos porque creía que lo más relevante es una adecuada planificación del proceso.

Los conceptos que consideraba necesarios e cualquier planeación evaluativa son: Unidades (U), consideradas como cualquier individuo o grupo; Tratamientos (T) a los que se expondrán las unidades y operaciones (O), referidas a la observación anterior, durante y posterior a la exposición de las unidades a los tratamientos específicos.

Para Cronbach fue relevante la intensa comunicación que debe existir entre los interesados en la evaluación y quienes la realizan, pues mucha de la información se pierde entre la recolección y la elaboración del informe evaluativo final.

En este modelo se concede mucha importancia a dos fases de la planificación de la evaluación, una destinada a las potenciales cuestiones a evaluar, y otra a la adecuada distribución del trabajo evaluativo.

El Modelo CIPP, de Stufflebeam tiene la relevancia de su orientación hacia el perfeccionamiento (proceso), es decir, la razón de ser de la evaluación es contribuir claramente a mejorar el “objeto” evaluado, incidiendo, como habría de esperarse, en la toma de decisiones. Tal como se observa en la figura 10 este modelo vuelve a conceptualizar la evaluación a un grado tal que muchos de los enfoques actuales, de un u otra forma, se encuentran relacionados con aquél.

Los componentes del modelo CIPP son contexto, entrada, proceso y producto, que están presentes en algunos de los actuales modelos de calidad como el modelo europeo de gestión de la calidad. Además, es destacable la importancia que Stufflebeam asigna a la metaevaluación, al comentar la evaluación al propio proceso evaluativo utilizando las normas de *The Joint Committee* (Utilidad, viabilidad, exactitud y validez)

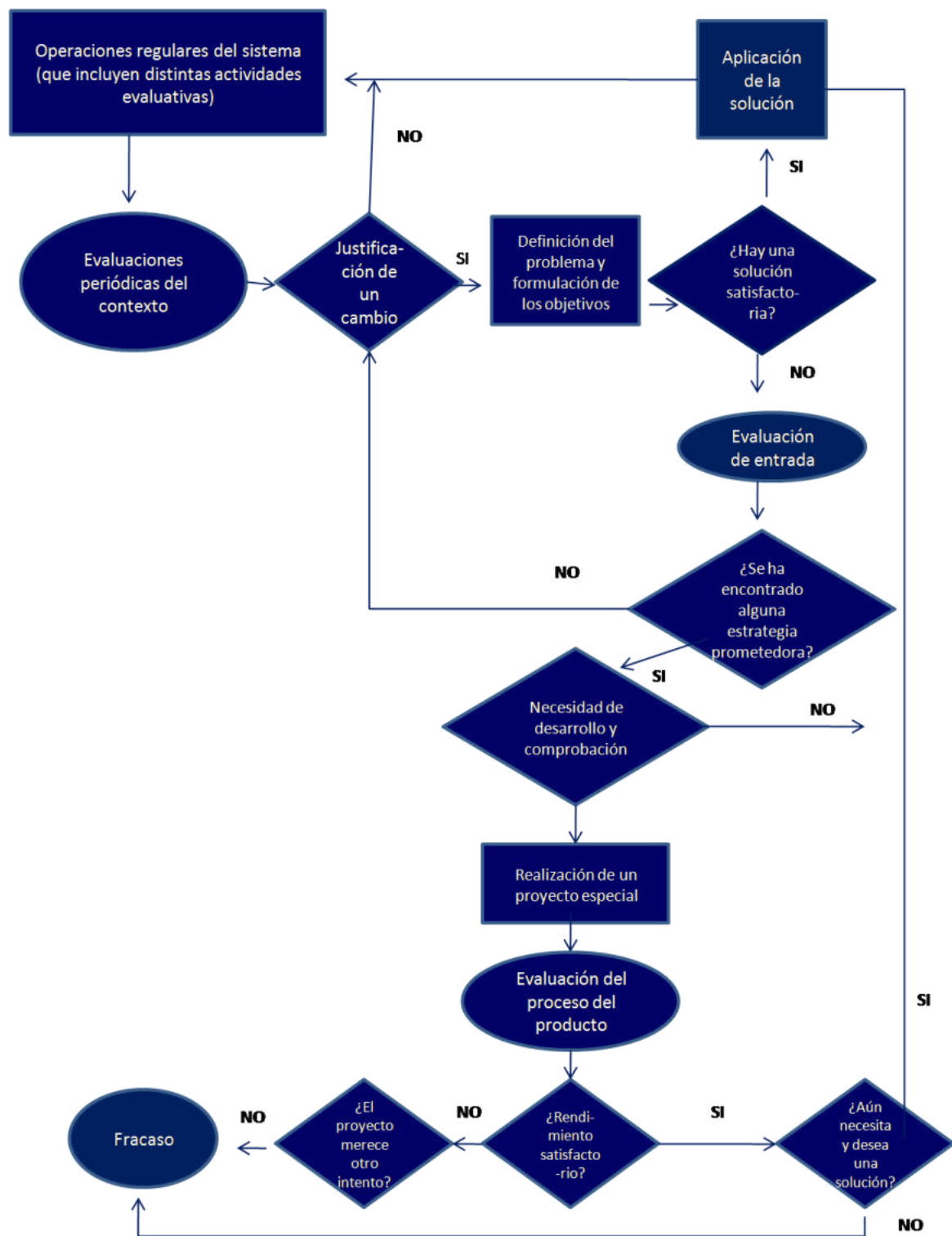


Figura 11. El Modelo CIPP, de Stufflebeam (Fuente Pimienta, 2008)

Robert Stake es líder de la llamada nueva escuela de evaluación educativa, considerada plurista, flexible, holística, subjetiva y orientada hacia el servicio, **Modelo centrado en el cliente, de Stake**. Indudablemente su versión ampliada de “evaluación respondiente” ha contribuido de manera decisiva con el desarrollo de los conceptos relativos a la evaluación.

Los aspectos fundamentales atribuidos a la concepción evaluativa de Stake son: las evaluaciones tienen que ayudar a las audiencias a observar y a mejorar lo que están haciendo, los evaluadores deben escribir programas en relación tanto con los antecedentes y las operaciones como con los resultados, los efectos secundarios y logros accidentales deberían ser tan estudiados como los resultados buscados, los evaluadores tienen que evitar la presentación de conclusiones finales resumidas, pero en su lugar necesitan recopilar, analizar y reflejar juicios de una amplia gama de gente interesada en el objeto de evaluación. Los experimentos y los test regularizados a menudo resultan inadecuados o insuficientes para satisfacer los propósitos de una evaluación, y frecuentemente deben sustituirse o completarse con una variedad de métodos.

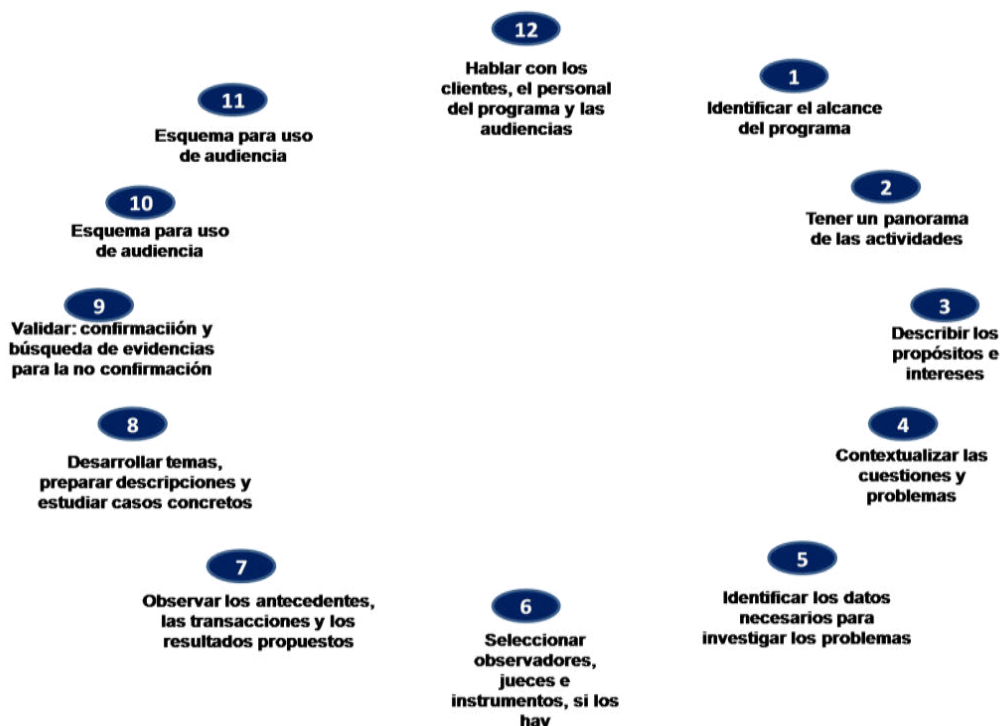


Figura 12. Modelo centrado en el cliente. (Fuente Pimienta, 2008)

La evaluación en el **Modelo iluminativo y holístico** aparece vinculada al paradigma antropológico cualitativo, y pretende explicar holísticamente el programa evaluado (entendiendo que también puede tratarse como intervención) como un todo utilizando más la descripción que los números. Desde este punto de vista, resulta innovador y en su conformación participaron varios investigadores: Stake, Hamilton, Parlett y McDonald, quienes, en una conferencia en 1972, se propusieron investigar modelos no tradicionales de valuación del currículum.

Las metas planteadas por la evaluación iluminativa son las siguientes según Stufflebeam y Shinkfiel, son las siguientes: estudiar el programa innovador (como opera, como influye en las distintas situaciones donde se aplica, sus ventajas y desventajas, y cómo se ven afectadas las tareas intelectuales y las experiencias académicas de los estudiantes) y descubrir y documentar qué significa participar en el esquema, ya sea como profesor o como alumno, así como discernir y comentar las características más significativas en la innovación, las concomitancias recurrentes y los procesos críticos.

Se plantean además tres etapas de la evaluación iluminativa: la primera, observación, en la que se indaga acerca de las variables que podrían afectar el resultado del programa o la innovación; la segunda, investigación, consistente en listar sistemática y exhaustivamente los aspectos más importantes del programa en su contexto y la tercera: explicación, se exponen los principios generales subyacentes a la organización del programa y se delinear los modelos causa-efecto en sus operaciones.

Como se puede observar, este es un modelo meramente cualitativo y, por ende, al final busca explicar, utilizando para ello técnicas clásicas para la tarea: observación, entrevistas, análisis de fuentes documentales, etc.

Modelo centrado en el consumidor. De Michael Scriven

Las unciones de la evaluación tan comentadas actualmente evaluación sumativa evaluación formativa aportaciones de Michael Scriven ¹⁰⁴. Este filósofo-científico ha contribuido ampliamente a considerar la evaluación como una profesión. Su modelo también se conoce como el método formativo-sumativo.

Scriven ha sido un agudo crítico de ideologías evaluativas que se centra en alcanzar los objetivos de los participantes, en vez de satisfacer las necesidades de los consumidores. Stufflebeam y Shinkfiel vieron este modelo como orientado hacia el consumidor, para detonar la orientación filosófica de Scriven.

La evaluación formativa se refiere a la contribución que realiza el evaluador para perfeccionar los procesos; mientras que la evaluación sumativa contribuye a tomar decisiones una vez que concluye el proceso; es decir, una se dirige a la mejora de los procesos y otra a enjuiciar el resultado final.

Gracias a su interés por evaluar los instrumentos de la evaluación, Scriven también introdujo el concepto de metaevaluación.

Este investigador propone un listado de indicadores, que reflejan su concepción multidimensional de la evaluación educativa.

Cuando se habla de evaluación, es muy conocido el trabajo del doctor Arturo de la Orden Hoz, experto en evaluación educativa por la Universidad Complutense de Madrid. De la Orden ha desarrollado un modelo que se denomina sistémico (**Modelo sistémico de Arturo de la Orden Hoz**), no porque los demás no lo sean, sino porque en él se aprecia con claridad que el concepto de calidad de la educación se asocia con las relaciones de coherencia entre los distintos componentes de su modelo. Es muy preciso en los conceptos, tanto de evaluación como de evaluación educativa y de calidad de la educación.

En lo referente a la definición de evaluación expresa ¹⁰⁵:

“La evaluación constituye esencialmente un juicio de valor sobre una realidad y, como todo juicio, se apoya en una comparación. Comparación y juicio son, pues, los componentes esenciales de la evaluación, su núcleo conceptual. Como la comparación exige dos términos para evaluar precisamos la determinación de la instancia o el modelo con el cual se ha de comparar la realidad objeto de evaluación, es decir, el patrón o criterio”.

Al trasladar el análisis al contexto educativo refiere:

*“Podemos constatar las implicaciones de la estructura evaluativa en nuestro campo. Para formular un juicio de valor con garantías de objetividad y eficacia es preciso describir con precisión la faceta o el aspecto de la educación a evaluar, que siempre es una realidad compleja y exige, en mucho casos, la utilización de instrumentos y técnicas de recopilación de información y medida muy especializados y de aplicación difícil. Piénsese que puede ser objeto de evaluación cualquier elemento educativo, desde el aprendizaje de los alumnos, la eficacia del profesor, los programas, los métodos, la organización de un departamento, la estructura y funcionamiento de un centro o de un sistema educativo en su conjunto, cualquier tipo de material didáctico, la propia evaluación educativa, etc.”*¹⁰⁵

A la luz de estas ideas, especifica qué se entiende por calidad de la educación que concibe como *“conjunto de relaciones de coherencia entre los componentes de un modelo sistémico de universidad o de plan de estudios universitario conducente a la obtención de un título”*

En la figura 13 Se observa la calidad global considerando tres dimensiones: funcionalidad, eficiencia y eficacia, las cuales expresan las relaciones de coherencia entre los componentes del modelo, como se mencionaba anteriormente.

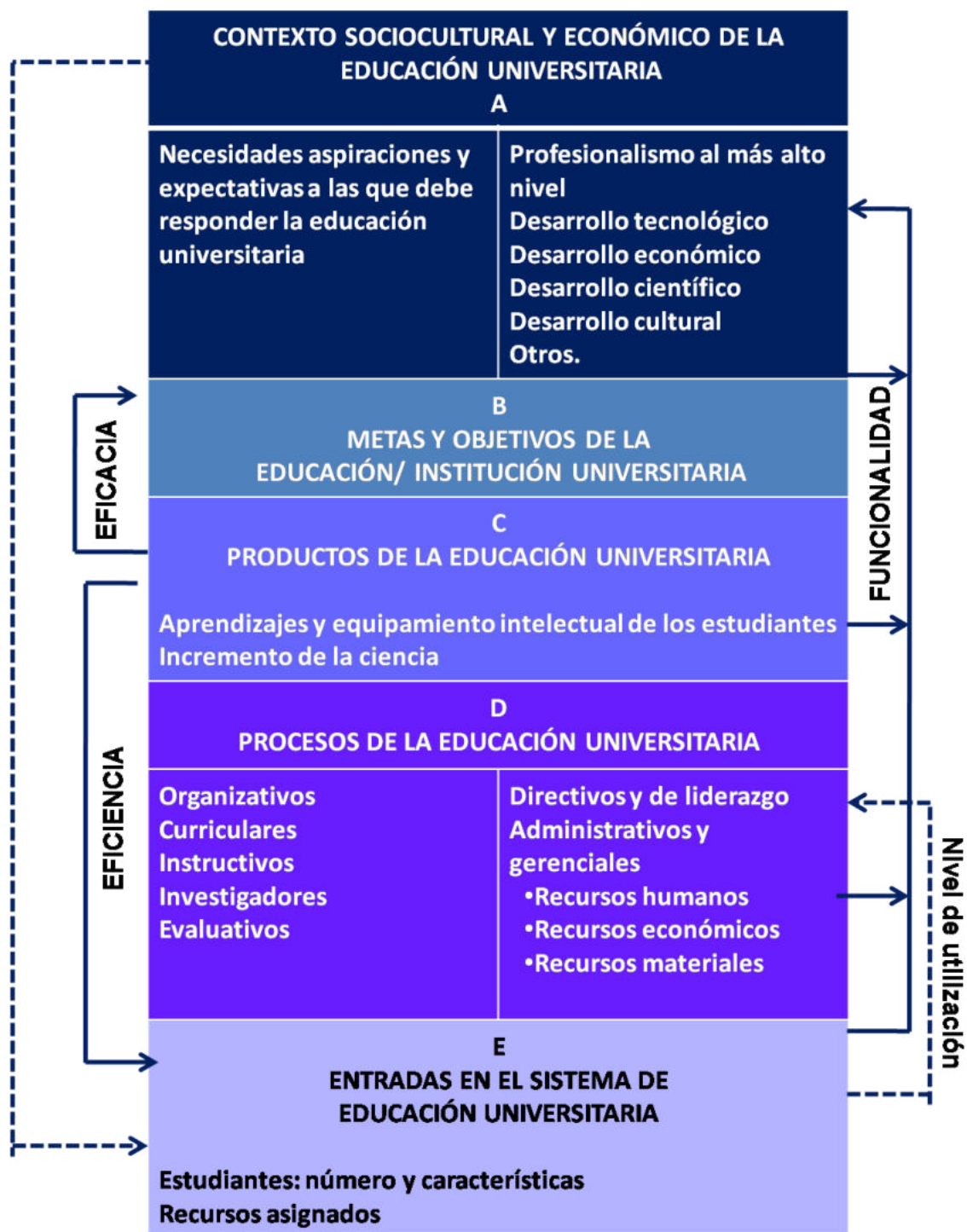


Figura 13. Modelo sistémico (De la Orden, 1997) (Fuente: Pimienta, 2008)

1.2.5.3. Tipos de evaluación según la finalidad

Este apartado pretende dar respuesta a la pregunta sobre ¿Para qué evaluar? Y en función del propósito que se persiga, la evaluación será de un tipo o de otro.

Avolio de Cols y Iacolutti realizan una descripción sobre los diferentes tipos de evaluación según el propósito que se pretenda conseguir.

A grandes rasgos, se puede evaluar para

- a) Diagnosticar, considerándose las experiencias previas, las actitudes y las expectativas de los alumnos al comienzo del proceso de aprendizaje. Proporciona al docente información sobre la existencia y las características de los saberes y capacidades requeridos para determinados.
- b) Introducir ajustes para mejorar la enseñanza y el aprendizaje. Regula o ajusta las acciones para comprender y mejorar los procesos de enseñanza y de aprendizaje.
- c) Comprobar los logros de aprendizaje. Comprueba o constata el logro de las capacidades expresadas en los objetivos del módulo

El propósito de la evaluación diagnóstica es la obtención de información sobre la situación de partida de los sujetos que se consideran necesarios para iniciar con éxito nuevos procesos de aprendizaje.¹⁰⁶

“El diagnóstico es una radiografía que facilitará el aprendizaje significativo y relevante, ya que parte del conocimiento de la situación previa y de las actitudes y expectativas de los alumnos”. Santos Guerra (1993)¹⁰⁷

Los estudiantes de un mismo curso tienen diferencias que pueden ser muy significativas, en cuanto a motivaciones, expectativas, experiencias previas y antecedentes culturales y sociales que pueden influir en el proceso de enseñanza aprendizaje y que se deberían tener en cuenta para no haya ninguno que se quede al margen del mismo.

El aprendizaje implica un cambio que se produce en el tiempo, el cual tiene distintas características. De ahí la importancia de la evaluación del punto de partida, para apreciar en qué medida se ha producido un cambio determinado.

“Es a partir de la transformación de esos saberes contextualizados –concretos– en saberes transferibles a otros contextos –abstractos–, la manera en que se produce el verdadero aprender a aprender, y cómo se alcanza una de las principales metas de la educación: aprender a pensar, a hacer y a crear con autonomía e independencia crecientes, no sólo de los tutores-maestros sino también, y fundamentalmente, de las situaciones en las que el aprendizaje tuvo lugar”.¹⁰⁸

El momento de la realización de la evaluación diagnóstica también es importante considerarlo. En el caso, por ejemplo, de competencias relacionadas con las prácticas externas, puede ser un buen momento para realizar esta primera evaluación durante el primer contacto que los estudiantes tengan con el ámbito profesional (prácticas externas). Otro tipo de competencias y capacidades pueden evaluarse en el momento de la matriculación, en el primer contacto que el profesor tenga con los estudiantes o en el momento que se considere necesario.

Por último señalar que la evaluación diagnóstica no debiera terminar en sí misma; es imprescindible darle continuidad a través del desarrollo de los procesos formativos con el propósito de recoger evidencias, analizarlas, interpretarlas y tomar decisiones que contribuyan al mejoramiento de la enseñanza y del aprendizaje.

La evaluación de los procesos de aprendizaje¹⁰⁶ suele identificarse frecuentemente con la denominada *“evaluación formativa”*, expresión utilizada por primera vez por Scriven en 1967, y cuyo propósito se vincula con el mejoramiento de la enseñanza y del aprendizaje. La función de este tipo de evaluación es la de brindar información sobre los cambios que se producen -y los que se deberían introducir- para que el aprendizaje sea significativo. En este tipo de evaluación se pueden detectar las fortalezas y las debilidades existentes, con el propósito de efectuar ajustes que permitan mejorar el aprendizaje y la enseñanza. Estos cambios pueden ser realizados tanto por el docente, para reforzar o reajustar estrategias y actividades según las necesidades que detecta, y/o para ajustar la planificación; como por los estudiantes para mejorar sus procesos de aprendizaje.

Interesa conocer lo que sabe el estudiante, los errores que se producen y lo que se debe corregir. Esta información resulta útil al docente para mejorar la tarea pero también le sirve al estudiante pues le ayuda a reflexionar sobre sus propios aprendizajes e intervienen en la

autorregulación del proceso. En palabras de Nunziati (1990), *“Si el estudiante es quien, en último término, construye el conocimiento, la auténtica corrección de los errores sólo puede llevarla a cabo él”*.

En este sentido, la evaluación se convierte en una herramienta pedagógica para su propia formación. Esta evaluación cumple una función reguladora, pues permite: Ajustar las acciones en relación con el objetivo establecido, trabajar con los errores y tomar decisiones para que se logren aprendizajes significativos.

Camilloni (2005) señala en relación a la evaluación formativa que:

“..Se concibe como una actividad integrada en la secuencia de actividades de un curso, que cumple importantes funciones en lo relativo a la adaptación de la enseñanza a las características de cada sujeto, sin que se modifiquen los objetivos propios del curso; da la posibilidad de adaptar los niveles de desempeño a las posibilidades reales del alumno”.

Tiene una función reguladora, dado que permite ajustar las acciones de acuerdo con un objetivo establecido. A esta característica, Jorba y Sanmartí (1993) le añaden la importancia de trabajar con los errores y además, con procedimientos para promover aprendizajes significativos.

La evaluación de los aprendizajes, o evaluación formativa, tiene una serie de ventajas como son: Posibilitar reflexionar sobre lo que se hace, ayudar a comprender lo que sucede, a detectar dificultades y a descubrir los posibles motivos, permitir tomar decisiones vinculadas con el mejoramiento, promover el diálogo y la participación, corregir errores, intensificar el esfuerzo en lo esencial, aprender cosas nuevas, obtener mayor coherencia en el trabajo de equipo, ayudar al perfeccionamiento de los docentes, y contribuir a que los alumnos sean más autónomos.

Por otro lado, conviene mencionar que este tipo de evaluación tiene que planificarse, requiere el uso de diversas técnicas e instrumentos, necesita contar con información muy detallada, requiere procesos de autoevaluación grupal, considera el error como herramienta para el aprendizaje y exige un clima relacional basado en la confianza, la seguridad, el respeto y la aceptación entre las personas.

La evaluación de los resultados, o evaluación final¹⁰⁶, es aquella que se realiza para comprobar los aprendizajes o las capacidades desarrollados por el alumno al concluir un período completo y autosuficiente, ya se trate de un módulo, un curso, una materia, una etapa o un ciclo.

Además puede servir como evaluación diagnóstica en el caso de tratarse de un módulo que va seguido de otro, por ejemplo.

La información obtenida de este tipo de evaluación puede servir como base para decidir si un estudiante aprueba un módulo, curso o estudio determinado y para otorgarle un certificado que acredite el término de esa etapa.

En el diseño de los nuevos planes de estudios para su adaptación al espacio europeo de educación superior, se introduce un elemento que es el trabajo fin de grado, que deberá realizarse en la fase final de dicho plan de estudio y que estará orientado a evaluar las competencias asociadas al título ¹

Realmente, si el proceso evaluativo se lleva a cabo íntegramente, la evaluación final o evaluación de resultados debería recoger y sistematizar además la información correspondiente a la evaluación diagnóstica y evaluación formativa.

Este tipo de evaluación permite comprobar en qué medida los estudiantes han logrado los aprendizajes; en el contexto de la educación superior dentro del espacio europeo, en qué medida han adquirido las competencias establecidas, por ejemplo, al finalizar una determinada titulación. Además, permite conocer cuáles son los niveles alcanzados en el desarrollo de esas competencias y posibilita la reflexión acerca de las principales dificultades que hayan surgido en relación con la consecución de dichos aprendizajes.

1.2.6. La Evaluación de competencias en el marco del EEES

El proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) implica, como se ha visto al comienzo de este capítulo, un cambio en la concepción pedagógica, en el sentido de que se pasa de un modelo de enseñanza-aprendizaje enfocado hacia la enseñanza a un modelo enfocado hacia el aprendizaje basado en el trabajo del estudiante y

en el establecimiento de las condiciones idóneas a fin de que se puedan conseguir y dominar con éxito los objetivos propuestos. En el Comunicado de Berlín (2003), los ministros europeos animaban a que todos los países europeos describieran las calificaciones de sus sistemas de educación superior en términos de resultados de aprendizaje, competencias y perfil.

En los últimos diez años se han producido un conjunto muy importante de cambios en la misma naturaleza de la evaluación de los aprendizajes que están afectando al pensamiento actual con respecto al binomio enseñanza-aprendizaje y el papel de la evaluación. Posiblemente, el cambio más profundo se ha producido con referencia a la naturaleza de los aprendizajes. La calidad de un aprendizaje ya no se basa exclusivamente en el hecho de conocer más sobre un dominio concreto, sino en nuestra capacidad de utilizar de forma holística nuestros conocimientos, habilidades y actitudes con el fin de aplicarlos de manera activa y eficiente sobre tareas específicas. Con todo eso nos referimos al proceso conocido como desarrollo competencial y el problema radica en el enfoque de los procesos de evaluación sobre este nuevo tipo de aprendizaje.

En cuanto a la nueva lógica que orienta los procesos evaluadores, en la última década se descubre el enorme potencial de la evaluación como herramienta para gestionar los aprendizajes y garantizar la calidad de los mismos. Se establece definitivamente la importancia de asociar los procesos evaluadores a los de desarrollo y potenciación de nuestra capacidad para aprender.

Además, hay que señalar que la evaluación de las competencias alcanzadas por el estudiante no solo tiene que verse desde el punto de vista de la evaluación de los resultados individuales del aprendizaje, sino desde el punto de vista institucional, es decir, la calidad de una institución está asociada al grado en el que consigue que sus graduados sean competentes en aquello descrito en el perfil de formación.

Antes de continuar, puede ser útil diferenciar las competencias de otros conceptos vinculados al proceso de enseñanza y aprendizaje con los que conviven, como los objetivos o los resultados de aprendizaje:

- a) **Objetivos:** Son afirmaciones relativas a la docencia, redactadas desde el punto de vista de aquello que intentará cubrir el profesorado con un determinado bloque de

aprendizaje (módulo, materia, asignatura, etc.). Están escritos desde el punto de vista del profesor. Pueden incluir conocimientos y habilidades de manera aislada.

- b) **Resultados de Aprendizaje:** Son afirmaciones sobre las que se espera que un estudiante pueda conocer, comprender y ser capaz de demostrar después de haber completado un proceso de aprendizaje (módulo, asignatura, materia, curso, etc.). Se centran en lo que el estudiante ha alcanzado en vez de en cuáles son las intenciones del profesor. Se centran en aquello que puede demostrar el estudiante al finalizar la actividad de aprendizaje. Pueden incluir conocimientos y habilidades aisladamente. De la misma manera que los objetivos, se pueden describir al finalizar cualquier unidad (módulo, asignatura, etc.).
- c) **Competencias:** Implican el uso integrado de conocimientos, habilidades y actitudes en la acción. Por su naturaleza, sólo se podrán alcanzar estadios finales del proceso educativo (practicum, trabajo final de carrera, etc.).

Los objetivos de aprendizaje y los resultados de aprendizaje pueden considerarse como dos caras de una misma moneda, pero mientras que los objetivos no son observables, los resultados identifican acciones del estudiante que permiten evaluarlos.

La redacción de un resultado de aprendizaje no difiere de la redacción de las competencias. Ambas redacciones requieren el uso de un verbo que identifica una acción que tiene que desarrollar y ser capaz de hacer al estudiante y, por lo tanto, se tiene que poder visualizar y evaluar. Puesto que las competencias se demuestran en la acción, el contexto donde se manifiesta es un elemento clave en su adecuación. De esta forma, competencias en diferentes contextos requieren diferentes combinaciones de conocimientos, habilidades y actitudes. Por ejemplo, el liderazgo de un cirujano es diferente del liderazgo que necesita un entrenador de baloncesto.³⁵

1.2.6.1. Principales características de la evaluación de competencias en la Educación Superior

Existen varios motivos, según Cano (2008)¹⁰⁹ para utilizar el enfoque de competencias en la evaluación. En primer lugar hace referencia a la sociedad del conocimiento en la cada vez es más y más la información disponible y que sería imposible de manejar. Habla de la

–intoxicación” que se puede llegar a tener con toda esta información. Por eso, más importante saber manejar esa información, es *“buscar la información pertinente a cada momento, ser capaz de seleccionarla (de entre un abanico vastísimo de posibilidades), ser capaz de procesarla, tratarla, interpretarla y apropiarse de ella para generar el conocimiento necesario que nos permita resolver las situaciones que se nos presenten.”*

En segundo lugar, afirma que las competencias suponen una clara apuesta para integrar el conocimiento y no fragmentarlo, a fin de dar respuesta a la complejidad que conlleva el cambio acelerado del saber y por último hace referencia a la necesidad de una formación integral que permita a las personas enfrentarse a la sociedad.

En este sentido, los diseños por competencias hacen que las personas puedan desarrollar capacidades amplias que les permitan aprender a aprender y a desaprender para poder desenvolverse en las diferentes situaciones que, a lo largo de la vida, se le va a presentar. En un mismo puesto de trabajo aparecerán situaciones parecidas pero con peculiaridades que hagan necesaria la movilización de competencias diferentes, eso sin contar con que probablemente no se pase toda la vida desempeñando el mismo puesto de trabajo y entonces es necesario ser capaz de crear la propia competencia.

Antes de seguir hablando de la evaluación de competencias, creemos conveniente hacer referencia a unos conceptos previos sobre la evaluación en la educación superior.

Cano¹⁰⁹ realiza las siguientes consideraciones previas a la evaluación de competencias en la Educación superior: la evaluación es efecto pero a la vez es causa de los aprendizajes, no puede limitarse a la calificación (sino que ésta es un subconjunto de la evaluación), no puede centrarse en el recuerdo y la repetición de información (sino que se deben de evaluar habilidades cognitivas de orden superior) y que no puede limitarse a pruebas de *–lápiz y papel*”, sino que se requieren instrumentos complejos y variados. La evaluación debe constituir una oportunidad de aprendizaje y utilizarse no para adivinar o seleccionar a quien posee ciertas competencias, sino para promoverlas en todos los estudiantes. Evaluar por competencias obliga a utilizar una diversidad de instrumentos y a implicar a diferentes agentes. Tenemos que tomar muestras de las ejecuciones de los alumnos y utilizar la observación como estrategia de recogida de información sistemática sobre la progresión en

el desarrollo de la competencia y sugerir caminos de mejora. La evaluación ha de ser coherente con el resto de elementos del diseño formativo, ha de hallarse integrada en el mismo. Por ello las Experiencias metodológicas más coherentes con los diseños por competencias, como son las simulaciones, los proyectos, etc. que llevan asociadas actividades evaluativas muy relevantes para la evaluación por competencias y ha de hacer más conscientes a los estudiantes de cuál es su nivel de competencias, de cómo resuelven las tareas y de qué puntos fuertes deben potenciar y qué puntos débiles deben corregir para enfrentarse a situaciones de aprendizaje futuras.

Por su parte, Mario de Miguel (2010)⁴ afirma que *“si en todo este sistema de Bolonia no cambiamos el sistema de evaluación, no dejamos de hacer lo mismo”* y que *“la evaluación de los alumnos en la educación superior debe realizarse sobre los procesos realizados, sobre los resultados de aprendizaje y sobre los sistemas de aseguramiento y garantía de los procesos y de los resultados, bien de manera separada o conjuntamente”*

Según este mismo autor:

“...la evaluación se entiende como una fase del proceso didáctico, como una estrategia orientada a comprobar si se han alcanzado los objetivos previstos en la planificación, formulados generalmente en términos de resultados de aprendizaje de los alumnos...”

“... esta nueva función de la evaluación no sólo conlleva replantear los procedimientos e instrumentos metodológicos a utilizar sino también replantear los procedimientos del propio proceso evaluativo con el fin de actuar sobre los factores personales e institucionales que determinan los aprendizajes y condicionan la calidad y eficacia de los mismos”

En su intervención, De Miguel menciona unos principios a modo de decálogo a fin de que los docentes puedan diseñar y gestionar los procesos de evaluación:

- a) Determinar el tipo de competencias que serán objeto de evaluación. Efectuar una planificación del proceso de desarrollo competencial.
- b) Efectuar una planificación del proceso de desarrollo competencial.
- c) Seleccionar las actividades oportunas para evaluar las competencias.

- d)** Planificar cada actividad evaluativa como experiencia de aprendizaje.
- e)** Concretar los resultados de aprendizaje esperados.
- f)** Seleccionar procedimientos en función de las evidencias necesarias.
- g)** Utilizar instrumentos que promuevan la autoevaluación.
- h)** Establecer los estándares de ejecución y los criterios de calificación.
- i)** Realizar proceso de metaevaluación; evaluar las evaluaciones
- j)** Establecer sistemas que garanticen la calidad de las evaluaciones.

Para este autor, lo importante es promover una evaluación holística centrada sobre las competencias y orientada a comprobar lo que los alumnos son capaces de hacer al final de un proceso educativo concreto y la evaluación del desempeño constituye el enfoque metodológico apropiado para evaluar las competencias ya que permite obtener evidencias sobre el nivel y rigor que los sujetos manifiestan en la ejecución de las actividades evaluativas propuestas. Ahora bien, esto exige determinar previamente los niveles de dominio e indicadores que vamos a utilizar para valorar los resultados de aprendizaje que el sujeto manifiesta a través de las ejecuciones de las actividades propuestas.”

En el trabajo realizado por De Miguel en el 2006 sobre modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias ⁶³, describe el modelo de Enseñanza-aprendizaje que se ha comentado anteriormente y como componente de este modelo hace referencia a la evaluación y sistemas de evaluación relacionándolos con las modalidades y métodos de aprendizaje.

En este trabajo, se presenta una diferenciación de las características de la evaluación tradicional y la evaluación centrada en competencias que se pasa a describir:

<i>EVALUACIÓN TRADICIONAL</i>	<i>EVALUACIÓN CENTRADA EN COMPETENCIAS</i>
<i>Evaluación limitada</i>	<i>Evaluación auténtica</i>
<i>Evaluación referida a la norma</i>	<i>Evaluación referida al criterio</i>
<i>Evaluación final y sumativa</i>	<i>Evaluación continua y formativa</i>
<i>Evaluación mediante un único procedimiento y estrategia</i>	<i>Mestizaje en estrategias y procedimientos evaluativos</i>

Tabla 7. “Elementos diferenciales entre la evaluación tradicional y la evaluación centrada en competencias” (Mario de Miguel, 2006)⁶³

La evaluación auténtica

Evaluar el desarrollo de competencias implica valorar de una forma integrada todos sus componentes, algo que se opone a una visión analítica y aditiva donde cada uno de ellos sería evaluado por separado.

En la evaluación tradicional se ha hecho especial énfasis en los conocimientos mientras que la evaluación de las destrezas o procedimientos solía ser incompleta y/o sin correlato aparente con el desempeño profesional.

El propio concepto de competencias se enraíza precisamente en la necesaria pertinencia entre la formación académica y el desempeño laboral de los titulados.

Desde la perspectiva de los empleadores o de la sociedad en general, se espera que los trabajadores sean bastante más que meros especialistas (con conocimientos) en una o varias materias. Los empleadores también esperan de sus trabajadores, y a veces principalmente, que sean capaces de trabajar juntos, liderar un grupo, comunicarse, pensar creativamente, comprometerse socialmente, automotivarse, etc. Por lo tanto, desearían que las calificaciones que figuran en el expediente académico del titulado reflejaran su nivel de logro en todos estos aspectos de manera integrada.

La evaluación por lo tanto no puede ser un acto casual, marginal o parcial sino un acto planificado, integral y pertinente a las competencias a alcanzar, a las demandas que plantea el desempeño profesional.

Este es precisamente el foco de atención de lo que ha venido denominándose el movimiento de la evaluación auténtica o "authentic assessment" que ha tenido fuerte empuje en el ámbito norteamericano. La evaluación auténtica presenta al alumno tareas o desafíos de la vida real para cuya resolución debe desplegar un conjunto integrado de conocimientos, destrezas y actitudes. Esta evaluación es más holística que analítica al evitar presentar tareas que requieran el desempeño de una única habilidad, conocimiento o actitud. Es también pertinente al desempeño profesional al plantear al alumno desafíos que, siquiera virtualmente, sean reales y relevantes en el mundo laboral.

La evaluación referida al Criterio

La evaluación tradicional suele tener un enfoque selectivo y a posteriori donde la calificación puede definirse más por comparación con el nivel medio alcanzado por el grupo -la norma- que con los niveles de competencia que, a priori, se han definido como bajos, medios o altos criterio o niveles-.

En la programación tradicional los objetivos podían orientar los sistemas y contenidos de la evaluación pero raramente llegaban a precisarse los "niveles" de logro de cada uno de los objetivos que podían considerarse como idóneos. En ausencia de este referente, las calificaciones del alumno estaban muy influidas intencionadamente o no por el rendimiento de sus compañeros.

En una evaluación alineada con las competencias resulta necesario ir más allá de la pura definición de estas competencias estableciendo para cada una de ellas o para cada conglomerado de competencias los niveles de logro o desempeño que se consideran adecuados. Es decir, es preciso definir los criterios y niveles y serán estos referentes los que orienten la calificación o evaluación del alumno. Resulta por lo tanto un planteamiento mucho más exigente y ambicioso que requerirá un mayor esfuerzo en la planificación y diseño de la materia por parte del profesor.

Apoderamiento de la evaluación por parte de los alumnos

En la evaluación tradicional el profesor detenta en exclusiva la función evaluadora legitimando esta apropiación en su preparación y encargo laboral. Es el profesor quien puede definir los procedimientos y contenidos de la evaluación así como emitir juicios de valor sobre el desempeño de los alumnos en los protocolos de exámenes.

El nuevo paradigma focalizado en el aprendizaje del alumno implica necesariamente un papel activo y responsable por parte de éste y diluye la distinción entre lo que podemos considerar actividad de aprendizaje y actividad de evaluación. La evaluación sería una actividad imbricada en el propio aprendizaje. El profesor no será el único actor de la evaluación sino un copropietario cogestor de la misma.

La autoevaluación y la evaluación por “pares” cobran importancia bajo este nuevo enfoque. Conseguimos con ello un papel activo del alumno. También conseguimos que se haga responsable de sus logros, se automotive, autorregule y autooriente su aprendizaje.

Colateralmente conseguimos aumentar sustancialmente en calidad y cantidad las actividades evaluativas sin que ello suponga “enterrar” al profesor en una cadena sin fin de protocolos e informes. El profesor puede y debe mantener su función fiscalizadora y final de la evaluación por vocación, garantía social y obligación laboral. Sin embargo, ahora puede delegar en los alumnos una parte importante de las actividades evaluativas conservando las funciones de diseño y planificación de las mismas.

También hay que destacar que existen competencias de orden superior, tanto en conocimientos y destrezas como en actitudes, relativas a la evaluación. En definitiva delegando en los alumnos responsabilidades evaluativas no sólo los hacemos más activos en su aprendizaje sino que también adquieren competencias de auto y heteroevaluación, auto y heterorregulación y auto y heteromotivación muy importantes en el desempeño profesional.

Evaluación continua y formativa

La evaluación tradicional suele tener una orientación marcadamente sumativa y final. La evaluación sumativa tiene como función fundamental el calificar o certificar el nivel del alumno al terminar un determinado período (Morales, 2000). Esta función certificadora y garantista sigue siendo esencial dentro del proceso de enseñanza aprendizaje. Sin embargo, bajo el nuevo paradigma la evaluación debe asumir más funciones, mayor profundidad y mayor cobertura. Las actividades de evaluación sumativas y finales deben complementarse con actividades de evaluación formativas y continuas.

El foco en el aprendizaje del alumno conlleva integrar dentro de este aprendizaje las actividades evaluativas prestando al alumno la necesaria y continua retroalimentación sobre sus logros y dificultades. Asimismo, la evaluación continua a lo largo del curso va orientando al alumno en sus decisiones estratégicas sobre lo que debe aprender y cómo aprenderlo. Tiene también una función motivadora, reforzando un esfuerzo mantenido mediante el logro de sucesivas metas próximas.

La evaluación continua y formativa orienta también al profesor sobre las fortalezas y debilidades de su actuación permitiendo reorientar la enseñanza de manera rápida y eficaz.

Sin embargo, conviene advertir que la implementación de estrategias de evaluación continua y formativa debe ser prudente y realista. Con frecuencia los mejores propósitos de muchos profesores naufragan de manera traumática por prácticas inviables y desubicadas. Este tipo de evaluación no debe llegar a ser la actividad principal ni de profesores ni de alumnos. Debe estar integrada de manera razonable en las propias actividades de enseñanza y aprendizaje y es preciso ser estratégicos en su definición para que esta actividad no requiera ni tiempo ni esfuerzo extraordinario.

En primer lugar, la actividad evaluativa debe implicar aprendizaje haciendo evidente su rentabilidad inmediata. La previa elaboración de protocolos de evaluación es otra de las estrategias más importantes. Que estos protocolos sean autoadministrables o permitan la evaluación por pares es otra inteligente estrategia. La evaluación no debe implicar nunca

enterrar a profesores y alumnos bajo una montaña de papeles ni hacer sentir a los alumnos bajo continuo examen.

1.2.6.2. Modalidades, métodos y procedimientos de evaluación de los aprendizajes. Elementos del proceso enseñanza-aprendizaje.

Según Mario de Miguel ⁶³ La evaluación de los aprendizajes desde el enfoque basado en competencias supone la evaluación de los diferentes componentes de la misma (conocimientos, habilidades, actitudes, valores, etc....) y esto obliga, por lo tanto, a la utilización de diferentes estrategias y procedimientos así como a su combinación.

Por otra parte, dado que en un mismo curso se puede llevar a cabo los diferentes tipos de evaluaciones que se han descrito anteriormente, la evaluación de los aprendizajes debe ser un proceso integral.

Tradicionalmente la evaluación se enfocaba principalmente a una única prueba final, con un único formato o procedimiento evaluativo, habitualmente ensayo o examen tipo test.

Con el nuevo paradigma basado en las competencias se hace imprescindible la combinación de diferentes estrategias, procedimientos y técnicas a utilizar; combinación que Mario de Miguel ⁶³ denomina “Mestizaje”.

La elección de las estrategias y de los procedimientos debe realizarse de manera conjunta dando un sentido holístico e integrado al conjunto de actividades evaluativas.

En lo referente a las estrategias, este autor señala las siguientes y plantea diferentes escenarios que pueden seleccionarse en función de la necesidad:

- a) Evaluación global al final de periodos amplios de formación (por ejemplo, después de los dos primeros cursos).
- b) Evaluación global al final de la titulación (memoria, proyecto, etc.... con equivalencia en créditos, etc.).
- c) Evaluación acumulativa por materias sin evaluación global final ni por periodos amplios.

- d) Evaluación acumulativa por materias con evaluación global final y/o por periodos amplios.

Y en relación a los procedimientos y técnicas evaluativas menciona los siguientes:

- a) Pruebas objetivas (verdadero/falso, elección múltiple, emparejamiento de elementos,...).
- b) Pruebas de respuesta corta.
- c) Pruebas de respuesta larga, de desarrollo.
- d) Pruebas orales (individual, en grupo, presentación de temas-trabajos,...).
- e) Trabajos y proyectos.
- f) Informes/memorias de prácticas.
- g) Pruebas de ejecución de tareas reales y/o simuladas.
- h) Sistemas de Autoevaluación (oral, escrita, individual, en grupo).
- i) Escalas de actitudes (para recoger opiniones, valores, habilidades sociales y directivas, conductas de interacción etc.).
- j) Técnicas de observación (registros, listas de control,...).
- k) Portafolio.

Tal como se ha visto anteriormente, el modelo de Mario de Miguel no considera la evaluación de marea aislada sino como uno de los componentes del proceso de enseñanza aprendizaje en el cual debe basarse toda la planificación.

Este autor diferencia entre Modalidades de enseñanza, métodos de enseñanza y procedimientos de evaluación.

Las modalidades de enseñanza las define como *"Maneras distintas de organizar y llevar a cabo los procesos de enseñanza-aprendizaje"*.

Y las organiza según su finalidad de la siguiente forma:

MODALIDAD DE ENSEÑANZA	FINALIDAD
<i>Clase teórica</i>	<i>Hablar a los Estudiantes</i>
<i>Seminarios-Talleres</i>	<i>Construir conocimiento a través de la interacción y la actividad de los estudiantes</i>
<i>Clases Prácticas</i>	<i>Mostrar a los estudiantes cómo deben actuar</i>
<i>Prácticas Externas</i>	<i>Completar la formación de los alumnos en un contexto profesional</i>
<i>Tutorías</i>	<i>Atención personalizada a los estudiantes</i>
<i>Trabajo en grupo</i>	<i>Hacer que los estudiantes aprendan entre ellos</i>
<i>Trabajo autónomo</i>	<i>Desarrollar la capacidad de autoaprendizaje</i>

Tabla 8. Modalidades de enseñanza en función de su finalidad. (Fuente: Mario de Miguel, 2006)

Los métodos de enseñanza los define como "...forma de proceder que tienen los profesores para desarrollar su actividad docente". Y los clasifica igualmente según su finalidad:

MÉTODO DE ENSEÑANZA	FINALIDAD
<i>Método Expositivo/Lección Magistral</i>	<i>Transmitir conocimientos y activar procesos cognitivos en el estudiante</i>
<i>Estudio de Casos</i>	<i>Adquisición de aprendizajes mediante el análisis de casos reales o simulados</i>
<i>Resolución de Ejercicios y Problemas</i>	<i>Ejercitar, ensayar y poner en práctica los conocimientos previos</i>
<i>Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)</i>	<i>Desarrollar aprendizajes activos a través de la resolución de problemas</i>
<i>Aprendizaje orientado a Proyectos</i>	<i>Realización de un proyecto para la resolución de un problema, aplicando habilidades y conocimientos adquiridos</i>
<i>Aprendizaje Cooperativo</i>	<i>Desarrollar aprendizajes activos y significativos de forma cooperativa</i>
<i>Contrato de Aprendizaje</i>	<i>Desarrollar el aprendizaje autónomo</i>

Tabla 9. Métodos de enseñanza en función de su finalidad. (Fuente: Mario de Miguel, 2006)

En el estudio realizado en 2006 por este autor se relacionan claramente las modalidades con los principales métodos de enseñanza de la siguiente forma:

MODALIDAD DE ENSEÑANZA	METODO DE ENSEÑANZA
<i>Clase teórica</i>	✓ <i>Lección magistral</i>
<i>Seminarios y talleres</i>	✓ <i>Estudio de casos</i> ✓ <i>Resolución de problemas</i>
<i>Clases prácticas</i>	✓ <i>Resolución de problemas</i> ✓ <i>Aprendizaje basado en problemas</i>
<i>Prácticas externas</i>	✓ <i>Aprendizaje basado en problemas</i> ✓ <i>Resolución de problemas.</i>
<i>Tutorías</i>	✓ <i>Aprendizaje orientado a proyectos</i>
<i>Estudio y trabajo en grupo</i>	✓ <i>Aprendizaje basado en problemas</i> ✓ <i>Aprendizaje cooperativo</i>
<i>Estudio y trabajo individual y autónomo</i>	✓ <i>Aprendizaje orientado a proyectos</i> ✓ <i>Contrato de aprendizaje</i>

Tabla 10. Relación entre modalidades y métodos de enseñanza (Mario de Miguel, 2006)

Resulta también muy interesante comentar la relación que se describe en el trabajo mencionado en cuanto a métodos de enseñanza y procedimientos de evaluación, teniendo en cuenta que los principales procedimientos y técnicas de evaluación entre los cuales un profesor debiera seleccionar los que en conjunto sean más adecuados a sus necesidades pueden resumirse en los siguientes:

- ✓ Pruebas Objetivas (verdadero/falso, elección múltiple, emparejamiento de elementos,...).
- ✓ Pruebas de respuesta corta.
- ✓ Pruebas de respuesta larga, de desarrollo.

- ✓ Pruebas orales (individual, en grupo, presentación de temas-trabajos,...).
- ✓ Trabajos y proyectos.
- ✓ Informes/memorias de prácticas.
- ✓ Pruebas de ejecución de tareas reales y/o simuladas.
- ✓ Sistemas de Autoevaluación (oral, escrita, individual, en grupo).
- ✓ Escalas de actitudes (para recoger opiniones, valores, habilidades sociales y directivas, conductas de interacción,...).
- ✓ Técnicas de observación (registros, listas de control,...).
- ✓ Portafolio.

MÉTODO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN
MÉTODO EXPOSITIVO/LECCIÓN MAGISTRAL <i>Se conoce como método expositivo "la presentación de un tema lógicamente estructurado con la finalidad de facilitar información organizada siguiendo criterios adecuados a la finalidad pretendida". Esta metodología -también conocida como lección (lecture) - se centra fundamentalmente en la exposición verbal por parte del profesor de los contenidos sobre la materia objeto de estudio. El término "lección magistral" se suele utilizar para denominar un tipo específico de lección impartida por un profesor en ocasiones especiales.</i>	✓ Pruebas orales. ✓ Pruebas de respuesta corta. ✓ Preguntas objetivas. ✓ Pruebas objetivas. ✓ Pruebas de respuesta corta. ✓ Pruebas de ejecución. ✓ Lista de Cotejo y Escalas. ✓ Preguntas intercaladas durante el desarrollo de la lección. ✓ Técnicas de autoevaluación. ✓ Informes sobre actividades realizadas.
ESTUDIO DE CASOS <i>Análisis intensivo y completo de un hecho, problema o suceso real con la finalidad de conocerlo, interpretarlo, resolverlo, generar hipótesis, contrastar datos, reflexionar, completar conocimientos, diagnosticarlo y, en ocasiones, entrenarse en los posibles procedimientos alternativos de solución.</i>	✓ Observación ✓ Registros de doble entrada, ✓ Cumplimentación de checklists con ítems para cada una de las competencias y objetivos de aprendizaje pretendidos, ✓ Indicadores de su adquisición ✓ Cualquier tipo de escala evaluativa que sea objetiva. ✓ La variedad de instrumentos y de métodos es extensa: portafolio, diarios, mapas conceptuales, autoevaluación etc.

RESOLUCIÓN DE EJERCICIOS Y PROBLEMAS <i>Situaciones en las que se solicita a los estudiantes que desarrollen las soluciones adecuadas o correctas mediante la ejercitación de rutinas, la aplicación de fórmulas o algoritmos, la aplicación de procedimientos de transformación de la información disponible y la interpretación de los resultados. Se suele utilizar como complemento de la lección magistral.</i>	✓ Pruebas de respuesta corta. ✓ Observaciones en clase. ✓ Largo plazo - Pruebas de ejecución. ✓ Desarrollo de la sesión - Observaciones en clase. ✓ Reacciones de los alumnos.
APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS <i>Método de enseñanza-aprendizaje cuyo punto de partida es un problema que, diseñado por el profesor, el estudiante ha de resolver para desarrollar determinadas competencias previamente definidas.</i>	<i>Supone la consideración de tres momentos diferentes, que deben valorarse y ponderarse:</i> 1. <i>El seguimiento del trabajo del grupo y de la participación de sus componentes, apoyado en el uso de procedimientos de observación y registro sistemáticos:</i> ✓ Listas de comprobación ✓ Escalas de estimación ✓ Entrevistas ✓ Diario del profesor, etc. 2. <i>El análisis del producto final generado por el grupo en forma de memoria o informe en el que se incluyen</i> ✓ Hipótesis de trabajo ✓ Diseño de investigación ✓ resultados cuantitativos o cualitativos alcanzados ✓ Conclusiones y discusión. 3. <i>La valoración de la exposición que realiza el grupo sobre los hitos fundamentales del trabajo realizado y de las respuestas que ofrecen sus componentes a preguntas del profesor o de otros estudiantes</i>

APRENDIZAJE ORIENTADO A PROYECTOS <i>Método de enseñanza-aprendizaje en el que los estudiantes llevan a cabo la realización de un proyecto en un tiempo determinado para resolver un problema o abordar una tarea mediante la planificación, diseño y realización de una serie de actividades, y todo ello a partir del desarrollo y aplicación de aprendizajes adquiridos y del uso efectivo de recursos.</i>	<i>Se centra en la realización del proyecto en sí, debiendo los estudiantes:</i> ✓ <i>Entregar por equipo el informe escrito del proyecto.</i> ✓ <i>Exponer en equipo una presentación del proyecto ante los profesores y compañeros.</i> ✓ <i>Exponer y debatir individualmente ante el profesor o profesores una presentación del proyecto.</i> <i>La evaluación debe examinar el conocimiento acreditado por cada estudiante individualmente en lo que respecta al proyecto y a los contenidos académicos.</i>
APRENDIZAJE COOPERATIVO <i>Enfoque interactivo de organización del trabajo en el aula en el cual los alumnos son responsables de su aprendizaje y del de sus compañeros en una estrategia de corresponsabilidad para alcanzar metas e incentivos grupales. Es tanto un método, a utilizar entre otros, como un enfoque global de la enseñanza, una filosofía.</i>	✓ <i>Evaluación inicial de las competencias cooperativas básicas de los miembros del grupo: contribuye a conformar grupos diversos y a establecer actividades de aprendizaje específicas para alcanzar estas competencias.</i> ✓ <i>Evaluación continua: se establecen hitos o momentos de reflexión/valoración tanto individual, grupal y de aula sobre los aspectos procedimentales del trabajo desarrollado con una orientación formativa (proponer mejoras y reorientar los trabajos).</i> ✓ <i>Evaluación final: al finalizar cada uno de los trabajos o etapas</i>

	<i>propuestas, el profesor articula estrategias de evaluación y autoevaluación de resultados o productos del trabajo, de los procedimientos y de las competencias de interacción alcanzadas.</i> ✓ <i>Evaluación de cierre: al finalizar la materia se articulan procedimientos para evaluar los logros del programa y la actuación del profesor.</i>
CONTRATO DE APRENDIZAJE <i>Un acuerdo establecido entre el profesor y el estudiante para la consecución de unos aprendizajes a través de una propuesta de trabajo autónomo, con una supervisión por parte del profesor y durante un período determinado. En el contrato de aprendizaje es básico un acuerdo formalizado, una relación de contraprestación recíproca, una implicación personal y un marco temporal de ejecución.</i>	✓ <i>Una evaluación continua, a través del feed-back establecido en las sesiones de seguimiento y supervisión en las horas de tutoría.</i> ✓ <i>Una autoevaluación del estudiante normalmente después de cada una de las tareas sobre el estilo de aprendizaje, las estrategias adoptadas, los recursos utilizados y las posibles mejoras.</i> ✓ <i>Una evaluación final tanto del proceso como de la consecución de los objetivos.</i> ✓ <i>La realización de esta evaluación se puede hacer con ayuda del portafolio.</i>

Tabla 11. Relación entre métodos de enseñanza y procedimientos e evaluación de los aprendizajes. (Mario de Miguel, 2006)

Por último, Mario de Miguel ⁶³ hace referencia a los principales procedimientos de evaluación que son utilizados según la modalidad de enseñanza. Resumiendo: por ejemplo, y siguiendo el estudio del que estamos hablando, las clases teóricas o magistrales se proceden a evaluar principalmente con pruebas objetivas, pruebas de respuestas cortas y pruebas de desarrollo, siendo las que menos posibilidades tienen de elegir dentro del abanico de procedimientos de evaluación que se proponen, mientras que en el caso de las prácticas externas los procedimientos de evaluación más habituales son las propias memorias o informes que completan los estudiantes, así como cuestionarios o escalas que completan tanto estudiantes/titulados y tutores académicos como profesionales (técnicas de observación y escalas de actitudes), siendo estos los procedimientos mediante los que mayoritariamente se evalúa esta modalidad, además se utilizan para la misma pruebas de resolución de tareas reales y/o pruebas simuladas, portafolios.

No obstante, dado que los componentes de las competencias a evaluar son de muy diferente naturaleza (conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores), la evaluación obliga al uso combinado y hasta integrado de diferentes estrategias y procedimientos así como a la utilización en un mismo curso de diferentes estrategias formativas y evaluativas.

1.2.7. Elección y diseño de instrumentos para la evaluación de competencias

Hasta aquí se ha tratado el proceso de enseñanza-aprendizaje integrando la evaluación en el mismo como uno de los componentes fundamentales y el principal a tener en cuenta en la planificación de dicho proceso, se han relacionado, también, las modalidades de enseñanza con los métodos que se consideran más apropiados y a su vez con los procedimientos de evaluación que más se adecuan a ellos.

Esta información es fundamental a la hora de diseñar los instrumentos de evaluación a utilizar.

Para continuar, se considera interesante mencionar, tal como se hacía en el capítulo 1 sobre competencias profesionales, que la competencia solo puede ser evaluada en la acción y para poder adquirirla hace falta haber alcanzado previamente una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que habremos descrito, bien de acuerdo con los resultados de aprendizaje, o en términos de objetivos, según si nuestra perspectiva es lo que pretende el profesor o bien lo que tendrá que demostrar el estudiante.

En este sentido el trabajo realizado por el Council of the National Postsecondary Education Cooperative (NPEC) y su Working Group on Competency-Based Initiatives, patrocinado por el NCES (National Center for Education Statistics).¹¹⁰ Describe una serie de conceptos y establece una estructura jerárquica para la evaluación (figura 12).

- **Los rasgos y las características personales** son los cimientos del aprendizaje, la base innata desde la que se pueden construir las experiencias subsiguientes. Las diferencias en rasgos y características ayudan a explicar por qué las personas escogen diferentes experiencias de aprendizaje y adquieren diferentes niveles y tipologías de conocimientos y habilidades.
- **Los conocimientos, las habilidades y las actitudes** se desarrollan a partir de las experiencias de aprendizaje, que, si se definen de una manera amplia, incluyen tanto la escuela como el trabajo, la familia, la participación social, etc.
- **Las competencias** son combinaciones de conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas. Se desarrollan a partir de experiencias de aprendizaje integrativas en las que los conocimientos y las habilidades interactúan con el fin de dar una respuesta eficiente en la tarea que se ejecuta.
- **Las demostraciones** comportan la aplicación de las competencias aprendidas, en contextos específicos.¹¹¹

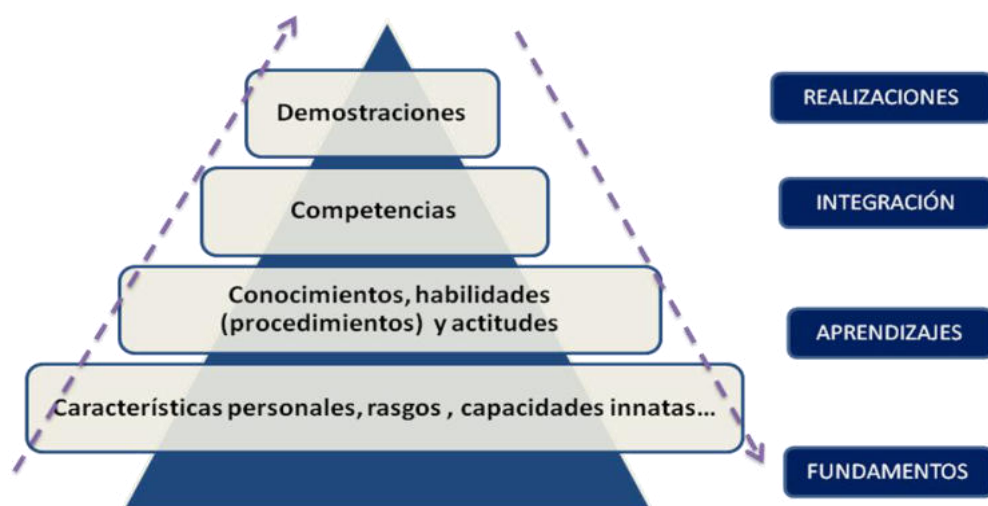


Figura 14. Estructura Jerárquica para la evaluación. (NCES, 2002)101; 111

La pirámide de Miller (1990)¹¹² puede ser una manera útil de ayudar a escoger estrategias de evaluación coherentes con resultados de aprendizaje descritos por el profesor. Así, se puede evaluar sólo el hecho de saber (por ejemplo, por medio de una prueba tipo test) o el hecho de saber explicar cómo hacerlo, que ya requiere una gestión del conocimiento adquirido; o bien se puede plantear una simulación en la que el estudiante actúe en situaciones controladas; y, finalmente, hay que demostrar en actuaciones la adquisición de una competencia. (Figura 13)

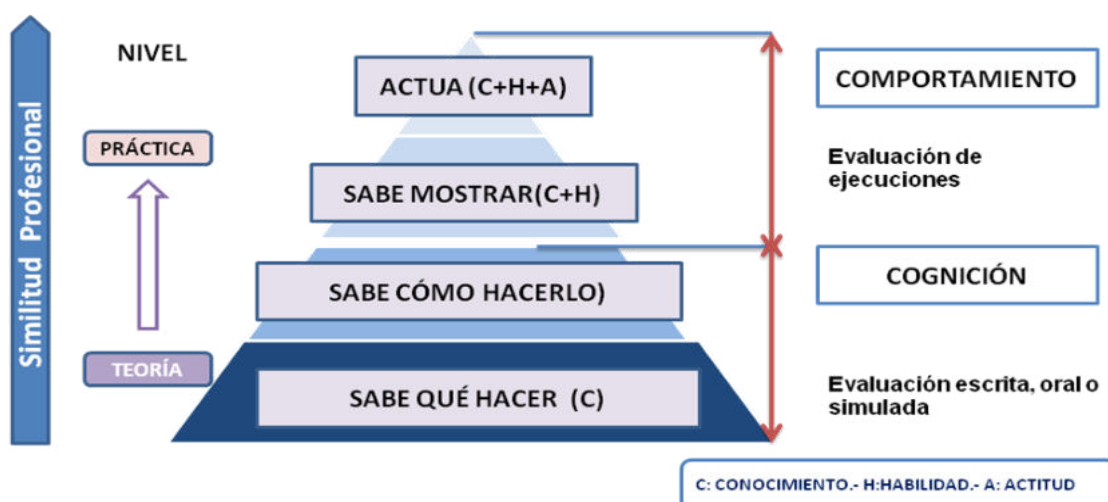


Figura 15. Pirámide de Miller (Miller, 1990)111; 112

Asimismo, es necesario conocer, no sólo si se posee la competencia, sino el nivel de la misma y para ello es necesario definir previamente dichos niveles y los criterios de consecución de los mismos.

1.2.7.1. Criterios que deben reunir los instrumentos de evaluación

Pero antes de describir los aspectos fundamentales de los instrumentos que se pueden utilizar para evaluar competencias en los estudiantes, es importante hacer referencia a dos criterios que hay que considerar al determinar las cualidades de los diferentes instrumentos y procedimientos de evaluación de las competencias: La Validez y la Fiabilidad.¹¹¹

La validez hace referencia al grado en el que la medida obtenida refleja lo que se pretende medir, la ejecución correspondiente a la competencia objeto de evaluación. La validez de un método de evaluación depende del grado en el que la prueba mide lo que pretende medir. Ahora bien, para poder establecerla es necesario que se hayan definido claramente los objetivos que se quieren alcanzar, tiene que permitir una evaluación criterial. Esta propiedad depende no sólo de las características intrínsecas del procedimiento, sino también de la naturaleza de aquello que es evaluado, de la situación específica en que se realiza la evaluación y de las características del grupo de personas objeto de evaluación.

Comprende tres componentes: la validez de los contenidos, la validez de los criterios (que determinan la calificación por comparación entre la ejecución observada y la ejecución esperada) y la validez de construcción (de la cual depende la capacidad de discriminar o distinguir el grado de consecución de la competencia evaluada). Todo ello determina que, con mucha frecuencia, no se pueda disponer de estándares para medir adecuadamente la validez de los procedimientos evaluadores. Pero sí que existen pistas para hacer ciertas valoraciones. Así, se puede inferir que un procedimiento es válido cuando permite detectar mejoras en los resultados al finalizar el correspondiente periodo de aprendizaje, cuando hay una correlación entre los resultados y ciertos indicadores externos (por ejemplo, cuando los resultados son diferentes según el grado de pericia de la persona evaluada) y cuando permite prever la actuación en la práctica real.

Entre las acciones que se considera que pueden aumentar la validez de los procedimientos evaluadores hay que mencionar: la selección del procedimiento más apropiado atendiendo a la naturaleza de la competencia objeto de evaluación; la buena correspondencia entre la

evaluación, los objetivos y los contenidos de formación; la metodología del proceso de enseñanza/aprendizaje y la fase en que se encuentra el proceso formativo; la inclusión en la prueba de una muestra extensa.¹¹¹

La fiabilidad se refiere a la exactitud de la medida, es decir, a la ausencia de errores en la medida. Hace referencia a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos si fueran reexaminados con la misma prueba, diversas veces, o con pruebas con cuestiones equivalentes, o bien con condiciones de evaluación variables. Así, un procedimiento de evaluación es fiable cuando, en un mismo grupo de personas, proporciona resultados similares: al ser aplicado de forma repetida, al ser aplicado por evaluadores diferentes y al utilizar formas alternativas del mismo (ítems, casos o situaciones diferentes)

Entre los factores de que depende la fiabilidad, hay que mencionar, como fundamentales: la adecuación de los contenidos a la competencia evaluada y al nivel formativo en que se encuentra el estudiante; la amplitud de la muestra de ítems, casos o situaciones evaluados (hace falta que sean suficientes); el tiempo de duración de la prueba (hace falta que sea razonable); las características de las preguntas que se hacen, de las acciones que se describen y de las instrucciones que se dan para su realización (hace falta que sean simples, claras y sin ambigüedad), y la calidad de los sistemas de puntuación y de calificación (hace falta que estén explícitos y previamente acordados). En caso de existir discrepancia entre la validez y la fiabilidad de un procedimiento evaluador, se considera como criterio más relevante la validez.

Al seleccionar los procedimientos e instrumentos de evaluación, aparte de la validez y de la fiabilidad, hay que tener en cuenta otros criterios, como la viabilidad y el impacto sobre el estudiante y sobre el proceso formativo. La viabilidad o practicabilidad depende de factores diversos: el tiempo, el grado de pericia y el entrenamiento que requiere la implementación del procedimiento; el equipamiento o tecnologías necesarias; el número de pruebas que hay que realizar para cada persona evaluada; el coste económico, y la experiencia existente sobre su utilización. Todos estos condicionantes tienen que ser considerados en relación con los beneficios que el procedimiento evaluador puede tener sobre el proceso formativo, como se comenta a continuación. Pero parece evidente que hace falta que los procedimientos de evaluación seleccionados se puedan realizar con el

tiempo y los medios de que se dispone, y que permitan la utilización más eficiente de los recursos disponibles.

Aunque es conocido el efecto que los procedimientos de evaluación tienen sobre el alumnado y sobre el propio proceso formativo, éste es un criterio frecuentemente ignorado al seleccionar estos procedimientos. La manera como los alumnos estudian y aprenden viene determinada, en gran parte, por la evaluación a que son sometidos; por su importancia y repercusiones, por su frecuencia y número, por sus contenidos y por su estructura o formato. Así pues, hay que tener presente este hecho al valorar los diferentes procedimientos e instrumentos evaluadores. Como también hay que considerar la diferente utilidad que cada uno de ellos tiene para proporcionar información que permita detectar las modificaciones que hay que introducir en la estrategia y la metodología docente, con el fin de mejorar el proceso de enseñanza/aprendizaje.¹¹¹

A continuación se comentan las características de los instrumentos de evaluación más utilizados para evaluar competencias en el ámbito de ciencias de la Salud y en el contexto clínico con pacientes reales o simulados. Basándonos en las aportaciones de Avolio de Cols y Iacolutti¹⁰⁶, autores que ya han sido citados, así como las de Simón Forgette-Giroux¹¹³ y la guía para la evaluación de competencias en medicina de la Agencia catalana de Calidad (AQU).¹¹¹

Para evaluar las competencias clínicas se han desarrollado diversas pruebas de tipo práctico, la mayoría de las cuales se tienen que incluir dentro de las llamadas técnicas evaluadoras observacionales y que frecuentemente comportan la utilización de simulaciones.

1.2.7.2. Las técnicas de observación

Son procedimientos que se utilizan para la evaluación de conductas o realizaciones mientras se producen (ejecuciones, debates, exposiciones, presentaciones, etc.) o bien para la evaluación de productos ya acabados (trabajos escritos, proyectos, etc.). En ellas se pueden utilizar dos tipos de registros de las realizaciones y/o productos objetos de evaluación: **registros abiertos y registros cerrados/sistematizados.**

Entre los **registros abiertos** hay que mencionar: **Los registros descriptivos** (registros anecdóticos, anecdotarios, muestras de conducta). Son registros de incidentes específicos de la conducta de los sujetos que describen algún comportamiento observado que se considera importante para la evaluación y los **registros tecnológicos** (vídeo, cassetes).

Y entre los **registros cerrados y sistematizados** se encuentran **las listas de control** (de verificación o de comprobación, checklist), que **las escalas de valoración (o de estimación, rating scales)**.

Las Listas de Control de Evidencias consisten en una relación de características, previamente preparada, que se refiere a aspectos del comportamiento, a actuaciones en un área determinada o a características de una realización acabada. El observador se limita a registrar la presencia o ausencia de las características predeterminadas. La lista de control, o cotejo, está integrada criterios de realización (enunciados afirmativos o interrogativos sobre hechos, características o secuencia de acciones) cuya presencia o ausencia se desea constatar. El docente señala, en cada caso, si los indicadores -o signos de evidencia- están o no están presentes.

Posibilita el registro de evidencias en ambientes reales de trabajo, en situaciones simuladas, en entrevistas, en el análisis de productos o en el de documentación de distinto tipo. Para que este instrumento cumpla con su función, es importante que los criterios de realización que lo componen sean claramente observables, suficientemente explícitos, para lo cual es importante que su redacción sea directa y precisa; tengan el mismo nivel de especificidad y posibiliten sólo distinciones dicotómicas (sí/no; correcta/incorrecta).

A continuación se muestra un ejemplo de lista de control:

ASPECTOS A CONSIDERAR <i>(indicadores, criterios de realización, conductas, comportamientos, elementos a evaluar)</i>	PRESENCIA O NO PRESENCIA DEL INDICADOR	
	<i>SI</i>	<i>NO</i>
INDICADOR 1		
INDICADOR 2		
INDICADOR 3		

Tabla 12. Ejemplo de lista de control. Elaboración propia.

Las Escala de Valoración son como listas de control calificadas: el observador emite un juicio sobre la manera, la forma, el grado, la frecuencia o la intensidad en que se presentan las diversas características predeterminadas, mediante una escala numérica, gráfica o verbal. Una variante son las llamadas matrices de valoración o rúbricas (rubrics). Es similar a la lista de control en cuanto a que tiene aspectos básicos como referencias para orientar la observación y difiere de ella porque permite señalar el grado o la medida en que se manifiesta, en el postulante, cada característica a observar.

La escala puede ser continua (numérica) o discreta (categorías cuya distancia no es matemática, sino aproximativa. Por ejemplo: siempre; la mayoría de las veces, algunas veces, y nunca). En todos los casos, es recomendable la descripción bien delimitada y representativa de las conductas reales del sujeto (o características del objeto) para evitar asignar significados personales.

En la determinación de criterios, es necesario tener en cuenta los requisitos propios de la formación basada en competencias así como acordar los requisitos mínimos para dar por aprobado el módulo, curso o estudio. Por lo tanto, y siguiendo las directrices que proporciona Avolio de Cols y Iacolutti con la información anterior, es necesario describir por un lado los indicadores de logro de las competencias a evaluar y por otro los criterios

de evaluación de esos indicadores para poder asignar unos niveles. Esta segunda parte relativa a la definición de criterios y asignación de niveles, a nuestro juicio, podría entenderse como una rúbrica y que es un instrumento muy utilizado en la evaluación educativa en los distintos ámbitos de formación.

Aspectos a considerar <i>(Indicadores, criterios de realización, conductas, comportamientos, elementos a evaluar, etc.)</i>	NIVEL DE CONSECUCIÓN / NIVEL DE LOGRO		
	3 (Bajo)	2 (Medio)	1 (Alto)
INDICADOR 1			
INDICADOR 2			
INDICADOR 3			

Tabla 13. Ejemplo de Escala de Evaluación. Elaboración propia.

Como puede observarse en la tabla anterior, los aspectos a considerar es lo que nosotros denominamos indicadores a evaluar y los niveles son las posibilidades de evaluación que tiene cada indicador. Evidentemente para poder asignar un nivel u otro es necesario seguir unos criterios que son los que pueden definirse por medio de una rúbrica.

Las Rúbricas, según Vera Vélez (2003)¹¹⁴ —*son instrumentos de medición en los cuales se establecen criterios y estándares por niveles, mediante la disposición de escalas, que permiten determinar la calidad de la ejecución de los estudiantes en unas tareas específicas*”.

Herman, Aschbacher y Winters (1997) ¹¹⁵ se refiere a la rúbrica como *“escala múltiple que contiene elemento a evaluar y en cada uno de ellos la descripción de los diferentes grados de realización. Son más precisas y exhaustivas que las escalas”*.

Según Torres y Perera (2010) ¹¹⁶ *“La rúbrica es un instrumento de evaluación basado en una escala cuantitativa y/o cualitativa asociada a unos criterios preestablecidos que miden las acciones del alumnado sobre los aspectos de la tarea o actividad que serán evaluados”*.

Según estos dos autores, se pueden clasificar en dos grupos:

Por una parte, las holísticas, que tratan de evaluar el aprendizaje o competencia desde una visión más global, y por otra las rúbricas analíticas, que se centran en algún área concreta de aprendizaje. Además, nos permite diseñarla para tareas amplias o específicas.

Facilitan la evaluación del desempeño del estudiante en las áreas del currículo que son complejas, imprecisas y subjetivas, a través de un conjunto de criterios graduados que permiten valorar el aprendizaje, los conocimientos y/o competencias logradas por el estudiante.

El objetivo de su diseño es que el estudiante pueda ser evaluado de forma objetiva, al mismo tiempo permite al profesor especificar claramente qué espera del estudiante y cuáles son los criterios con los que se va a calificar.

De acuerdo con Simon y Forgette-Giroux, ¹¹³ el uso de la escala implica puntuar, interpretar y juzgar.

- La puntuación corresponde al proceso de identificar dentro de la escala y para cada criterio, la descripción de celdilla que se ajusta más a la conducta o producto observado.
- La interpretación consiste en localizar la columna que mejor describe el nivel de dominio del indicador que se quiere evaluar.
- El juicio, finalmente, es comparar el nivel de rendimiento observado con un estándar predeterminado.

Para preparar una rúbrica es necesario revisar detalladamente el contenido o unidad que se va a estudiar, establecer con claridad dentro de esa área o unidad un (unos) objetivo(s), desempeño(s), comportamiento (s), competencia(s) o actividad (es) en los que se va a enfocar y determinar cuáles se van a evaluar; describir claramente los criterios de desempeño específicos que va a utilizar para llevar a cabo la evaluación de esas áreas y asignar un valor numérico de acuerdo al nivel de ejecución (cada nivel debe tener descrito los comportamientos o ejecuciones esperadas por los estudiantes); diseñar una escala de calidad para calificarlas, establecer los niveles de desempeño que pueden alcanzar los estudiantes y por último revisar lo que se ha plasmado en la matriz para asegurar que no le falta nada.

CRITERIOS NIVELES	CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3	CRITERIO 4
NIVEL 1 (ALTO)				
NIVEL 2 (MEDIO)				
NIVEL 3 (BAJO)				

Tabla 14. Ejemplo matriz de Rúbrica. Elaboración propia.

1.2.7.3. Las Técnicas de Simulación

Se utilizan desde hace unos años y con una frecuencia creciente como procedimientos de evaluación en el ámbito clínico de la educación médica, **Las Simulaciones** son recreaciones artificiales de una situación o circunstancia clínica con el propósito que el sujeto evaluado pueda realizar determinadas tareas de manera controlada y que no suponga ningún riesgo para los pacientes. En ellas se pueden utilizar diversos instrumentos; desde el «lápiz y papel» (cómo se hace en los llamados papel-pencil patient management problems, PMP), los ordenadores (utilizando las clinical case simulations o CCX, versión informatizada de los PMP) y la realidad virtual. Pero los instrumentos generalmente más utilizados son los pacientes estandarizados, los pacientes simulados y los maniqués.

Los **Pacientes Estandarizados** son personas que han sido preparadas para reproducir con fiabilidad la historia clínica y/o los resultados de la exploración de casos clínicos típicos. Pueden ser o bien personas sanas —a veces actores o profesionales sanitarios— que han sido entrenadas para la simulación o bien personas enfermas que han sido entrenadas para estandarizar su propia condición con finalidad evaluadora.

Los maniqués son modelos hechos de plástico o de látex que reproducen el cuerpo humano o partes de éste con una gran corrección anatómica y que permiten practicar procedimientos técnicos específicos. Algunos incorporan componentes de «realidad virtual» que permiten simular situaciones que se dan en diversos ambientes médicos (quirófanos, unidades de vigilancia intensiva, salas de urgencias, etc.), y que simulan parámetros fisiológicos (como los sonidos cardíacos y respiratorios) que responden a las manipulaciones de los estudiantes.

Permiten evaluar mejor que los pacientes estandarizados determinadas habilidades. Estos instrumentos de simulación se pueden utilizar aisladamente, como es el caso de los exámenes con pacientes estandarizados. Pero lo más frecuente es utilizarlos en combinación con otros instrumentos de evaluación, como se hace en las diversas variantes de pruebas prácticas estructuradas.¹¹¹

1.2.7.4. Las pruebas prácticas estructuradas

Fueron introducidas en un principio con finalidad esencialmente formativa, han alcanzado una gran popularidad y se utilizan cada vez más con finalidad sumativa. Se conocen, generalmente, como objective structured clinical examinations (OSCE) —en castellano, **Exámenes Clínicos Objetivos Estructurados (ECOEs)**, pero también como objective structured clinical assessments (OSCA) o múltiple station exercises/exam (MSE) y son muy utilizadas en Medicina. Consisten en un circuito de «estaciones» en cada una de las cuales el sujeto evaluado tiene que realizar unas tareas estandarizadas en un tiempo determinado. El número de estaciones varía, si bien generalmente está comprendido entre 12 y 20. El formato de las estaciones también puede variar notablemente. El estudiante se puede encontrar con un maniquí o un paciente estandarizado, con un caso presentado por ordenador, con una prueba oral estructurada, con resultados de pruebas complementarias (radiografías, electrocardiogramas, analíticas, etc.) o con una prueba escrita. Y se le pide que simule algún aspecto del encuentro con un paciente, que realice alguna maniobra de exploración o que conteste cuestiones basadas en el material presentado. Para la evaluación, basada en la observación directa o indirecta (mediante grabaciones), se utilizan normalmente listas de control o escalas de valoración estandarizadas. Se considera que para ser válidas y fiables, las OSCE tienen que reunir una serie de características: tienen que durar entre 3 y 4 horas, cada estación tiene que durar unos 10 minutos, tienen que incluir un mínimo de 8 pacientes simulados, tiene que haber un máximo de 30 ítems de evaluación por caso, se tienen que combinar diversos instrumentos evaluadores de acuerdo con las competencias que se quieren evaluar, y no se ha de evaluar a más de 20 personas en cada sesión.

Entre las ventajas que presentan sobresale la de ser fácilmente estandarizables. Entre los inconvenientes, se han destacado la limitación en el número de áreas de contenido que pueden ser evaluadas y el carácter artificial del escenario y del tiempo en que tiene lugar la evaluación. Por otra parte, son muy costosas de desarrollar y de administrar.¹¹¹

1.2.7.5. Registros narrativos

Los registros narrativos (diarios de clase, diarios de campo) son registros escritos retrospectivamente de la conducta de uno mismo o de otros sobre la base de cierta continuidad. Pueden adoptar diferentes formatos: desde ser completamente abiertos a seguir una estructura prefijada con diversos niveles de sistematización. En Medicina, se utilizan las carpetas de trabajo (portfolios) y los “logbooks.”

Las carpetas de trabajo o dossiers de aprendizaje (portfolio) son compilaciones selectivas y validadas de materiales sobre las actuaciones realizadas por el estudiante, en las que se reflejan los esfuerzos, los progresos y los aprendizajes en un área específica a lo largo de un periodo de tiempo. Los estudiantes reflexionan sobre su aprendizaje y lo evalúan con relación a los objetivos del curso y a sus propios objetivos o expectativas. Constituyen un valioso instrumento de evaluación formativa y sumativa, que permite valorar competencias no fácilmente evaluables por otros instrumentos, como el pensamiento crítico y la capacidad de autoevaluación. Su fiabilidad depende, en parte, de la capacidad de los evaluadores de acordar los estándares y criterios sobre los tipos de contenidos y su evaluación, y aumenta mediante la «triangulación». Su validez viene determinada por el grado en que se documenta adecuadamente la consecución de los resultados de aprendizaje establecidos.

Los logbooks se utilizan para documentar las actividades de aprendizaje relevantes realizadas en áreas específicas. A diferencia de las carpetas de trabajo, los logbooks tienden a ser muy estructurados, son más limitados con respecto a los contenidos y, normalmente, dan pocas o ninguna oportunidad al estudiante para exponer sus reflexiones. Tienen mucho menos valor evaluador que las carpetas de trabajo, y su validez y fiabilidad no ha sido adecuadamente analizada.¹¹¹

CAPÍTULO 3: LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA A LO LARGO DE LA HISTORIA Y LA EVOLUCIÓN DE SUS “COMPETENCIAS”

1.3. LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA A LO LARGO DE LA HISTORIA Y LA EVOLUCIÓN DE SUS “COMPETENCIAS”

Ya desde la edad antigua, las prácticas cuidadoras, denominadas actualmente “cuidados de Enfermería”, recaían principalmente sobre mujeres y formaban parte del ámbito del hogar, aunque también se podían vincular a otras personas que proporcionaban atención a niños, ancianos y pobres, considerándose una forma de ejercer la caridad; esta práctica no estaba remunerada y formaba parte de una dimensión moral más que intelectual. Es interesante señalar que en el siglo XVIII tuvo en España una gran influencia la Beneficencia, ejercida sobre todo por parte de órdenes religiosas y benefactores privados.

Durante la edad media y hasta el siglo XIX, la prestación del cuidado enfermero recaía principalmente sobre órdenes religiosas, sin ánimo de lucro. Las mujeres en esta época seguían proporcionando cuidados, pudiéndose hablar de ocupaciones típicamente femeninas, como las **nodrizas**, que realizaban su actividad en hospitales y hogares, siendo éste un trabajo remunerado; las **comadres, parteras o comadronas**, que se encargaban del cuidado integral de la mujer; y las **sanadoras**, que realizaban sus prácticas curativas mediante preparados con plantas medicinales.

Otro grupo de personas vinculadas al cuidado eran los llamados **prácticos**, en este caso fundamentalmente varones. Dentro de este grupo están los **barberos, sangradores y flebotomianos**, los cuales fueron denominados a principios del siglo XIX, “cirujanos ministrantes” y a finales de ese mismo siglo “practicantes”¹¹⁷.

El Título de Practicante estuvo regulado desde 1860 hasta 1953, año en el que entró en vigor el título de **Ayudante Técnico Sanitario (ATS)**. Esta titulación no tenía carácter universitario, su duración era de 3 años académicos y tuvo vigencia hasta 1977. A partir de ese año, los estudios de enfermería se integraron en la Universidad y este momento supuso un punto de inflexión en la transición de la disciplina enfermera desde una etapa técnica a una profesional. A partir de entonces, las distintas corrientes profesionales trabajan en el

desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio, que proporcione un nuevo marco de definición de la responsabilidad de las enfermeras en la atención a la salud de la población. El proceso de cambio que sufre la Universidad en la década de los 90 queda plasmado en un mayor protagonismo del estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje y los estudios de la diplomatura en enfermería empiezan a estar en consonancia con la normativa europea, que propugna la libre circulación y el intercambio de profesores y estudiantes en el marco comunitario.¹¹⁸

Desde el año 1977 hasta el 2007 el título que habilita para la profesión de enfermería es el de **Diplomado Universitario en Enfermería**. Se cursa en 3 años académicos, y se compone de 180 créditos. Para obtener la titulación de diplomado Universitario, los ATS tuvieron que superar un curso de nivelación.

Actualmente, se puede decir que esto ya pertenece al pasado más inmediato. Nos encontramos inmersos en multitud de cambios en el panorama universitario y, por tanto, en los estudios de enfermería, que como consecuencia del desarrollo de un Espacio Europeo de Educación Superior, han pasado de ser estudios de Diplomatura a estudios de Grado.

DENOMINACIÓN	ETAPA
<i>Comadres</i> <i>Partearas</i> <i>Comadronas</i> <i>Sanadoras</i> <i>Barberos</i> <i>Sangradores</i> <i>Flebotomianos</i>	<i>Edad media hasta principios de siglo XIX</i>
<i>Cirujanos ministrantes</i> <i>Matronas</i>	<i>Desde 1946 hasta 1860</i>
<i>Practicantes</i> <i>Matronas</i>	<i>Desde 1860 hasta 1953</i>
<i>Ayudante Técnico Sanitario (ATS)</i>	<i>De 1953 hasta 1977</i>
<i>Diplomado Universitario en enfermería</i>	<i>De 1977 hasta 2007</i>
<i>Graduado en Enfermería</i>	<i>En la actualidad</i>

Tabla 15. Denominación de los actuales Profesionales de Enfermería según la etapa histórica.

Elaboración Propia

1.3.1. La primera escuela de Enfermería en el mundo

Antes de continuar con los referentes en cuanto a la formación de profesionales relacionados con la actual profesión de enfermería, nos parece interesante hacer referencia a la primera escuela de enfermería en el mundo. Esta primera escuela para la formación reglada de enfermeras, escuela de Enfermeras del Hospital St. Thomas, fue fundada por **Florence Nightingale en 1860**, creando un fondo y estableciendo un comité para administrarlo. Entre las aspirantes se podían distinguir dos grupos, uno de ellos formado por señoritas de clase alta, distinguidas e instruidas y otro formado por aspirantes pertenecientes a clases menores. Las primeras pagaban por la formación mientras que las segundas la recibían de manera gratuita. Existía un periodo de prueba de un mes para todas las aspirantes y la duración del curso básico era de un año. Se les otorgaba un título de enfermera “elemental”. Las candidatas debían tener una edad entre veinticinco y treinta y cinco años.

Según Donahue ¹¹⁹ se preparaban “*enfermeras de hospital, enfermeras de distrito para los enfermos pobres, enfermeras capacitadas para enseñar a otras (...) Tras el primer año de formación formaban parte del personal del hospital (...). Se distinguían entre las simples aprendices de enfermera y las “damas enfermeras”, un reflejo de la conciencia de la clase británica*”. Y según McInnes ¹²⁰ debían reunir unas determinadas exigencias: “*Se le pide que sea Sobria, honesta, fiel a la verdad, fiable, puntual, calmada y ordenada, limpia y pulcra...*”.

Los requisitos que se les pedían a las aspirantes tenían mucho que ver con el tema de las actitudes y valores y tal como se muestra en la tabla nº 16, Las exigencias que debían demostrar incluían sobre todo demostraciones técnicas del saber hacer.

Bajo nuestro punto de vista, estas exigencias pueden considerarse un referente dado que pueden entenderse como requisitos de entrada en el curso, como requisitos de egreso, como objetivos y “competencias”.

**Exigencias para la formación de enfermeras en la
Escuela de Enfermería del hospital St. Thomas (1860)**

Se espera que se convierta en experta en:

1. *En la curación de ampollas, quemaduras, úlceras, heridas y en la aplicación de humectaciones, cataplasmas y la realización de curas menores.*
2. *En la aplicación de sanguijuelas interna y externamente.*
3. *En la administración de enemas tanto a hombres como a mujeres*
4. *En el manejo de bragueros e instrumentos para tratar complicaciones uterinas*
5. *En el mejor método de friccionar el cuerpo y las extremidades*
6. *En la gestión de los pacientes sin ayuda, moviéndolos, cambiándolos, siendo el personal de limpieza, alimentándolos, manteniéndolos calientes (o fríos), previniendo y vendando úlceras debido a la encamación, controlando la postura*
7. *Poniendo vendas, haciendo vendajes y rodillos, poniendo escayolas, etc.*
8. *Hacer la cama de los pacientes y airear las sabanas mientras el paciente **está** en la cama.*
9. *Se le pide que acuda a las operaciones*
10. *Ser competente a la hora de cocinar gachas, arrurruz(1), huevos estrellados, pudines bebidas para el enfermo*
11. *Para que nos entendamos la ventilación significa mantener la unidad fresca durante la noche además de durante todo el día; tiene que ser cuidadosa y mantener una gran limpieza que es esta se observa en todos los utensilios; aquellos utilizados para las secreciones además de aquellos necesarios para cocinar*
12. *Hacer una observación estricta del enfermo con respecto a los siguientes particulares: el estado de las secreciones, la expectoración, el pulso, la piel, el apetito, el estado de la mente del paciente, como un delirio o un estupor; la respiración, el sueño, el estado de las heridas, las erupciones, la formación sobre su estado, el efecto de la dieta o los estimulantes y de las medicinas*

*Y aprender a gestionar a los pacientes que están **convalecientes**”*

Tabla 16. Exigencias para la formación de enfermeras en la escuela de St. Thomas (McInnes, 1990) ¹²⁰

(1) Fécula o especie de harina comestible que se extrae de la raíz de algunas plantas tropicales y que se utiliza para preparar papillas.

1.3.2. La primera escuela de enfermería en España

La primera Escuela de Enfermeras de España fue fundada por el Dr. Federico Rubio y Galí en 1896, y comenzó a funcionar en octubre de ese año con el nombre de Real Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría.

El pensamiento del Dr. Federico Rubio y Dalí, que marca la educación de las futuras enfermeras, está recogido en su libro *“Cartas del Dr. Rubio y Galí a las curadoras del Instituto de Terapéutica operatoria”* (1916) ¹²¹. En esta obra el Dr. Rubio expresa que las religiosas no pueden hacerse cargo de todas las situaciones de los enfermos y es necesario formar también enfermeras laicas. En cuanto a su formación, Federico Rubio sintetiza del siguiente modo los valores preponderantes de la enfermería, que han perdurado hasta el siglo XX, valores considerados como las señas de identidad de la enfermera española profesional ¹²²: *“Sencillez, humildad, paciencia y sobre todo respetabilidad de conducta y porte para igualarse, como no podía ser menos, a personas respetables, a saber, médicos, abogados y sacerdotes. Por otra parte, el hacerse enfermera era un medio decoroso de vida. Ante todo la enfermera debía: obediencia al médico, auxiliarle y ejecutar las órdenes del tratamiento para que las operaciones lleguen a buen fin. La mujer enfermera debía formar una familia tanto dentro del hospital como fuera, ya que la mujer era la otra mitad. Ser buena madre de familia, consagrando su vida a los demás y sintiendo paz interior”*.

En la tabla nº 17 se describe el modelo de enseñanza de este centro:

MODELO DE FORMACIÓN DE LA ESCUELA DE ENFERMERA DE SANTA ISABEL DE HUNGRÍA	
Requisitos de ingreso (exigencias para las aspirantes): ➤ Profesar Religión Católica ➤ Edad entre 23 y 40 años ➤ “sanas, robustas y dóciles”	
Duración de los estudios: ➤ Dos años	Título que recibían: ➤ Enfermeras en medicina y cirugía
Profesores: ➤ Las enseñanzas teóricas eran impartidas por los médicos del Hospital	
Objetivos de esta formación: ➤ Formar enfermeras preparadas para la asistencia hospitalaria ➤ Capaces de ayudar en las intervenciones y curas quirúrgicas ➤ Que realicen su labor de un modo artístico y científico	

Tabla 17. Modelo de formación de la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría Fuente: (Sellán, 2009). Elaboración Propia.

Según Álvarez Sierra ¹²³ el pensamiento que prevalecía entonces era *“Todo para el enfermo, y cuanto más necesitado, más atendido”*.

1.3.3. Formación de las ocupaciones relacionadas con los actuales Profesionales de Enfermería.

La regulación de estas prácticas relacionadas con los actuales Profesionales de Enfermería, se llevó a cabo por diferentes organismos, según la época de la que se tratara. Así, ya en el 1500, Los Reyes Católicos impusieron que a todos los que aspiraran a ejercer de barberos deberían ser examinados por un barbero mayor que perteneciera al protobarberato (2)

En el siglo XVIII, se crearon los Reales Colegios de Cirugía y estos asumieron la regulación de las profesiones de partera y sangrador. A principios del siglo XIX, a partir de la Real Cédula del 6 de mayo de 1804, son éstos Colegios, junto con las facultades de medicina, quienes llevarán a cabo la regulación de las profesiones sanitarias. ^{124; 125; 126.}

Las comadres o parteras se regularon en diversas normativas que fueron surgiendo en los siglos XVIII y XIX.

El comienzo del siglo XIX se caracterizó por una serie de catástrofes , escasez de alimentos, aumento de enfermedades, sobre todo la gripe, tuberculosis, viruela, cólera y fiebre amarilla, con altas tasas de mortalidad. La Beneficencia fue regulada con la Ley General de Beneficencia de 1822. Previo a esto, en 1812, la Constitución de Cádiz estableció en dos de sus artículos, el artículo 321 y el 335, que los ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales se deberían encargar de los establecimientos socio-sanitarios.

Fue a mediados de este siglo cuando la enfermería tuvo, por fin, un papel profesional.

1.3.4. Formación de matronas, sangradores y practicantes

En cuanto a la formación de las ocupaciones que precedieron a los actuales Profesionales de Enfermería encontramos los primeros referentes en la Real Cédula de 6 de mayo de 1804 donde se pueden encontrar referencias en cuanto a los exámenes de **Sangradores** y

(2) El protobarberato, aunque como cuerpo diferenciado, dependía del protomedicato, que era la institución colegiada suprema de carácter técnico que ejercía el control sobre las profesiones sanitarias en el 1500. (Sella, 2009)

se explica las funciones de los mismos, recogiendo sobre la evaluación que *“su examen consistirá en un acto teórico-práctico en que serán preguntados los pretendientes por espacio de un cuarto de hora y por cada examinador, sobre quanto tenga relación al conocimiento de las venas y arterias”*. Y en relación a sus funciones o facultades: *“se limitaran a sangrar, sacar dientes y muelas, aplicar sanguijuelas y vexigatorios, a poner ventosas; pero nada de esto podrán executar sin disposición de Cirujano o Médico o Médico aprobado respectivamente en los casos que corresponden a cada uno; y solo estarán autorizados para sangrar y sacar dientes y muelas sin disposición de dichos profesores en los casos violentos y de absoluta necesidad”*.

Se hace referencia, si lo trasladamos al contexto actual, al procedimiento de evaluación y a las funciones, facultades, ~~resultados~~ de aprendizaje ~~o~~ ~~competencias~~” de los Sangradores.

Por otra parte, se recogen los requisitos necesarios para la realización de este examen, que serían los siguientes: *“fe de bautismo, información de limpieza de sangre y la de práctica, que deberán tener pos un espacio de tres años con un cirujano Aprobado, pues no se les admitirá como hasta aquí, la que hiciera como mero sangrador...”* ¹²³ Estos requisitos podríamos considerarlos en la actualidad como el ~~perfil~~ de ingreso” de los aspirantes al Título.

En cuanto a las **Matronas**, esta norma regula también el acceso a los exámenes de las mismas especificando que *“serán examinadas en un solo acto teórico-práctico, de la misma duración que el de los sangradores, de las partes del arte obstetricia en que deben estar instruidas, y de tal modo de administrar el agua de socorro á los párvulos, y en qué ocasiones podrán executarlos por sí”* ¹²³

Aparece también como requisitos necesario (perfil de ingreso) para poder acceder a este examen que las aspirantes deben ser mujeres viudas o casadas: *“solamente a este ejercicio á viudas ó casadas deberán presentar las primeras certificación de hallarse en aquel estado, y las segundas licencia por escrito de sus maridos, además de la fe de bautismo, y de la buena vida y costumbres dada por el párroco, y formación de limpieza de sangre, y de práctica de tres años con cirujano o partera aprobada”* ¹²³

En el siglo XIX la iglesia ejercía un poder importantísimo sobre la educación. El trabajo para la mujer quedaba relegado a un segundo plano, siendo su principal función la de esposa y madre, piadosa y ejemplar en el hogar. La mujer necesitaba la autorización tanto del marido como de la iglesia para poder trabajar y aún así la toma de decisiones en la actividad profesional era algo secundario. Se destacan principalmente sus valores morales (abnegación, sacrificio, bondad, rectitud, recato) y sobre estos se construye la identidad de la matrona de este siglo. En cuanto a conocimientos, los relacionados con anatomía y fisiología de la mujer, del embarazo y del parto, además del bautismo de urgencia. Tenían prohibido la realización de cirugía y la prescripción de medicamentos, insistiéndoles que ante cualquier situación de dificultad en el parto debían avisar rápidamente al médico. Como se puede observar, se hace referencia también a “Competencias”, prestando especial atención a los valores sobre el resto de componentes.

Continuando con los referentes relacionados con los referentes para las ocupaciones previas a los actuales Profesionales de Enfermería ¹¹⁷, el Real Decreto de 16 de junio de 1827, regula la formación de los cirujanos sangradores apareciendo de alguna manera los requisitos de ingreso, la duración de los estudios y las competencias que se esperan: *“a los cirujanos sangradores sólo se les exigía saber leer y escribir bien, las cuatro reglas de la aritmética y la gramática castellana. Los estudios tenían una duración de tres años. Los cirujanos sangradores se ocupaban, en general de las dolencias externas; entre sus competencias se encontraban las molestias dentales y bucales”*

Este Real Decreto contiene también diversos aspectos sobre la regulación de la formación de los cirujanos sangradores, matronas y parteras. Se especifica la duración de la formación, siendo tres años; las materias a cursar, los tipos de enfermedades que pueden tratar o las circunstancias en las que debe avisar a un médico o médico cirujano a la hora de tratar a un paciente. Es aquí donde, de alguna forma, se hace referencia a las “Competencias”.

En 1857 aparece la denominación de Practicantes tal como recoge la Ley de Instrucción Pública conocida como Ley Moyano en la que se establece el Título oficial de Practicante. Este Título será expedido por las Facultades de Medicina y su duración será de dos años, en los cuales se deberán realizar prácticas hospitalarias. ¹¹⁷

En la Real Orden de 26 de junio de 1860 ¹²⁷ se establecen los estudios y prácticas de la carrera de Practicante. Esta Orden recoge también los conocimientos teórico-prácticos necesarios para obtener este título oficial que eran: arte de los vendajes y apósitos, realización de curas y aplicación de sustancias blandas, líquidas y gaseosas; arte de practicar sangrías generales y locales, vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones y ventosas; aplicación de tópicos, irritantes, exutorios y cauterios y arte de dentista y del pedicuro. El examen lo debían realizar ante tres catedráticos de la Facultad de Medicina.

Unos meses más tarde, la Real Orden del 21 de noviembre de 1860 aprueba el reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas o parteras y se hace referencia a los establecimientos autorizados para impartir estos títulos. De este modo se autorizó a impartir estas enseñanzas en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid.¹¹⁷

En el caso de las Matronas, las enseñanzas se llevarían a cabo en casas de maternidad o en hospitales donde hubiese salas de partos.

En el caso de los estudios de Matrona o Partera esta normativa en su Capítulo III del Título II establece los estudios que deben haber superado los aspirantes para disponer del Título y que aparecen en la siguiente tabla:

<i>Estudios necesarios para aspirar al título de Matrona (R.O. de 21 de noviembre de 1860. Título II. Capítulo III. Artículo 17)</i>
<i>1º. Nociones de Obstetricia, especialmente de u parte anatómica y fisiológica</i>
<i>2º. Fenómenos del parto sobreparto naturales, y señales que los distinguen de los preternaturales y laboriosos.</i>
<i>3º. Preceptos reglas para asistir a las parturienta y paridas, y a los niños recién nacidos, en todos los casos que no salgan del estado normal o fisiológico.</i>
<i>4º. Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfícticas o apopléticas.</i>
<i>5º. Manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida”</i>

Tabla 18. Estudios necesarios para aspirar al Título de Matrona. Fuente Sellán 2009

El título autorizaba para proporcionar asistencia a embarazadas, parturientas y puérperas como meros auxiliares de los Facultativos y para asistir a los partos y sobrepartos naturales, debiendo avisar a un profesor médico en caso de complicación. Además, en esta misma Orden se recogen también los estudios para obtener el título de **Practicante**, con pequeños matices respecto a la normativa del 26 de junio de ese mismo año.

Este título autorizaba a los practicantes únicamente para ejercer la parte meramente mecánica subalterna de la Cirugía.

Tanto en el caso de Matronas y Parteras como en el de Practicantes, la formación combinaba contenidos teóricos y prácticos ¹¹⁷.

Estudios necesarios para aspirar el título Practicante (R.O. de 21 de noviembre de 1860. Título II. Capítulo III. Artículo 15)	
1º.	Nociones de anatomía exterior del cuerpo humano, y con especialidad en las extremidades y de las mandíbulas
2º.	Arte de los vendajes y apósitos más sencillos y comunes en las operaciones menores, y medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en ésta puedan ocurrir.
3º.	Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas.
4º	Modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios.
5º	Vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones, ventosas y manera de sajarlas.
6º	Sangrías generales y locales.
7º	Arte del dentista y del callista.

Tabla 19. Estudios necesarios para aspirar al Título de Practicante. Fuente Sellán 2009.

1.3.5. La Formación de Enfermeras y Practicantes

Ya en el siglo XX, la Real Orden del 13 de mayo de 1902¹²⁸ aprueba el programa para la carrera de Practicante. A partir de este momento los conflictos profesionales entre practicantes y matronas, y posteriormente enfermeras, serían habituales.¹¹⁷

A continuación, se realizará un recorrido por las cinco primeras décadas del siglo XX para analizar la evolución de la formación tanto de Enfermeras como de Matrona y Practicantes. En este sentido se hará referencia a las competencias profesionales de estas tres figuras sanitarias.

La legalización de la enfermería profesional se realiza a través de la Real Orden del 7 de mayo de 1915¹²⁹, que establece el plan de estudios para la instrucción Enfermera, contemplándose esta profesión junto con los títulos de Practicante y Matrona como profesiones sanitarias “auxiliares” con todos los requisitos formales. Los contenidos de estos programas formativos se detallan en la tabla nº 20, en la que se realiza una comparación entre este plan de estudios con el de de Practicantes aprobado en 1902 y con el programa formativo de la escuela de enfermeras de la Cruz roja de 1917. En este año se inaugura el primer curso oficial de esta escuela. El cuerpo de damas de la Cruz Roja queda constituido en el año 1917, mediante el Real Decreto de 28 de febrero.¹³⁰

Como se puede observar existen temas que no se contemplan en el programa de Practicante y si aparecen en el plan de estudios de enfermería, mientras que otros, como el de los vendajes, tienen un peso mayor en el de Practicante.

PLAN DE ESTUDIOS PARA ENFERMERAS Y PRACTICANTES SEGÚN LOS PRIMEROS PROGRAMAS		
PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)	PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915)	PROGRAMA DAMA ENFERMERA (1917)
Anatomía y Fisiología	Anatomía y Fisiología	Anatomía y Fisiología
Relación con médicos y farmacéutico	Cualidades de la enfermera y deberes	La Cruz Roja. Condiciones que deben reunir las damas enfermeras. Obligaciones y derechos
Desinfección	Higiene /Prevención/Asepsia	Asepsia y antisepsia
Terapéutica	Patología/Terapéutica	Patología/Terapéutica (menores contenidos que en el programa de enfermeras, 1915)
Anestesia	Anestesia	Anestesia
	Cuidados según diferentes sintomatologías	
Embarazo y parto	Cuidados recién nacido	Cuidados de la mujer embarazada y en el parto. Cuidados especiales a los recién nacidos
Vacunación	Cuidados y deberes de la enfermera en la muerte	
	Cuidados a enfermos mentales	
Masajes	Masajes	
Vendajes (dedica mayor extensión que en el programa de enfermeras)	Vendajes	Vendajes
Curas	Curas	Curas
TOTAL: 78 temas	TOTAL 70 Temas	TOTAL: 35 temas

Tabla 20. Comparación entre los primeros programas de enseñanza para Enfermeras y Practicantes...

Fuente: Sellán, 2009.

En cuanto a los requisitos de ingreso en la escuela de la Cruz Roja para Enfermeras profesionales, según el reglamento publicado en 1934 serían los siguientes:

- a) “Ser española, soltera o viuda, mayor de dieciocho años y menor de veinticinco justificados por certificación del Registro Civil.*
- b) No padecer enfermedad ni defecto físico que incapacite para el ejercicio de la profesión, a juicio de la Dirección de la Escuela.*
- c) Presentar autorización de los padres o tutores las menores de edad*
- d) Declarar que conocen el Reglamento, cuyos preceptos aceptan en totalidad; y*

e) Solicitarlo en la secretaría de la Escuela”: (artículo 11, sobre las condiciones de ingreso)

Además de reunir estos requisitos, se hace referencia a los criterios de evaluación: las aspirantes debían aprobar un examen y existía un periodo de prueba que debían superar previamente al examen. Según afirma Sellán, esto es una influencia clara de la Escuela de Florence Nighthingale.¹¹⁷

Además de la escuela de Damas de la Cruz Roja, considerada como una de las primeras escuelas de enfermeras de nuestro país, cabe señalar, sin entrar en mucho detalle, las siguientes:

- **Escuela de Santa Madrona** que se creó en 1914, en la que se formaban dos tipos de enfermeras, las hospitalarias y las veladoras. Estas últimas solamente trabajaban en turno de noche. Los programas formativos diferían principalmente en que la carga teórica era menor en las segundas. En esta escuela, se tienen referencias de que se realizaba un tercer curso dirigido a una especie de especialización.
- **Escuela de la Mancomunidad de Cataluña**, creada en 1917 pero que comenzó a funcionar en 1919 que concluye sus actividades en 1923 y se vuelve a abrir en 1933 bajo el nombre de Escuela de Enfermeras de la Generalitat.
- **Escuelas de Enfermeras Casa de Salud de Valdecilla**, fundada en Santander en el año 1929.

Durante la Guerra Civil Española se suspenden en muchos centros las enseñanzas oficiales de enfermeras, matronas y practicantes.

El Estado en la zona republicana, y la Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. en el lado nacional, además de organismos como la Cruz Roja, comenzaron a impartir cursillos acelerados con el fin de formar enfermeras que pudieran atender a los heridos de la guerra. Se crearon diferentes títulos para las figuras relacionadas con el cuidado enfermero: Damas Auxiliares de la Sanidad Militar, Damas Enfermeras Españolas, Visitadoras Sociales, Enfermeras de Guerra, Enfermeras del Socorro Rojo, Personal Religioso, etc.^{131; 132}

Ya en la posguerra, en el año 1940, la orden de 10 de julio establece los estudios previos necesarios para cursar los de practicante y matrona, y en 1941, la orden del 21 de mayo, las normas para el título de enfermería.

El programa oficial de estudios para el Título de enfermería, queda establecido ese mismo año, por la Orden del 16 de Julio. En dicho programa se diferencia perfectamente una parte teórica de otra práctica.

Resulta interesante también la descripción de competencias que se adjudican a Practicantes, Enfermeras y Matronas y que se describen, tomando como referencia la legislación de 26 de noviembre de 1945 ¹³³ en la siguiente tabla:

“COMPETENCIAS” PROFESIONALES SEGÚN LA ORDEN DE 26 DE NOVIEMBRE DE 1945		
ENFERMERAS	PRACTICANTES	MATRONA
1. Proporcionar atención: • Aseo • Alimentación • Eliminación • Recogida de datos clínicos 2. Administración de medicación. 3. Asistir a operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas ayudando a los médicos.	1. Realizar operaciones de cirugía menor 2. Ayudar en grandes operaciones realizadas por médicos 3. Curas a operados 4. Administrar medicamentos y tratamientos bajo orden médica 5. Administrar inyecciones 6. Asistir a partos normales 7. Realizar vacunaciones 8. Aplicar tratamientos específicos de cirujano callista y pedicuro o masajista.	1. Asistir a partos y sobre partos 2. Ejercer como auxiliares del médico en la asistencia a embarazadas bajo sus indicaciones

Tabla 21. Competencias Profesionales” de Enfermeras, Practicantes y Matronas, según la Orden de 26 de noviembre de 1945. Fuente: Sellán, 2009.

Tal como puede observarse en la tabla nº 21, y según lo que actualmente se entiende como competencia profesional, realmente lo que se describen son destrezas y habilidades que, evidentemente, deberían llevar implícitos conocimientos pero que hacen referencia principalmente al componente de –saber hacer”.

Por otra parte, es clara la diferencia en cuanto a número, las tareas y actividades que se les permiten realizar a los Practicantes en comparación con las Enfermera y Matronas.

Como se ha podido constatar hasta este momento, las escuelas de enfermeras estaban dirigidas a mujeres, al igual que ocurría en el caso de las matronas, mientras que la profesión de practicante la ejercían mayoritariamente varones.

1.3.6. El paso a Ayudante Técnico Sanitario (ATS)

En el tránsito de Enfermera a ATS, queda plasmado, principalmente en las siguientes normativas:

El Decreto de 27 de junio de 1952 ¹³⁴, mediante el que se refunden los planes de estudios de Enfermeras, Practicantes y Matronas, y por el que se crea la comisión Central de Estudios de enfermeras, como órgano asesor del Ministerio de Educación Nacional.

A partir de este momento, las escuelas de enfermeras serían de tres tipos: Escuelas oficiales, Escuelas de la Iglesia, Entidades Privadas.

Dependiendo todas de las Facultades de Medicina del Distrito Universitario.

La Orden de 4 de agosto de 1953 ¹³⁵, relativa al reconocimiento, funcionamiento y normas de estudios de las Escuelas de enfermeras de España. Los requisitos de ingreso para ingresar en las escuelas de enfermeras en, eran: haber cursado bachiller elemental o laboral, magisterio o grado pericial de comercio, ser presentada por dos personas de reconocida solvencia moral a fin de asegurar la adecuada conducta de la aspirante.

Existía también un periodo de prueba que se superaba al finalizar el primer semestre en el que se debía demostrar que se disponen de condiciones físicas, morales e intelectuales además de vocación suficiente para el ejercicio de la profesión.

En el caso de las escuelas de la Iglesia se implantan las asignaturas de ~~Religión~~” y ~~moral Profesional~~”.

En el segundo curso, como novedad, se encuentra las asignaturas de ~~Farmacología~~”, ~~Química Aplicada~~”, Elementos de Psicología” e Historia de la Profesión”; y en el tercer curso existía una orientación hacia aspectos comunitarios y de salud pública, no

meramente dirigidos a la persona enferma. Es decir, se incluían conceptos relacionados con la prevención de la enfermedad.

Otra novedad el plan de estudios de 1953 es la existencia de un examen de reválida como prueba que evidencia los conocimientos de las alumnas y que se llevaba a cabo al final de cada curso. Este examen se realizaba ante un tribunal médico. Persiste la formación teórica impartida por facultativos así como la práctica llevada a cabo por enfermeras religiosas.

La Orden de 4 de julio de 1955¹³⁶ es la que estableció, finalmente la denominación de ATS. Esta denominación conlleva el nombre de **Ayudante** (por lo tanto no tiene plena autonomía); **Técnico**, lo cual orienta que el tipo de actividades que desarrolla serán las que se agrupan en la esfera del “saber hacer”, si hablamos de competencias, en el ámbito **Sanitario**. Esta etapa de la enfermería se extiende desde este año hasta 1977.

Cabe señalar que, debido a que en España la edad de jubilación está fijada en los 65 años, actualmente existen en activo profesionales con este nombre que conviven con los actuales Diplomados y en breve espacio de tiempo puede que hasta con los Graduados en Enfermería.

En las tablas 22 y 23 se describe el plan de estudios correspondiente a los ATS, según la legislación de 1953 y la posterior de 1955.

PLAN DE ESTUDIOS DE ATS (ORDEN DE 4 DE AGOSTO DE 1953)													
ASIGNATURAS PRIMER CURSO													
<i>Religión</i>	<i>Moral profesional</i>	<i>Elementos de anatomía y Fisiología</i>	<i>Técnica del cuidado de enfermos</i>	<i>Bacteriología</i>	<i>Higiene</i>	<i>Elementos de química y Física</i>	<i>Matemáticas aplicadas</i>	<i>Formación política</i>	<i>Enseñanza del hogar</i>	<i>Educación física</i>	<i>Prácticas</i>		
ASIGNATURAS SEGUNDO CURSO													
<i>Religión</i>	<i>Moral profesional</i>	<i>Patología médica y quirúrgica</i>	<i>Técnica del cuidado de enfermos</i>	<i>Dietética</i>	<i>Farmacología</i>	<i>Elementos de psicología General</i>	<i>Historia de la profesión</i>	<i>Enseñanza del hogar</i>	<i>Educación física</i>	<i>Prácticas</i>			
ASIGNATURAS TERCER CURSO													
<i>Religión</i>	<i>Moral profesional</i>	<i>Órganos de los sentidos. Enfermedades infecciosas</i>	<i>Física</i>	<i>Maternología</i>	<i>Puericultura y Pediatría</i>	<i>Elementos de psicología</i>	<i>Psiquiatría e higiene mental</i>	<i>Medicina preventiva</i>	<i>Sociología</i>	<i>Formación política</i>	<i>Enseñanzas del hogar</i>	<i>Educación física</i>	<i>Prácticas</i>

Tabla 22. Plan de Estudios de ATS según la Orden del 4 de Agosto de 1953. Elaboración Propia.

*Cuatro horas

** Cuatro horas diarias en: Quirófano, Pediatría, Oftalmología, Otorrinolaringología, Puericultura, Salas de infecciosos, Psiquiatría, Visitas domiciliarias Sala de escayolas Estadística

<i>PLAN DE ESTUDIOS DE ATS (ORDEN DE 4 DE JULIO DE 1955)</i>											
<i>1º CURSO</i>	<i>Religión</i>	<i>Moral profesional</i>	<i>Anatomía funcional</i>	<i>Biología General e Histología Humana</i>	<i>Microbiología y Parasitología</i>	<i>Higiene General</i>	<i>Nociones de Patología General</i>	<i>Formación Política</i>	<i>Educación Física</i>		<i>Prácticas</i>
<i>2º CURSO</i>	<i>Religión</i>	<i>Moral profesional</i>	<i>Patología Médica</i>	<i>Patología Quirúrgica</i>	<i>Nociones de terapéutica y dietética</i>	<i>Elementos de psicología General</i>	<i>Historia de la profesión</i>	<i>Formación Política</i>	<i>Educación Física</i>		<i>Prácticas</i>
<i>3º CURSO</i>	<i>Religión</i>	<i>Moral profesional</i>	<i>Medicina y Cirugía de Urgencias</i>	<i>Higiene y Profilaxis de las enfermedades transmisibles</i>	<i>Obstetricia y Ginecología</i>	<i>Psicología Diferencial Aplicada</i>	<i>Medicina Social</i>	<i>Formación Política</i>	<i>Puericultura e higiene en la infancia</i>	<i>Educación Física</i>	<i>Prácticas</i>

Tabla 23. Plan de Estudios de ATS según la Orden de 4 de Julio de 1955. Elaboración propia.

Las competencias profesionales de los ATS se establecieron el Decreto 2319/60 de 17 de noviembre sobre la competencia profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, Enfermas y Matronas. Se resumen en la tabla 24 ¹¹⁷

<i>“COMPETENCIAS” PROFESIONALES</i> <i>Decreto 2319/60 de 17 de Noviembre ¹³⁷</i>	
<i>AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS, ENFERMERAS Y MATRONAS</i>	
1.	<i>Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.</i>
2.	<i>Auxiliar al personal médico en intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.</i>
3.	<i>Practicar curas a operados.</i>
4.	<i>Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habían de llamar perentoriamente.</i>
5.	<i>Asistir a partos normales cuando en la localidad no existían titulares especialmente capacitados para ello.</i>
6.	<i>Los practicantes tendrán las mismas funciones que los ATS.</i>
7.	<i>Las matronas están autorizadas para asistir partos puerperios normales no distócicos y aplicar tratamientos ordenados por el médico.</i>
8.	<i>Las enfermeras tendrán las mismas funciones que los ATS, excepto en la atención a partos. Se les prohíbe establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio libre.</i>

Tabla 24. Competencias Profesionales de ATS, Enfermeras y Matronas. Decreto 2319/60

El paso de de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios a Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional, ocurre en 1970 y queda recogido en La ley General de Educación de 4 de Agosto de ese año, siendo en el año 1973, cuando por el Real Decreto 2293/73 ¹³⁸ y, aunque en este momento las Escuelas de Enfermería quedan fuera, se

establecen las bases para que los hasta entonces ATS pudieran seguir solicitando la inclusión de los estudios de enfermería en la Universidad.

En las tablas 25 y 26 se recogen las funciones de las Enfermeras y los Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad social en Instituciones abiertas y cerradas. Las primeras son las instituciones en las que los pacientes no son ingresados, sino que son atendidos de modo ambulatorio, como pueden ser los consultorios o centros de especialidades mientras que las segundas son las residencias y ciudades sanitarias donde se atienden a los enfermos que están ingresados.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS (ATS) (En instituciones abiertas) Orden 26 de abril de 1973 ¹³⁹
1. <i>Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumpliendo las instrucciones del mismo en relación con el servicio.</i> 2. <i>Tener a su cargo el control de los archivos de las historias clínicas, ficheros para el buen funcionamiento del servicio o consulta</i> 3. <i>Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y aparataje clínico, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.</i> 4. <i>Atender al paciente y realizar todos los cometidos para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar.</i> 5. <i>Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.</i> 6. <i>Cumplimentar aquellas otras funciones que se señalan en los Reglamentos y las instrucciones propias de cada centro.</i>

Tabla 25. Competencias Profesionales de Enfermeras y ATS en instituciones abiertas. (Orden 26 de abril de 1973)

COMPETENCIAS PROFESIONALES
ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS (ATS)
En instituciones cerradas
(Orden 26 de abril de 1973)¹³⁹

1. Ejercer las funciones de auxiliar de médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquel.
2. Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.
3. Auxiliar al médico en las intervenciones quirúrgicas, practicar las curas de los operados y prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del Médico.
4. Observar y recoger los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes.
5. Procurar que se proporcione a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.
6. Tomar las medidas para un buen funcionamiento de los pacientes y contribuir en todo lo posible a la ayuda requerida por los facultativos y cooperar con ellos en beneficio de la mejor asistencia del enfermo.
7. Cuidar de la preparación de la habitación y cama para la recepción del paciente y su acomodación; vigilar la distribución de los regímenes alimenticios, atender a la higiene de los enfermos graves y hacerlas camas de los mismos con la ayuda de las Auxiliares de Clínica.
8. Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones quirúrgicas o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos.
9. Realizar una atenta observación de cada paciente, recogiendo por escrito todas aquellas alteraciones que el médico deba conocer para la mejor asistencia del enfermo.
10. Anotar cuidadosamente todo lo relacionado con la dieta y la alimentación de los enfermos.
11. Realizar sondajes, disponer los equipos de todo tipo para intubaciones, punciones, drenajes continuos y vendajes, etc. Así como preparar lo necesario para una asistencia urgente.
12. Custodiar las historias clínicas y demás antecedentes necesarios para una correcta asistencia, cuidando en todo momento de la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.
13. Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, de cuantos aparatos clínicos se utilicen en la institución, manteniéndolos ordenados y en condiciones de perfecta utilización, así como efectuar la preparación adecuada del carro de curas e instrumental, y de cuarto de trabajo.
14. Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
15. Mantener informados a sus superiores inmediatos de las necesidades de las Unidades de Enfermería o cualquier otro problema que haga referencia a las mismas.
16. Orientar las actividades del personal de limpieza, en cuanto se refiere a su actuación en el área de enfermería.
17. Llevar los libros de órdenes y Registro de Enfermería anotando en ellos correctamente todas las indicaciones.

Tabla 26. Competencias de Enfermeras y ATS en instituciones cerradas según la Orden de 26 de abril de 1973. Sellán, 2009.

En 1976 se crea una “Comisión Interministerial” para revisar y reformar los estatutos de los ATS. En este grupo de trabajo participan representantes del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación, de colegios profesionales y representantes sindicales, además de dos médicos y dos enfermeras, como asesores. En dicha comisión se analizaron y debatieron las competencias de los diversos profesionales sanitarios, los niveles educativos para cada grupo profesional, así como los centros de formación.

En aquellos momentos, cada vez son más las reivindicaciones de ATS e incluso de los estudiantes para que se integraran los estudios dentro de la formación superior. La respuesta a estas movilizaciones aparece en Julio de 1977 con la publicación del Real decreto 2128/77¹⁴⁰ sobre la “integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como escuelas Universitarias”. En su artículo primero establece que las escuela de ATS dependientes de otros departamentos ministeriales o del instituto nacional de previsión, se convertirían en Escuelas Universitarias, previa solicitud de los las primeras al rectorado de la Universidad a la que deban quedar adscritas. Estas Escuelas adscritas pasarían a llamarse Escuelas Universitarias de Enfermería (artículo 2) y la duración de los estudios sería de tres años. (Artículo 2). El primer curso de enfermería como estudio universitario se realiza en el curso académico 1977-1978 conforme al régimen de la Ley General de Educación. (Artículo quinto, dos). Los planes de estudios los debía elaborar la propia Universidad de acuerdo con la Ley general de Educación de 1970, para acceder a los estudios sería necesario haber superado el curso de orientación Universitarios o estar en habilitado para el acceso a la Universidad, siempre y cuando cumplan los requisitos precisos según la legislación docente y el título que se recibiría al superar los estudios sería el de Diplomado Universitario en Enfermería.

1.3.7. De Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado en Enfermería (DUE)

La orden de 31 de octubre de 1977¹⁴¹ establece las directrices para la elaboración del Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería. En este documento se hace referencia a la duración. Distribución de enseñanzas por áreas de conocimientos, el número de horas y su distribución entre teóricas y prácticas. Asimismo recoge el nombre de las asignaturas que se han de cursar, su temporalización (anual o cuatrimestral y por curso académico).

En la siguiente tabla se muestran los requisitos previos para acceder a los estudios de Diplomado Universitario en Enfermería, según la Orden de 31 de Octubre de 1977:

DIRECTRICES PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE ESTUDIOS DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA
CONDICIONES REQUERIDAS AL INGRESO Bachiller y COU Pruebas de aptitud, según la Ley 30/1974
DURACIÓN Tres cursos académicos.
DISTRIBUCIÓN DE LAS ENSEÑANZAS POR ÁREAS DE CONOCIMIENTO ➤ Ciencias básicas ➤ Ciencias médicas ➤ Ciencias de la enfermería ➤ Ciencias de la conducta ➤ Salud publica
HORAS: 4600h en total Teoría: ➤ No se debe exceder el nº de 16 asignaturas entre las obligatorias. ➤ Se podrán proponer hasta cuatro optativas entre las cuales debe aparecer obligatoriamente –Ética Profesional. ➤ En total no sobrepasarán las 20asignaturas ➤ Se incluirá una descripción de los contenidos de las asignaturas. Prácticas: el 50% asignado a las prácticas
La enseñanza teórica, practica, conocimientos técnicos y adiestramiento clínico, deben estar integrados y coordinados

Tabla 27. : Directrices para la elaboración del plan de estudios de Diplomado Universitarios en Enfermería según la Orden de 31 de octubre de 1977. Elaboración Propia..

En esta misma Orden queda contemplado el plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería que estaría vigente hasta los años 90 y que se muestra a continuación:

Plan de estudios de Diplomado en Enfermería (Orden de 31 de octubre de 1977)			
AREA DE CONOCIMIENTO	1º CURSO	2º CURSOº	3º CURSO
<i>CIENCIAS BÁSICAS</i>	<i>Biofísica y Bioquímica</i> (cuatrimestral)		
<i>CIENCIAS MEDICAS</i>	<i>Anatomía y Fisiología</i> (Anual)	<i>Farmacología y dietética</i> (Anual)	<i>Farmacología terapéutica y física</i> (Anual)
<i>CIENCIAS DE LA CONDUCTA</i>	<i>Ciencias de la conducta I</i> (cuatrimestral)	<i>Ciencias de la conducta II</i> (cuatrimestral)	<i>Ciencias de la conducta III</i> (cuatrimestral)
<i>CIENCIAS ENFERMERÍA</i>	<i>Enfermería fundamental</i> (Anual)	<i>Médico-quirúrgica I (Anual)</i> <i>Materno-infantil (cuatrimestral)</i>	<i>Médico-quirúrgica II (Anual)</i> <i>Psiquiatría y Geriatria</i> (cuatrimestral)
<i>SALUD PUBLICA</i>		<i>Salud Pública I</i> (Anual)	<i>Salud Pública II</i> (Anual)
<i>OPTATIVA</i>			

Tabla 28. Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería según la Orden 31 de octubre de 1977 (Elaboración propia)

El Real Decreto 1466/1990¹⁴², de 26 de octubre establece el Título Universitario oficial Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. Hace referencia a que las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería debían proporcionar una serie de conocimientos, capacidades y experiencia clínica que se recogen en la tabla nº 29.

<i>Directrices Generales para el Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería Real Decreto 1466/1990</i>
<i>1. Un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y de las personas enfermas, así como las relaciones que existen entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.</i> <i>2. Un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados.</i> <i>3. Una experiencia clínica adecuada: esta, que conviene elegir por su valor formativo, deberá adquirirse bajo el control de personal de enfermería cualificado y en los lugares donde la importancia del personal cualificado y los equipos sean los apropiados para los cuidados de enfermería que haya que dispensar al enfermo.</i> <i>4. La capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con ese personal.</i>

Tabla 29. Directrices Generales para el plan de estudios de Diplomado Universitario en Enfermería según el Real Decreto 1466/1990.

Como se puede observar se refiere a los conocimientos que debían adquirir los Diplomados Universitarios en Enfermería y a la “experiencia clínica adecuada”, no haciendo referencia explícita, en ningún caso, a las competencias profesionales, si bien esto es lo que se aproximaría a las mismas.

En la siguiente tabla se recoge el plan de estudios publicado en este Real Decreto:

<i>Materias Troncales</i>	CRÉDITOS		
	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>TO</i>
<i>Administración de los Servicios de Enfermería</i>	4	3	7
<i>Ciencias Psicosociales Aplicadas</i>	4	2	6
<i>Enfermería Comunitaria. Ecología Humana</i>	13	13	26
<i>Enfermería Geriátrica</i>	2	4	6
<i>Enfermería Materno-infantil</i>	4	10	14
<i>Enfermería Médico-quirúrgica</i>	12	36	48
<i>Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental</i>	2	4	6
<i>Estructura y Función del Cuerpo Humano</i>	6	2	8
<i>Farmacología, Nutrición y Dietética</i>	6	2	8
<i>Fundamentos de Enfermería</i>	5	7	12
<i>Legislación y Ética Profesional</i>	2	0	2

*Tabla 30. Plan de Estudios del Diplomado Universitario en Enfermería según el RD 1466/1990.
Elaboración Propia.*

Créditos: T: Teóricos; P: Prácticos y TO: Totales.

Los hasta entonces ATS tendrían la oportunidad de adaptar su título al de Diplomado en Enfermería mediante un Curso de Nivelación que queda regulado por el Real Decreto 111/1980¹⁴³ de 11 de enero y por la Orden de 15 de julio de 1980¹⁴⁴. La planificación de este curso fue encomendada por el Ministerio de Educación a la Universidad de Educación a Distancia (UNED).

Ser diplomado Universitario en Enfermería era uno de los requisitos necesarios para poder impartir docencia en las escuelas universitarias, por lo tanto los profesores que consiguieron realizar este curso de nivelación (el primer examen se realizó en Madrid en junio de 1981) pudieron firmar las actas de la primera promoción de Diplomados Universitarios en Enfermería.

Para poder conseguir por esta vía el Título de Diplomado en enfermería, los interesados deberían superar una serie de asignaturas que aparecen en la orden del 15 de julio de 1980 con el objetivo de completar la formación de los ATS adaptándola al plan de estudios que establece la orden de 31 de octubre de 1977¹⁴¹.

A partir de la Ley Orgánica 11/1983¹⁴⁵, de 25 de agosto de Reforma Universitaria (LRU) se producen una serie de cambios entre los que cabe destacar que se permite que los Diplomados en Enfermería se presenten a concursos de profesores y accedan a los puestos de Titulares de Escuelas Universitarias, dado que está permitida la creación de Departamentos de Enfermería. Sin embargo, no se puede llegar al pleno desarrollo de la carrera docente de los Profesores Enfermeros porque, al tratarse de una Titulación de primer ciclo no pueden aspirar desde su propia disciplina a ser Doctores en la misma. Por lo tanto, determinados puestos en los que se exige dicho Título de Doctor, como son el de director de departamento de investigación y el de Catedrático de Escuela Universitaria no pueden ser ocupados por Diplomados en Enfermería. Algo parecido ocurre con determinados cargos de Gestión hospitalaria o del nivel primario de Salud, que quedan restringidos a Licenciados.

Otros cambios pueden resumirse revisando las siguientes normativas:

- Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional (BOE 14/12/1987) ¹⁴⁶
- Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre. Se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. (BOE 20-11-90). ¹⁴²
- Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre. Rectifica el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre. (BOE 28-12-90). ¹⁴⁷
- Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio. Modifica parcialmente el Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre. (BOE 11-6-97). ¹⁴⁸
- Real Decreto 1561/1997, de 10 de octubre. Modifica parcialmente el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre. (BOE 4-11-97). ¹⁴⁹
- Real Decreto 371/2001, de 6 de abril. Se modifican parcialmente diversos Reales Decretos por los que se establecen títulos universitarios oficiales y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquellos. (BOE 27-4-2001) ¹⁵⁰

A continuación se muestran, a modo de ejemplo, los planes de estudios de la Escuela de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid correspondientes a los años 1993, el cual se mantuvo hasta el 2001, y el plan de estudios que entró en vigor en ese año y que se ha mantenido hasta que se ha aprobado el plan de estudios del nuevo Grado en Enfermería.

PLAN DE ESTUDIOS DIPLOMADO UNIVERSITARIOS EN ENFERMERÍA (UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, AÑO 1993)												
CURSO		MATERIAS TRONCALES (T)		MATERIAS OBLIGATORIAS(O)		MATERIAS OPTATIVAS (OP)		CRÉDITOS LIBRE CONFIGURACIÓN (LC)		TOTALES		
1º		40,5		21		0		13,5		75		
2º		54		16		0		5		75		
3º		50,5		20,5		0		4		75		
CARGA LECTIVA GLOBAL: 225 CRÉDITOS												
ASIGNATURAS												
1º Curso	Salud Pública I Troncal (T) 10,5 Crd	Administración de Servicios de Enfermería (T) 7 Crd	Ciencias Psicosociales Aplicadas I (T) 3 Crd	Fundamentos de Enfermería (T) 12 Crd	Fisiología Humana (T) 3 Crd	Anatomía Humana (T) 3 Crd	Bioquímica (T) 2 Crd	Metodología de la Investigación en Enfermería (O) 5 Crd	Enfermería Clínica Básica Obligatoria (O) 3 Crd	Biología Humana (O) 13 Crd Op: 0 crd		
2º Curso	Salud Pública II (T) 7 Crd	Ciencias Psicosociales Aplicadas II (T) 3 Crd	Farmacología (T) 6 Crd	Nutrición y Dietética (T) 2 Crd	Enfermería Materno-Infantil (T) 16 Crd	Enfermería Médico-Quirúrgica I (T) 20 Crd		Historia de Enfermería (O) 3 Crd	Drogodependencias (O) 3 Crd	Salud Comunitaria (O) 3 Crd	Generalidades Médico Quirúrgicas (O) 7 Crd	
3º Curso	Enfermería Comunitaria (T) 8,5	Legislación y Ética Profesional (T) 2	Enfermería Médico Quirúrgica II (T) 28	Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (T) 6	Enfermería Geriátrica (T) 6	Educación Sanitaria (O) 4		Evaluación Sanitaria (O) 3	Farmacología Clínica (O) 3	Especialidades Médico quirúrgicas (O) 4,5	Enfermería Clínica Avanzada (O) 3	Bioética en Enfermería (O) 3

Tabla 31. Plan de Estudios Universidad Complutense de Madrid. Año 1993. Fuente UCM. Elaboración propia.

En las asignaturas de marcado carácter clínico ("prácticas clínicas"), entre las cuales se engloban: Salud Pública I, Fundamentos de Enfermería, Enfermería Clínica Básica, Salud Pública II, Enfermería Médico Quirúrgica I y II, Enfermería Comunitaria, Generalidades Médico Quirúrgicas, Especialidades Médico Quirúrgicas, Enfermería Clínica Avanzada, al crédito práctico se le asigna una equivalencia de 30 horas.

**PLAN DE ESTUDIOS DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DESDE EL AÑO 2001 HASTA EL 2009
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID)**

CICLO	CURSO	MATERIAS TRONCALES	MATERIAS OBLIGATORIAS	MATERIAS OPTATIVAS	CRÉDITOS DE LIBRE CONFIGURACIÓN	TRABAJO FIN DE CARRERA	TOTALES
I CICLO	1º	53	9	-	22,5	-	62*
	2º	66,5	4,5	-		-	71*
	3º	56	13,5	-		-	69,5*
TOTAL		175,5	27	-	22,5	-	225
PRIMER CURSO							
ASIGNATURA			CARÁCTER	ORDENACIÓN TEMPORAL	CRÉDITOS		
					TEÓRICOS	PRÁCTICO/ CLÍNICOS	TOTAL
Fisiología			Troncal	Anual	8,5	0,5	9
Anatomía			"	"	8	1	9
Fundamentos de Enfermería			"	"	5	7	12
Ciencias Psicosociales Aplicadas			"	1º Cuatrimestre	4	2	6
Bioquímica			"	"	4	1	5
Bases Científicas de Enfermería			Obligatoria	"	3	1,5	4,5
Administración de los Servicios de Enfermería			Troncal	2º Cuatrimestre	4	3	7
Salud Pública			"	"	3	2	5
Historia de Enfermería			Obligatoria	"	4	0,5	4,5
CRÉDITOS DE LIBRE CONFIGURACIÓN				-	-	-	-
TOTAL					43,5	18,5	62*

SEGUNDO CURSO					
ASIGNATURA	CARÁCTER	ORDENACIÓN TEMPORAL	CRÉDITOS		
			TEÓRICOS	PRÁCTICO/ CLÍNICOS	TOTAL
<i>Enfermería Comunitaria I</i>	<i>Troncal</i>	<i>Anual</i>	7	5	12
<i>Enfermería Materno – Infantil I</i>	"	"	4	5	8
<i>Enfermería Médico – Quirúrgica I</i>	"	"	12	16	28
<i>Enfermería Materno – Infantil II</i>	"	<i>1^{er} Cuatrimestre</i>	3	5	9
<i>Farmacología</i>	"	"	4	1	5
<i>Nutrición Humana</i>	"	<i>2^o Cuatrimestre</i>	3,5	1	4,5
<i>Drogodependencias</i>	<i>Obligatoria</i>	"	4,5	0	4,5
CRÉDITOS DE LIBRE CONFIGURACIÓN		-	-	-	-
TOTAL			38	33	71*
TERCER CURSO					
ASIGNATURA	CARÁCTER	ORDENACIÓN TEMPORAL	CRÉDITOS		
			TEÓRICOS	PRÁCTICO/ CLÍNICOS	TOTAL
<i>Enfermería Comunitaria II</i>	<i>Troncal</i>	<i>Anual</i>	3	6	9
<i>Enfermería Médico - Quirúrgica II</i>	"	"	10,5	20	30,5
<i>Enfermería Geriátrica</i>	"	<i>1^{er} Cuatrimestre</i>	2	4	6
<i>Legislación y Ética Profesional</i>	"	"	4	0,5	4,5
<i>Especialidades Médico - Quirúrgicas</i>	<i>Obligatoria</i>	"	4	0,5	4,5
<i>Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental</i>	<i>Troncal</i>	<i>2^o Cuatrimestre</i>	2	4	6
<i>Educación Sanitaria</i>	<i>Obligatoria</i>	"	4	0,5	4,5
<i>Farmacología Clínica</i>	"	"	4,5	0	4,5
CRÉDITOS DE LIBRE CONFIGURACIÓN		-	-	-	-
TOTAL			34	35,5	69,5

Tabla 32. Plan de Estudios de la Universidad Complutense de Madrid desde el año 2001 al año 2009

* Los créditos de Libre Configuración se asignan a CICLO. Se otorgan, por equivalencia créditos correspondientes a prácticas en empresas, instituciones públicas o privadas, etc., y materias troncales, obligatorias, optativas, y trabajos de fin de carrera, cuya expresión del referente de equivalencia en las asignaturas con especial CARÁCTER clínico es el siguiente: Salud Pública, Enfermería Comunitaria I, Enfermería Comunitaria II, Enfermería Materno – Infantil I, Enfermería Materno – Infantil II, Enfermería Médico – Quirúrgica I, Enfermería Médico – Quirúrgica II, Farmacología y Fundamentos de Enfermería. Cada crédito práctico equivale a 35 horas. NOTA: Los alumnos deberán cursar durante la Diplomatura un total de 22,5 créditos de Libre Elección.

1.3.8. De Diplomado Universitario en Enfermería a Graduado en Enfermería

Entre las modificaciones que supone la adaptación al EEES, acabe destacar, por una parte, el cambio de estructura de los estudios en el sistema de tres ciclos formativos: el Grado, el Posgrado y el Doctorado y por otra, el diseño de los currículos por competencias, competencias que los estudiantes deben adquirir antes de su incorporación al mercado laboral. Los estudios de enfermería no son ajenos a estos cambios y por eso, en la actualidad todas las Universidades donde se imparten estos estudios, se han adaptado al llamado “Plan Bolonia” considerando la adquisición de competencias por parte de los estudiantes como un aspecto fundamental para el futuro profesional de Enfermería.

Existen varios referentes relacionados con la nueva estructura de las enseñanzas universitarias adaptadas al EEES, algunos de ellos citados previamente, como son las distintas declaraciones de ministros mencionadas anteriormente ⁶⁴⁻⁷², el documento marco sobre la convergencia europea ³ y por supuesto el RD 1393/ 2007 ¹, su modificación, el Real Decreto 861/2010 ², de 2 de julio.

En el artículo 8 del Capítulo II del R. D. 1393/2007 se recoge la estructura general de las enseñanzas Universitarias Oficiales: *“Las enseñanzas universitarias conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional se estructurarán en tres ciclos, denominados respectivamente Grado, Máster y Doctorado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 37 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, en su nueva redacción dada por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la anterior y en este real decreto”*.

En su Artículo 9 hace referencia específica a las Enseñanzas de Grado:

- *“Las enseñanzas de Grado tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional”*.
- *“La superación de las enseñanzas previstas en el apartado anterior dará derecho a la obtención del título de Graduado o Graduada, con la denominación específica que, en cada caso, figure en el RUCT”*.

- *“La denominación de los títulos de Graduado será: Graduado o Graduada en T por la Universidad U, siendo T el nombre del Título y U la denominación de la Universidad que expide el título. En el Suplemento Europeo al Título, de acuerdo con las normas que lo regulen, se hará referencia a la rama de conocimiento en la que se incardine el título. En todo caso, las Administraciones Públicas velarán por que la denominación del título sea acorde con su contenido, y en su caso, con la normativa específica de aplicación, coherente con su disciplina y no conduzca a error sobre su nivel o efectos académicos ni a confusión sobre su contenido y, en su caso, efectos profesionales”.*

Siguiendo con este RD, En el capítulo III sobre las Enseñanzas universitarias oficiales de Grado, concretamente en el Artículo 12, se hace referencia las Directrices para el diseño de títulos de Graduado.

- *“Los planes de estudios conducentes a la obtención del título de Graduado serán elaborados por las universidades y verificados de acuerdo con lo establecido en el presente real decreto”.*
- *“...tendrán 240 créditos, que contendrán toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: aspectos básicos de la rama de conocimiento, materias obligatorias u optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, trabajo de fin de Grado u otras actividades formativas”.*
- *“Estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa de un trabajo de fin de Grado”*
- *“La Universidad propondrá la adscripción del correspondiente título de Graduado o Graduada a alguna de las siguientes ramas de conocimiento: a) Artes y Humanidades, b) Ciencias, c) Ciencias de la Salud, d) Ciencias Sociales y Jurídicas y e) Ingeniería y Arquitectura. Dicha adscripción será igualmente de aplicación en aquellos casos en que el título esté relacionado con más de una disciplina y se hará respecto de la principal”.*

En el caso del Grado en Enfermería, se adscribe a la rama de Ciencias de la Salud.

El siguiente apartado, tras la modificación del 2 de julio queda redactado de la siguiente forma:

- *“El plan de estudios deberá contener un mínimo de 60 créditos de formación básica. De ellos, al menos 36 estarán vinculados a algunas de las materias que figuran en el anexo II de este real decreto para la rama de conocimiento a la que se pretenda adscribir el título y deberán concretarse en asignaturas con un mínimo de 6 créditos cada una, que deberán ser ofertadas en la primera mitad del plan de estudios. Los créditos restantes hasta 60, en su caso, deberán estar configurados por materias básicas de la misma u otras ramas de conocimiento de las incluidas en el anexo II, o por otras materias siempre que se justifique su carácter básico para la formación inicial del estudiante o su carácter transversal”.*
- *“Si se programan prácticas externas, éstas tendrán una extensión máxima de 60 créditos y deberán ofrecerse preferentemente en la segunda mitad del plan de estudios”.*
- *“El trabajo de fin de Grado tendrá entre 6 y 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título”.*

El apartado nº 8 también se modifica en el RD 861/2010, de 2 de julio respecto al 1393/2007 quedando de la manera siguiente:

- *“De acuerdo con el artículo 46.2.i) de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, los estudiantes podrán obtener reconocimiento académico en créditos por la participación en actividades universitarias culturales, deportivas, de representación estudiantil, solidarias y de cooperación. A efectos de lo anterior, el plan de estudios deberá contemplar la posibilidad de que los estudiantes obtengan un reconocimiento de al menos 6 créditos sobre el total de dicho plan de estudios, por la participación en las mencionadas actividades”.*

DIRECTRICES PARA EL DISEÑO DE LOS TÍTULOS OFICIALES DE GRADO RD 1393/2007¹ Y SU MODIFICACIÓN 861/2010²			
240 ECTS			
FORMACIÓN BÁSICA	FORMACIÓN ESPECÍFICA	PRÁCTICUM RD: max 60ECTS	ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS
60 ECTS. (36 mín. De la misma rama de conocimiento)	Materias Obligatoria y Optativas	Incluye Practicas Externas + Trabajo Fin de Grado ENTRE 6 Y 30 ECTS	MÍNIMO 6 ECTS

Tabla 33. Distribución de los créditos de los estudios de Grado en la planificación. Fuente: RD1393/2007 y RD 861/2010. Elaboración propia

Si bien, esto es lo que establece la normativa vigente a nivel general para todas las Titulaciones Universitarias en España, el Ministerio ha regulado la formación de la Titulación de Grado en Enfermería con la Orden CIN 2134/2008¹⁵¹ de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. En la tabla siguiente se recoge la distribución de créditos para el plan de estudios del actual Grado en Enfermería según la mencionada orden ministerial:

DIRECTRICES PARA EL DISEÑO DEL TÍTULO OFICIAL DE GRADO EN ENFERMERÍA. ORDEN CIN 2134/2008			
240 ECTS			
FORMACIÓN BÁSICA COMÚN	FORMACIÓN ESPECÍFICA CIENCIA ENFERMERA	PRÁCTICUM + TRABAJO FIN DE GRADO	ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS
60 ECTS. (36 mín. De la misma rama de conocimiento)	Materias Obligatoria y Optativas de la Ciencia Enfermera MÍNIMO 60 ECTS	Incluye Practicas Externas + Trabajo Fin de Grado 90 ECTS	MÍNIMO 6 ECTS

Tabla 34. Distribución de los Créditos para el Título Oficial de Grado en Enfermería según la Orden CIN 2134/2008

Siguiendo estos criterios y directrices, a modo de ejemplo, se muestra el plan de estudios de Grado en Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), publicado para el curso 2010-2011:

<i>TIPO DE ASIGNATURA</i>	<i>ECTS</i>
<i>Formación Básica</i>	60
<i>Obligatorias</i>	84
<i>Optativas</i>	6 (Libre participación)
<i>Prácticas Externas</i>	84
<i>Trabajo Fin de Grado</i>	6
<i>TOTAL</i>	240

*Tabla 35. Distribución de Créditos para el plan de estudios de Grado en Enfermería en la UCM.
Elaboración propia*

Plan de Estudios del Grado en Enfermería. Universidad Complutense de Madrid (UCM) (Curso 2010-2011)										
1º Curso	Fisiología Humana 6 ECTS	Anatomía Humana 6 ECTS	Bioquímica 6 ECTS	Psicología 6 ECTS	Sociología 6 ECTS	Informática 6 ECTS	Productos Sanitarios 6 ECTS	Fundamentos de Enfermería 6 ECTS	Metodología de la Práctica Enfermera 6 ECTS	54 ECTS
2º Curso	Fisiología: Nutrición 6 ECTS	Fisiología: Fisiopatología 6 ECTS	Farmacología 6 ECTS	Enfermería Clínica I 6 ECTS	Salud Pública 6 ECTS	Prácticas Clínicas de Enfermería: Cuidados Básicos I 18 ECTS		Prácticas Clínicas de Enfermería: Metodología Enfermera 12 ECTS		60 ECTS
3º Curso	Legislación y Gestión de los Servicios de Enfermería 6 ECTS	Enfermería Clínica II 6 ECTS	Enfermería Comunitaria I 6 ECTS	Enfermería Comunitaria II 6 ECTS	Enfermería Materno-Infantil 6 ECTS	Prácticas Clínicas de Enfermería I 18 ECTS		Prácticas Clínicas de Enfermería II 12 ECTS		60 ECTS
4º Curso	Prescripción de Enfermería 6 ECTS	Enfermería Clínica III 6 ECTS	Enfermería Comunitaria III: Educación para la Salud 6 ECTS	Enfermería de Salud Mental y Adicciones 6 ECTS	Enfermería de la Vejez, Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor 6 ECTS	Prácticas Tuteladas de Enfermería III 12 ECTS		Prácticas Tuteladas de Enfermería IV 12 ECTS	Trabajo Fin de Grado 6 ECTS	60 ECTS
Plan de Estudios que consta de 240 ECTS, 6 de los cuales el estudiante cursará a lo largo de los cuatro cursos como créditos de optativas.										234 + 6 de Optativas

Tabla 36. Plan de estudios del Grado en Enfermería UCM. Curso 2010-2011. Fuente: UCM. Elaboración propia.

Comparando los Planes de estudios correspondientes a la Diplomatura y al Grado, una de las diferencias radica en la inclusión de la asignatura “*informática*”, asignatura que no aparecía en el plan de estudios de esta Universidad previo al Grado, otra es que el ~~practicum~~ “*practicum*” en el Grado se concibe como una asignatura independiente y no integrada en otras, tal como ocurría con la diplomatura y tal vez la más significativa, desde nuestro punto de vista, y que cabe destacar de este nuevo plan de estudios es la Asignatura de “*Prescripción Enfermera*”, que se incluye en el 4º curso del Grado.

La Prescripción Enfermera es una nueva competencia que queda reconocida a partir de la aprobación de la Ley 28/2009, de 30 de diciembre¹⁵², de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio¹⁵³, el 22 de diciembre de 2009. En esta Ley, las Cortes Generales aprueban las garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, reconociendo la capacidad legal de las enfermeras para “*indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación*”. Además, encomienda al Gobierno la regulación de “*la indicación, uso y autorización de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros (...) mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud*”. El Gobierno, pues, debe establecer con la participación de las organizaciones colegiales “*los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales, con efecto en todo el territorio del Estado*”.

En esta normativa se recogen las directrices en cuanto a los medicamentos no sujetos a receta médica (art. 2), los cuales permite que las enfermeras los “*usen e indiquen*” y además, el decreto crea una ~~orden~~ “*orden de dispensación enfermera en oficinas de farmacia*”, es decir, una receta enfermera oficial. Aquellas enfermeras que hayan superado un curso de formación básica pueden recetar de manera autónoma, dentro de la prestación pública y con sus propios talonarios de órdenes de dispensación enfermera en oficinas de farmacia hasta 96 fármacos y todos los productos sanitarios. De esta manera, las enfermeras adquieren personalidad administrativa en las oficinas de farmacia.

Con respecto a los medicamentos sujetos a receta médica, el artículo 4 del decreto prevé que las enfermeras *“podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados”*, establecidos en una previa indicación y prescripción médica u odontológica, siempre que este seguimiento protocolizado sea expresamente autorizado por éstos. Y, lo más notable es que deberá quedar constancia en la historia clínica *“de la correcta identificación de todos y cada uno de los cambios que se introduzcan en el citado tratamiento y del profesional que los ordena, debiendo hacer constar la fecha y hora en que se produce cada anotación. Todo ello deberá realizarse en una hoja de tratamiento única y compartida por los y las profesionales que atienden al paciente”*.

El acceso compartido de las enfermeras a la historia clínica posee un extraordinario valor simbólico, tanto para las enfermeras como para los médicos, ya que no se trata simplemente de que los documentos generados por las enfermeras, como la ~~hoja~~ hoja de enfermería”, se incorporen al historial clínico, sino que se crea una hoja de tratamiento ~~única y compartida~~ por médico y enfermera.¹⁵⁴

CAPÍTULO 4: COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD

1.4. COMPETENCIAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD

1.4.1. Las Competencias Profesionales de Enfermería en Europa.

Existen una serie de referentes relacionados con las funciones y competencias de los profesionales de la enfermería. Entre ellos se encuentra el **Marco de competencias del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para la enfermera generalista**.¹⁵⁵

El CIE, fundado en 1899, ha actuado desde hace más de un siglo como defensor mundial de la enfermería y la atención de salud, con el fin de promover la más alta calidad posible de los servicios de enfermería. Este organismo considera que la enfermera de cuidados generales está capacitada para trabajar en el ámbito general del ejercicio de la profesión en enfermería y haciéndose eco de una realidad, que incluye la libre y rápida circulación de profesionales por todo el mundo, ha definido cuáles son las competencias internacionales de la enfermera generalista y estima que éstas son válidas y fundamentales para el ejercicio de la enfermería en los comienzos del siglo XXI aunque se compromete a actualizarlas según sea necesario para adaptarse al entorno mundial rápidamente cambiante.

El Consejo de Representantes Nacionales del CIE define a la enfermera como *“una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación posbásica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada. La enfermera está preparada y autorizada para: 1) dedicarse al ámbito general de la práctica de la enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar*

plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación” ¹⁵⁶

La función propia de las enfermeras al atender a las personas, enfermas o sanas es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, actividades que realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo más rápidamente posible. En el entorno total de la atención de salud, las enfermeras comparten con los demás profesionales de salud y con los de otros sectores del servicio público, las funciones de planificación, aplicación y evaluación para conseguir que el sistema de atención de salud sea adecuado para promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas ¹⁵⁷

El código deontológico del CIE ¹⁵⁸ es la base de las competencias y es fundamental para la práctica de la enfermería dondequiera y con quienquiera que se practique.

A continuación se describen las funciones, competencias y actividades de los Profesionales de Enfermería en Bélgica, Francia, Inglaterra, Irlanda, y Portugal ¹⁵⁹.

En Bélgica, el Libro Blanco de la Profesión Enfermera presenta las siguientes funciones:

- Administración y gestión de los cuidados de enfermería directos.
- Formación de los pacientes/clientes y del personal de salud.
- La acción como miembro eficaz de un equipo de cuidados de salud a los diversos niveles de un sistema de cuidados de salud
- El desarrollo de una práctica de cuidados de enfermería basada en un espíritu crítico y de investigación

La legislación belga regula también las actividades de enfermería que pueden ser desarrolladas por *les praticants de l'art infirmier* y las clasifica en: Tratamientos, Alimentación e hidratación, Movilización, Higiene, Actividades relacionadas con el diagnóstico, Tratamientos y colaboración con el médico. ¹⁶⁰

En Francia, el *Décret n° 93-345* ¹⁶¹ recoge las actividades relacionadas con el ejercicio de la profesión enfermera, siendo éstas:

- Proteger, mantener, restaurar y promover la salud de las personas o la autonomía de sus funciones vitales físicas y psíquicas, teniendo en cuenta la personalidad de cada uno de sus componentes psicológico, social, económico y cultural.
- Prevenir y evaluar el sufrimiento de las personas y participar en su cuidado.
- Participar en la recogida de información que será utilizada por el médico para establecer su diagnóstico.
- Aplicar las prescripciones médicas y los protocolos establecidos por el médico.
- Participar en la supervisión clínica de los pacientes y en la puesta en práctica de la terapéutica.
- Favorecer el mantenimiento, inserción o reinserción de las personas en su vida social y familiar.
- Acompañar los pacientes en el final de su vida.
- Proponer, organizar o participar en actividades de formación inicial y continuada del personal enfermero, de las personas que le asisten y, eventualmente, de otro personal de salud.
- Proponer, organizar o participar en acciones de formación, de prevención y de educación en el ámbito de los cuidados de atención primaria y comunitaria.
- Proponer, organizar o participar en la investigación en el campo de la enfermería.

En Inglaterra, el *Nursing & Midwifery Council (NMC)* ¹⁶² destaca, entre otras, las siguientes competencias para poder ser una enfermera registrada:

- Demostrar un compromiso ante la necesidad de desarrollo profesional continuado con la finalidad de progresar en el conocimiento, las habilidades, los valores y las actitudes necesarias para una práctica efectiva y sin peligros de la enfermería.

- Identificar las necesidades de desarrollo profesional a través de la participación en actividades como la investigación, la práctica y la formación continuada.
- Mejorar el desarrollo profesional de otros profesionales a través del soporte, el liderazgo, la supervisión, el desarrollo personal y el aprendizaje.
- Practicar la enfermería sin discriminación reconociendo las diferencias culturales y de creencias.

En Irlanda, el Irish Nursing Organization ¹⁶³ El Review of Scope of Practice for Nursing and Midwifery final Report especifica las funciones que las enfermeras perciben como propias: Cuidado de los pacientes, Asesoramiento sobre las necesidades de los pacientes y el desarrollo de planes de cuidados, Promoción de la salud, Educación y desarrollo, Defensa del paciente, Trabajo en equipo y Gestión.

Por último en **Portugal**, en un Decreto Ley de 1991 ¹⁶⁴ se manifiesta que, gracias a la evolución de la formación de base y a la complejidad y dignificación de su ejercicio profesional, se reconoce el valor del rol de la enfermería en el ámbito de la comunidad científica de la salud. La licenciatura de Enfermería establece tres áreas de actuación: a) Prestación de cuidados, correspondiente a las categorías de enfermera, enfermera graduada y enfermera especialista; b) Gestión, correspondiente a las categorías de enfermera jefe, enfermera supervisora y directora de enfermería; y c) asesoría técnica, correspondiente a las categorías de asesor técnico regional de enfermería y asesor técnico de enfermería. Cada una de estas áreas tiene asociadas unas funciones propias.

1.4.2. Las Competencias Profesionales de Enfermería en España

En España varios son los documentos que se pueden tomar como referencia para establecer el marco de competencias del Profesional de Enfermería:

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ³⁶, que tiene como objetivo garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud. En su capítulo III hace referencia a los principios generales de los profesionales de la salud y dice que la formación y el desarrollo de la competencia

técnica de los profesionales debe orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias ¹⁶⁵, en su artículo 7.1 de la establece que a los diplomados en Enfermería les compete:

“La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso “y “La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades”.

El Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre ¹⁶⁶, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería, en su artículo 54 de los estatutos del Consejo General de Enfermería define que:

- *“ Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles”.*
- *“Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.*
- *“Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al*

mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”.

1.4.3. Referentes sobre competencias Profesionales para el diseño de los nuevos títulos de Grado en Enfermería en España.

Para el diseño de los Títulos de Grado en Enfermería se ha tenido en cuenta el proyecto Tuning, el RD 1393/2007 y su modificación el RD 861/201, el Libro Blanco de Enfermería y la Orden ministerial CIN 2134/2008.

El R.D. 1393/2007 contempla, de manera general para todas las titulaciones universitarias, en relación a la adquisición de competencias que: *“Los planes de estudios conducentes a la obtención de un título deberán, por tanto, tener en el centro de sus objetivos **la adquisición de competencias** por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas”*, *“Se debe hacer énfasis en los **métodos de aprendizaje de dichas competencias** así como en los **procedimientos para evaluar su adquisición**”*, *“Se proponen los créditos europeos, ECTS, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender”*, *“...Estos planes de estudios deberán, en todo caso, diseñarse de forma que **permitan obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión**”*, *“El trabajo de fin de Grado... deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la **evaluación de competencias asociadas al título**”* y en su artículo 3.1. *“Competencias generales y específicas que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, y que sean exigibles para otorgar el título. **Las competencias propuestas deben ser evaluables**. Deberán tenerse en cuenta los principios recogidos en el artículo 3.5 de este real decreto”*.

Como puede apreciarse, la nueva organización de las enseñanzas universitarias responde no sólo a un cambio estructural sino que además impulsa un cambio en las metodologías docentes, que centra el objetivo en el proceso de aprendizaje del estudiante, en un contexto que se extiende ahora a lo largo de la vida. Los estudios de enfermería no son ajenos a

todos estos criterios y por eso en el diseño de los planes de estudios han tenido muy presentes.

Como hemos visto anteriormente, el primer paso en la evaluación de competencias es la identificación de las mismas y su asociación a perfiles profesionales. Además deben enmarcarse dentro de un determinado contexto. Según Oliveros ¹⁶⁷, es importante partir de la descripción del contexto espacial y temporal en el que se enmarcan las competencias correspondientes a un perfil. Espacialmente, la descripción se centra en el lugar (país, región, barrio, etc.) en el que se sitúa el acontecimiento y, temporalmente, en el momento histórico en el que tiene lugar. En el caso de las competencias la descripción del lugar de referencia comienza en un macronivel, que suele ser el mercado laboral y/o el sistema educativo de un país, región o área. A partir de él, se desciende hasta concretar el micronivel que se centra en el puesto de trabajo en el que ejerce un profesional y/o en el que se forma para poder ocupar más tarde ese puesto. Para los títulos del EEES, los distintos niveles del contexto que determinan el perfil profesional son: el Espacio Europeo de Enseñanza Superior, el sistema educativo del país, la universidad y facultad de referencia y, por último, la titulación correspondiente al perfil.



Figura 16. Pirámide de Miller (Miller, 1990)¹¹¹;



Figura 17. Contexto: Grado en Enfermería ¹¹²

Fuente: Oliveros, 2006. Elaboración Propia.

Los estudios de Grado en Enfermería se contextualizan, por lo tanto, en el marco del EEES y los distintos niveles de este contexto serían el sistema educativo y universitario español, con la normativa general que regula los estudios universitarios a nivel nacional (RD1393/2007 y el RD 861/2010), y el perfil correspondiente al dicho título, perfil que viene determinado por los referentes específicos para los estudios de Enfermería (Libro Blanco y Orden Ministerial).

Actualmente todas las Universidades donde se imparten estudios de Grado en Enfermería tienen adaptados sus planes de estudio al diseño por competencias. Estas competencias vienen definidas por los referentes mencionados y, por lo tanto se tienen desarrollar y evaluar. Hasta ahora todo el trabajo ha estado dirigido a este nuevo diseño para adaptar los estudios de Enfermería al marco de la Convergencia Europea, pero ha llegado el momento de implementar las metodologías que permitan conseguir lo que se ha plasmado en el “~~p~~apel”. Por lo tanto, nos encontramos ante la necesidad de disponer de estrategias e instrumentos que nos permitan evidenciar el desarrollo y la adquisición de las competencias que se le exigen al futuro profesional de enfermería.

Siguiendo con los referentes en relación a las competencias identificadas para el Grado en Enfermería, a continuación se describen las competencias que recogen cada uno de ellos.

1.4.3.1. Competencias que recoge el Proyecto Tuning para el Grado en Enfermería

Tal como se ha descrito en el capítulo 1.5., el proyecto Tuning recoge tres tipos de competencias transversales, las competencias Instrumentales, las Competencias Interpersonales y las Competencias Sistémicas. Son 30 competencias que se recogen en la tabla siguiente:

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES. Proyecto Tuning ²⁹		
COMPETENCIAS INSTRUMENTALES	COMPETENCIAS INTERPERSONALES	COMPETENCIAS SISTÉMICAS
1. Capacidad de análisis y síntesis 2. Capacidad de organizar y planificar 3. Conocimientos generales básicos 4. Conocimientos básicos de la profesión 5. Comunicación oral y escrita en la propia lengua 6. Conocimiento de una segunda lengua 7. Habilidades básicas de manejo del ordenador 8. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas) 9. Resolución de problemas 10. Toma de decisiones Actividades.	1. Capacidad crítica y autocrítica 2. Trabajo en equipo 3. Habilidades interpersonales 4. Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar 5. Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas 6. Apresiasión de la diversidad y multiculturalidad 7. Habilidad d trabajar en un contexto internacional 8. Compromiso ético	1. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica 2. Habilidades de investigación 3. Capacidad de aprender 4. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones 5. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad) 6. Liderazgo 7. Conocimiento de culturas y costumbres de otros países 8. Habilidad para trabajar de forma autónoma 9. Diseño y gestión de proyectos 10. Iniciativa y espíritu emprendedor 11. Preocupación por la calidad 12. Motivación de logro

Tabla 37. Competencias Genéricas Transversales. Proyecto Tuning. Elaboración propia.

1.4.3.2. Competencias recogidas en el RD: 1393/2007 por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

COMPETENCIAS GENÉRICAS R.D. 1393/2007¹
<i>1. Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.</i> <i>2. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</i> <i>3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.</i> <i>4. Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</i> <i>5. Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía</i>

Tabla 38. Competencias Genéricas. Real Decreto 1393/2007. Elaboración propia.

1.4.3.3. Competencias recogidas en el Libro Blanco de Enfermería.

Para el diseño de los nuevos títulos de grado, la ANECA (Agencia Nacional de evaluación de la Calidad y Acreditación) propuso los denominados “libros blancos”.

El libro Blanco de Enfermería¹⁶⁸ muestra el resultado del trabajo llevado a cabo por una red de universidades españolas, apoyadas por la ANECA, con el objetivo explícito de realizar estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño de este título de grado adaptado al EEES. Se trata de una propuesta no vinculante, con valor de instrumento para la reflexión.

Los proyectos que se presentan en estos libros recogen numerosos aspectos fundamentales en el diseño de un modelo de título de grado: análisis de los estudios correspondientes o

afines en Europa, características de la titulación europea seleccionada, estudios de inserción laboral de los titulados durante el último quinquenio, y perfiles y competencias profesionales, entre otros aspectos. En su desarrollo, las universidades participantes han llevado a cabo un trabajo exhaustivo, debatiendo y valorando distintas opciones, con el objetivo de alcanzar un modelo final consensuado que recoja todos los aspectos relevantes del título objeto de estudio.

El Libro Blanco de Enfermería recoge la definición de competencia de la Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ³⁶ *“Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”* y clasifica las competencias correspondientes al Título de Grado en Enfermería en 30 competencias Genéricas transversales, tomando como referencia el proyecto Tuning y a continuación establece seis grupos de competencias específicas para enfermería.

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES. <i>Libro Blanco de Enfermería (ANECA)</i>	
1.	<i>Capacidad de análisis y síntesis</i>
2.	<i>Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica</i>
3.	<i>Planificación y gestión tiempo</i>
4.	<i>Conocimientos generales básicos del área de estudio</i>
5.	<i>Conocimientos básicos de la profesión</i>
6.	<i>Comunicación oral y escrita en lengua materna</i>
7.	<i>Conocimientos de una segunda lengua</i>
8.	<i>Habilidades básicas de manejo de ordenadores</i>
9.	<i>Habilidades de investigación</i>
10.	<i>Capacidad aprender</i>
11.	<i>Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar)</i>
12.	<i>Capacidad de crítica y autocrítica</i>
13.	<i>Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones</i>
14.	<i>Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)</i>
15.	<i>Resolución de problemas</i>
16.	<i>Toma de decisiones</i>
17.	<i>Trabajo en equipo</i>
18.	<i>Habilidades interpersonales</i>
19.	<i>Liderazgo</i>
20.	<i>Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar</i>
21.	<i>Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia</i>
22.	<i>Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad</i>
23.	<i>Habilidad para trabajar en contexto internacional</i>
24.	<i>Conocimiento de otras culturas y sus costumbres</i>
25.	<i>Habilidad para trabajo autónomo</i>
26.	<i>Diseño y gestión de proyectos</i>
27.	<i>Iniciativa y espíritu emprendedor</i>
28.	<i>Compromiso ético</i>
29.	<i>Preocupación por calidad</i>
30.	<i>Motivación</i>

Tabla 39. Competencias Genéricas de Enfermería según el Libro Blanco de Enfermería (ANECA)

Además de estas competencias genéricas el Libro Blanco de Enfermería agrupa 40 competencias específicas en seis grupos que se detallan a continuación:

GRUPO I: Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la Enfermera. Significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.

GRUPO II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.

GRUPO III: Competencias 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 excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.

GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas. Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.

GRUPO V: Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación) Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

GRUPO VI: Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo. Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

GRUPO I: Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la Enfermera

- 1. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos morales en la práctica diaria.*
- 2. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.*
- 3. Capacidad para Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.*
- 4. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.*
- 5. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.*
- 6. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados.*

Tabla 40. Grupo I. Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la Enfermera

GRUPO II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas
1. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes. 2. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico). 3. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales 4. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente. 5. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia

Tabla 41. GRUPO II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas

GRUPO III: Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos
1. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente (utilizando las habilidades...). 2. Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia (utilizando las habilidades...). 3. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades...). 4. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades...). 5. Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej., dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...). 6. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...).

Tabla 42. GRUPO III: Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos

GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas
1. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera. 2. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida. 3. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud. 4. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades. 5. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud. 6. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional. 7. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones. 8. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.

Tabla 43. GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas

GRUPO V: Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación)
1. Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación. 2. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej., emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente. 3. Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos. 4. Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente). 5. Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes. 6. Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión. 7. Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones. 8. Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.

Tabla 44. GRUPO V: Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación)

GRUPO VI: Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo

1. *Capacidad para darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.*
2. *Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.*
3. *Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.*
4. *Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).*
5. *Utiliza críticamente las herramientas de evaluación y auditoria del cuidado según los estándares de calidad relevantes.*
6. *Dentro del contexto clínico, capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores sociosanitarios.*
7. *Es consciente de los principios de financiación de cuidados socio-sanitarios y usa los recursos eficientemente.*

Tabla 45. GRUPO VI: Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo

1.4.3.4. Objetivos y Competencias según la Orden CIN 2134/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

Además de todas la competencias descritas anteriormente, en la *ORDEN CIN/2134/2008*¹⁵¹, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, vienen establecidas las competencias que deben adquirir los estudiantes que quieran optar al Título de Grado en Enfermería. En esta orden ministerial se incluyen dos puntos en los que se hace referencia a las competencias que deben adquirir los estudiantes de Grado en Enfermería.

1. El primero de ellos en el apartado 3, en el cual se describen 18 “objetivos-Competencias” que los estudiantes de Grado deben adquirir. Si bien son competencias

específicas para los estudios de Enfermería, nos referimos a ellas como competencias globales (G) y son las que hemos elegido para el desarrollo de nuestro estudio.

Objetivos-competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben adquirir
(ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio)

G1.- *Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.*

G2.- *Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.*

G3.- *Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.*

G4.- *Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.*

G5.- *Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.*

G6.- *Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.*

G7.- *Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.*

G8.- *Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad*

G9.- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.

G10.- Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.

G11.- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.

G12.- Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

G13.- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

G14.- Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.

G15.- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

G16.- Conocer los sistemas de información sanitaria.

G17.- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

G18.- Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales

Tabla 46. Objetivos-competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben adquirir según la ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio

2. El segundo, recoge las competencias distribuidas por módulos y con los correspondientes créditos asignados a cada uno de ellos. En este caso se describen 27 competencias, de las cuales de la 1 a la 10 corresponden al módulo de formación básica (MB1-MB10) común; de la 11 a la 25, a Ciencias de la Enfermería (CE1-CE15) y la 26 y 27 hacen referencia a las prácticas tuteladas y trabajo fin de grado.

Competencias formación básica común
(Orden CIN 2134/2008 de 3 de julio)

MB1.- Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.

MB2.- Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.

MB3.- Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.

MB4.- Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.

MB5.- Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.

MB6.- Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.

MB7.- Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.

MB8.-

- Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas.
- Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo.
- Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.

MB9.- Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.

MB10.- Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

Tabla 47. Competencias Formación Básica Común según la ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio

Competencia Ciencia Enfermera N° 1-5

CE1.- Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.

CE2.- Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y, desarrollando los planes de cuidados correspondientes.

CE3.- Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y seguridad a las personas atendidas.

CE4.- Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.

CE5.- Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.

Competencia Ciencia Enfermera .N° 6

CE6.-

- Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.
- Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud.
- Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad.
- Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos.
- Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad.
- Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud.
- Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.

Competencia Ciencia Enfermera N° 7

CE7.- Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases.

- Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud.
- Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación.
- Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares.
- Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud.
- Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.

Competencia Ciencia Enfermera N° 8

CE8.-

- Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa.
- Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.

Competencia Ciencia Enfermera N° 9

CE9.-

- Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato.
- Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo.
- Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse.
- Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores.
- Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
- Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios

Competencia Ciencia Enfermera N° 10-11

CE10.- Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.

CE11.- Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.

Competencia Ciencia Enfermera N° 12**CE12.-**

- Conocer el Sistema Sanitario Español.
- Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados
- Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.

Competencia Ciencia Enfermera N° 13**CE13.-**

- Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería.
- EC34.- Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.
- Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.

Competencia Ciencia Enfermera N° 14

CE14.- Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.

Competencia Ciencia Enfermera N° 15

CE15.- Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.

Tabla 48. Competencias Ciencia Enfermera según la ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio

1.4.4. Estado Actual de la Evaluación de Competencias Profesionales en Enfermería

Las acciones de Enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, en ellas se pide el desarrollo del pensamiento crítico, capacidad de análisis, considerados estos como elementos de globalización que afectan a los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel, manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.¹⁶⁹

La práctica de Enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.¹⁷⁰

En la actividad laboral que desarrolla el egresado de cualquier especialidad, se pone de manifiesto en alguna medida la preparación que él adquirió dentro del sistema de educación que le otorgó la calificación. En el momento de su incorporación al ámbito laboral deberá demostrar que no sólo sabe, sino que sabe hacer y además lo hace. Esto comprende la preparación técnica más la experiencia acumulada, eficacia en decisiones, destreza en la ejecución de procedimientos y buenas relaciones interpersonales, entre otros; sin olvidar que la motivación y las actitudes en el caso de los Profesionales de Enfermería juegan un papel fundamental en su desempeño.¹⁷¹

En el caso de la formación, los estudiantes al acercarse a la Universidad piensan que van a adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para convertirse en Profesionales competentes. Los empleadores, por su parte, suponen que el Título que se expide cuando finalizan sus estudios asegurará un desempeño competente.¹⁷²

En el ámbito profesional, la evaluación de competencias se integra en la evaluación del desempeño que es llevada cabo por los gestores de Recursos Humanos de cada empresa o Institución. Esta evaluación del desempeño se caracteriza porque tiene lugar en el contexto real de los servicios de salud y verifica el comportamiento del profesional en cuanto a cómo organiza, retiene y utiliza los conocimientos adquiridos; cómo organiza e integra el

sistema de habilidades en la práctica y cómo actúa y se interrelaciona con los demás integrantes del grupo básico de trabajo o equipo de salud, el individuo, la familia y la comunidad.

La utilidad de la competencia profesional está en la capacidad de ésta para hacer frente a contextos profesionales cambiantes y en los que aspectos como la polivalencia y la flexibilidad son necesarios. La sociedad y los mismos profesionales piden que los profesionales de la salud deben ser mejores prestadores de asistencia integral, mejores comunicadores y especialistas en información, y con un pensamiento crítico adecuado, deberían estar motivados por el aprendizaje permanente, practicantes de la economía aplicada, conocedores de la sociología y de la antropología, de la epidemiología y del comportamiento humano; participantes, líderes y gestores de equipos de salud y, finalmente, defensores de las necesidades de la comunidad a la que presten servicio, a la que, además, deberán rendir cuentas". En este contexto el objeto de la profesión de Enfermería, centrado en la aplicación de cuidados profesionales, implica el dominio de competencias diversas que los estudiantes deben desarrollar durante su formación y que como profesionales deberán demostrar en el momento de la incorporación al ámbito laboral.

Es preciso considerar que la Titulación de Enfermería en España ha sido una profesión especialmente vinculada a la docencia práctica y orientada al ejercicio profesional. Es por ello que en un proceso de definición del currículum de Enfermería y en la implementación del Grado se debe considerar que nuestra tradición formativa en los últimos años encaja perfectamente con la filosofía impulsada desde el Proyecto Tuning.²⁹

Como se ha visto en el capítulo 4, están definidas las competencias que deben desarrollar los estudiantes de Grado en Enfermería y con la implantación definitiva de estos estudios de grado en el 2010, el reto principal al que se enfrentan las universidades es evidenciar el desarrollo de estas competencias y la adquisición de las mismas por parte de los estudiantes. En este sentido, también se han visto los métodos de enseñanza aprendizaje y los procedimientos de evaluación más apropiados para ellos. Así como los diferentes métodos más utilizados en ciencias de la salud y en este capítulo vamos a acercarnos un poco más al detalle de la evaluación de competencias concretamente en el ámbito de la Enfermería.

En la evaluación por competencias aplicada al profesional de Enfermería, se debe pensar en modelos evaluativos que respondan más a las características propias de estas personas y al tipo de actividades que realiza; se tendrá mayor efectividad si los evaluadores son sujetos del mismo ámbito y no receptores pasivos de indicadores centralizados, y que los evaluados se sientan partícipes del proceso y del avance en la construcción del conocimiento enfermero ¹⁶⁹

Las Metodología para el desarrollo de competencias y su relación con los métodos y procedimientos de evaluación, descritos anteriormente, no son ajenos a la disciplina enfermera, si bien por la características prácticas de esta Titulación pueden ser más apropiados unos métodos de aprendizaje y unos procedimientos de evaluación que otros, sin olvidar que la evaluación será mucho más fiable cuantos más métodos se utilicen y cuanto más se adapten esos métodos a las características de lo que se pretende evaluar.

1.4.4.1. Ventajas e inconvenientes de diferentes métodos utilizados en enfermería para la evaluación de competencias

En una revisión de artículos sobre la evaluación de competencias en enfermería desde el año 2000 hasta el 2008 “*Competency Assessment in Nursing, a summary of literature published since 2000*” ¹⁷³ realizado por el *National Cancer Nursing Education Project (EdCaN)* con el objetivo de identificar las mejores pruebas disponibles relacionados con la evaluación de competencia en la práctica enfermera, se expone que la competencia es un concepto complejo y que continúan los debates sobre la definición más apropiada y el método de evaluación. En términos generales, las normas de competencia recomiendan los niveles esperados de los conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos. Las competencias para los Profesionales de Enfermería deben reflejar el carácter multifacético de la práctica de enfermería, la amplia gama de escenarios de práctica y las diferencias culturales de la población.

De este documento se pueden extraer algunas afirmaciones como que un desafío clave en la evaluación de la competencia es garantizar la objetividad. Existen una gama de indicadores y herramientas que han sido desarrolladas para la evaluación de la competencia, pero la evidencia empírica sobre su eficacia en la medición de la

competencia es insuficiente. Es generalmente aceptado que la evaluación de la competencia debe usar más de un indicador, y que la evaluación inicial puede requerir un enfoque diferente a la evaluación de mantenimiento de la competencia, es decir que la evaluación de los estudiantes al finalizar su formación debería ser diferente y con criterios distintos a los que se apliquen para los profesionales con cierta experiencia laboral.

Además, independientemente de la herramienta o el indicador, es esencial que exista una preparación adecuada de la persona que se evalúa, los asesores y mentores y se sugiere que el primer paso en la evaluación de la competencia debe ser auto-reflexión.

La evaluación de las competencias en los Profesionales de Enfermería tiene una importancia crucial para el mantenimiento de los estándares profesionales, para identificar las áreas de desarrollo profesional, así como las necesidades educativas, con el objetivo de poner a disposición de los pacientes los mejores cuidados.

En vista de la definición integral de competencia, se desprende que la evaluación de las competencias en enfermería no sólo puede basarse en la demostración de conocimiento de los contenidos teóricos o habilidades técnicas, sino que también debe incluir algunas inferencias acerca de las actitudes de un candidato y la práctica.

Las cuestiones que contribuyen al debate sobre la evaluación de competencias en enfermería en el momento actual son las siguientes:

- Si un buen rendimiento es un indicador adecuado del nivel de competencia
- Si la demostración de una habilidad o competencia en un área es un indicador de competencia en todas las situaciones
- Si todas las competencias pueden observarse directamente
- Cómo se puede lograr la fiabilidad entre todos los observadores.
- La falta de evidencia empírica para apoyar las pruebas de competencia en pre o post evaluación.
- Cuestiones relativas a la forma de distinguir entre los diferentes niveles de práctica.

Un desafío clave en cualquier proceso de evaluación será la objetividad. En enfermería, muchas estrategias de evaluación se basan en observaciones directas por un tutor, asesor o profesor, por lo que incluyen un cierto nivel de subjetividad. Esto pone de relieve la necesidad de utilizar diferentes enfoques para fomentar la fiabilidad entre evaluadores.

Una crítica común a la evaluación de la competencia se basa en la preocupación acerca de la normalización de la práctica de enfermería argumentando que es necesario tener en cuenta en la evaluación el contexto específico.

Otras críticas incluyen la falta de un enfoque sistemático para la incorporación de competencias específicas en los programas, las preguntas sobre la metodología utilizada para desarrollar las competencias, y se refiere a que la medición de la competencia es una forma de regulación que puede ser limitante. También se advierte sobre el impacto negativo en el caso de no conseguir la competencia tras la evaluación que puede tener en el estudiante y el asesor, así como en la profesión en general.

Esta revisión de artículos¹⁷³ se analiza algunos métodos utilizados para la evaluación de competencias en el ámbito de la enfermería. Estos métodos son: La educación continua, Portafolios, Evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), La Evaluación por Pares, La observación directa y Autoevaluación

La Educación continua, es un método aceptado para la evaluación de la competencia pero parece ser que las enfermeras pueden necesitar apoyo en las actividades de auto-reflexión para ayudar en la aplicación de los resultados del aprendizaje. Además afirma que la participación en formación continua no garantiza la competencia, cuestionándose en algunos estudios de los revisados si los resultados de esta educación mejoran la práctica clínica.

En cuanto a **Los Portafolios** No existe suficiente evidencia que demuestre en la actualidad que puedan medir la competencia. Sin embargo son un instrumento que aporta beneficios en el sentido de fomentar la auto reflexión y permitir a los individuos tomar el control y responsabilidad de su aprendizaje. No obstante, le suponen una gran dedicación de tiempo tanto al estudiante como al evaluador.

Se propone que en el uso de portafolios debe decidirse si se utiliza como herramienta para el desarrollo de competencias o para su evaluación. Deben estar perfectamente definidas las expectativas tanto para los estudiantes como para los evaluadores y así deben comunicarse. También es importante hacer hincapié en la importancia de la calidad más que de la cantidad de información que se recoge en los mismos. Si se utiliza como herramienta de evaluación, los criterios sobre los que se va a evaluar deben ser claros y precisos. Asimismo se recomienda la triangulación de resultados mediante la participación del alumno, del profesor y del tutor. Además sería necesario entrenar a los evaluadores para asegurar la coherencia y la subjetividad.

La Evaluación clínica objetiva estructurada (ECOЕ), como ya se ha visto, es uno de los métodos más utilizados en ciencias de la salud. Actualmente no hay pruebas suficientes para demostrar si puede medir la competencia, sin embargo en esta revisión se identificaron dos estudios que mostraron una mejora en el rendimiento después de esta evaluación.

Algunos de los beneficios que aporta son el aumento de la adquisición de competencias mediante un enfoque práctico, la oportunidad de que los estudiantes puedan practicar sus habilidades en un entorno seguro y controlado y la posibilidad de combinar enseñanza y evaluación. Ha sido identificada como un método satisfactorio de evaluación para competencias relacionadas con la comunicación, las habilidades clínicas el conocimiento y la intención.

Sin embargo la principal limitación de su utilización radica en que es un método costoso y que requiere mucho tiempo de dedicación. También se documenta las inconsistencias entre los evaluadores y los actores como fuente de frustración y falta de coherencia en la evaluación.

Ante este análisis se recomienda considerar que el uso de la ECOЕ debe proporcionar una preparación adecuada de los agentes que intervienen para garantizar la coherencia en el enfoque y la confiabilidad entre los evaluadores. Los estudiantes también deben estar preparados adecuadamente acerca de su papel, lo cual incluye un asesoramiento a los alumnos.

En cuanto a **La Revisión por Pares** ha sido identificada como un valioso mecanismo para proporcionar comentarios y fomentar el crecimiento profesional. La evidencia empírica sobre la efectividad de revisión por pares en la evaluación de la competencia es limitada.

Los beneficios que puede aportar este tipo de evaluación incluyen la confirmación de creencias previas en las habilidades que posee un individuo o la falta de las mismas, la aclaración de los resultados de la autoevaluación, la identificación de los problemas y las oportunidades para compartir estas experiencias con los compañeros, así como la retroalimentación sobre el desempeño.

En cuanto a las cuestiones planteadas para mejorar este método se incluye la necesidad de que el revisor entienda y esté familiarizado con el trabajo del individuo y las expectativas del rol. La revisión por pares puede ser una fuente de ansiedad para ambas partes, con la preocupación en torno a la disposición y la respuesta a los comentarios negativos y la posibilidad de desacuerdo entre los compañeros. Se sugiere la posibilidad de combinar este método con el portafolio para fomentar la autoreflexión antes de buscar los comentarios críticos.

La Observación Directa se ha propuesto como una herramienta útil para la evaluación del aprendizaje previo. Actualmente existe poca evidencia para determinar la eficacia de la observación directa como método de evaluación de competencias.

Los problemas potenciales que surgen en este sentido incluyen la necesidad de que los evaluadores deben estar familiarizados con la práctica clínica y práctica de la evaluación y el impacto de la observación directa en la fiabilidad de los resultados.

La Autoevaluación es la forma más común de la evaluación de la competencia. El principal beneficio es el coste-eficacia, la identificación de fortalezas y áreas para el desarrollo con el control consciente sobre la práctica. Los posibles problemas asociados incluyen la subjetividad, las preocupaciones con la grabación de experiencias negativas y la falta de tiempo.

Se considera que la autoevaluación puede ser un buen punto de partida para otras formas de evaluación, sin embargo, la evidencia sobre la efectividad en la evaluación de la competencia es limitada y que los estudiantes pueden necesitar ayuda para reflexionar sobre la práctica de manera adecuada.

1.4.4.2. Ejemplos de métodos e instrumentos específicos utilizados actualmente para la evaluación de competencias en el ámbito de la enfermería

En la Universidad de Colorado uno de los métodos que utilizan desde hace años es el modelo **COPA “Competency Outcomes and Performance Assessment “** de Lenburg, 1999; modelo basado en un extenso con el New York College junto con varios referentes educativos y entidades investigadoras. Se trata de un modelo holístico centrado en la integración de resultados de aprendizaje basados en prácticas y métodos educativos para la evaluación del desempeño. ¹⁷⁴

El marco en el que se organiza este modelo es simple pero completo. Se necesita Responsables y docentes del programa de estudios que sean capaces de analizar y responder de manera realista a las siguientes preguntas: ¿cuáles son las competencias esenciales y los resultados de la práctica actual?; ¿cuáles son los indicadores que definen las competencias?; ¿cuáles son las formas más efectivas de aprender estas competencias? y ¿cuáles son las formas más efectivas para documentar que los alumnos y/o profesionales han alcanzado las competencias necesarias?

Lenburg especifica ocho competencias fundamentales, para las que define diferentes niveles y subniveles. Estas competencias específicas son: Evaluación y habilidades de intervención, habilidades de comunicación, habilidades de pensamiento crítico, cuidado humano y habilidades de relación, habilidades directivas, habilidades de liderazgo, la enseñanza de habilidades y conocimiento de integración de aptitudes.

En cuanto a los indicadores que definen las competencias son los resultados que deben alcanzarse, el producto final, el foco de todas las actividades relacionadas, que se les exigen a los estudiantes para que demuestren su competencia en la práctica. Se definen como declaraciones de resultados y una forma de comenzar a definirlos es “*El alumno será capaz de...*” seguido del verbo y la acción que se exige demostrar.

Teniendo en cuenta que verbos como describir, analizar, identificar, enumerar y explicar, por lo general solo requieren de conocimiento como resultado mientras que “aplicar, integrar, implementar, diferenciar o formular” implican participación activa, lo que es esencial para determinar lo que el rendimiento o la competencia se espera al final del periodo que se pretende evaluar.

En cuanto a la tercera pregunta, son muchos los métodos que se pueden utilizar para el desarrollo de competencias como se ha visto en el capítulo 2. Lo importante es seleccionar el más apropiado según lo que se pretenda en cada momento. Igualmente ocurre con los procedimientos de evaluación, recordando que deben combinarse. El modelo COPA se basa en la evaluación del desempeño. Este método debe planificarse adecuadamente con criterios preestablecidos, separando el tiempo de formación del periodo de evaluación, diseñando un plan sistemático de evaluación de los resultados competencia así como programas de desarrollo profesional. Un método bastante adecuado para este tipo de evaluación son las simulaciones.

Lenburg hace referencia a dos tipos de la competencia: *Competency Performance Assessments (CPAs)* and *Competency Performance Examinations (CPEs)*. Las primeras están diseñadas para su uso en el ámbito no clínico, simulaciones en aula, proyectos, presentaciones, análisis de informes escritos o artículos de investigación. La segunda se utiliza en entornos más relacionados con los pacientes y con los elementos clínicos más exigentes. Se tiene en cuenta componentes como la ética profesional, responsabilidad en el cuidado de personas reales. Este último ejemplo puede ser aplicado en las prácticas clínicas (contexto real) o en las pruebas objetivas estructuradas (simulación).

En la **Universidad de Colorado** ¹⁷² utilizan estos dos métodos para evaluar la competencia de sus alumnos de enfermería. Ambos se componen de elementos críticos, que en conjunto definen la competencia. Los elementos fundamentales son individuales, los comportamientos discretos, y observables, que son obligatorios para las competencias específicas que se evalúan. En ellas se indica exactamente lo que se requiere para un rendimiento aceptable, la calificación del curso se basa en este fundamento predeterminado.

Los alumnos en cada curso están orientados a los resultados de competencias específicas. En situaciones de prueba, los estudiantes se presentan con uno o más casos clínicos - reales o simuladas - y se examina en términos de su capacidad para demostrar los elementos necesarios para la práctica crítica competentes para satisfacer las necesidades específicas de esta situación clínica. Esto es lo que conocemos y hemos definido previamente como las pruebas de estructuradas de evaluación de la competencia.

El Consejo de Enfermería y Matronas del Reino Unido (*NMC, Nursing Midwifery Council*) ¹⁷⁵ dispone de la **Guía para la introducción de habilidades esenciales en pregraduados** (*Guidance for the introduction of the Essential Skills Clusters for Pre-registration Nursing programmes.*) que recoge las competencias que se deben demostrar los estudiantes de enfermería en el pregrado. En ella se muestran estándares o criterios de demostración de dichas competencias.

La *Unidad Nacional de la Investigación en Enfermería*, del **King's Colege London**, (2009), tiene una publicación "*El boletín Polity +*", cuyo objetivo es ofrecer breves reseñas de las pruebas relacionadas con las políticas actuales que afectan a los recursos humanos de enfermería en Inglaterra, Reino Unido y el resto del mundo. En uno de sus números¹⁷⁶ muestra una reflexión sobre la evaluación competencias en Enfermería, sobre lo que se está evaluando en el Reino Unido y cómo se está midiendo. Hace referencia a algunos métodos, sobre todo del tipo de escalas de observación. Por un lado habla de una escala binaria en la que los individuos puedan ser juzgados como competentes o no competentes sin más y por otro lado hace referencia al modelo de *Patricia Benner*, "*De principiante a Experto*"¹⁷⁷ en el que se propone una secuencia de consecución de etapas de competencia. Este modelo consta de cinco etapas, situando el nivel "competente" en la etapa tres del mismo.

Hace referencia también las pruebas estructuradas para la evaluación de competencias (ECOE) y los portafolios y diarios reflexivos. En esta publicación encontramos una crítica acerca de los instrumentos que se están utilizando actualmente para evaluar la competencia. Parece ser que los criterios de validez y fiabilidad raramente se abordan, los ítems y preguntas de evaluación surgen de la subjetividad, los tutores necesitan tiempo y formación para la evaluación. Se considera que las pruebas de evaluación estructuradas cumplirían los criterios de validez y fiabilidad pero a su vez requieren mucho tiempo de dedicación. Además, se realizan situaciones simuladas y con pacientes simulados y por lo tanto tampoco demostrarían la competencia en el contexto real. Por su parte, los diarios reflexivos y portafolios pueden ser útiles para fomentar el aprendizaje autodirigido y la reflexión pero existe la preocupación acerca de su fiabilidad y validez.

Por la importancia que tiene en la base de los trabajos que se van a mencionar a continuación los estudios de la Doctora Patricia Benner, nos detendremos en explicar su **modelo de adquisición de habilidades**. La Dra. Benner, enfermera investigadora de la Universidad de California y autora del libro *“From novice to expert”*¹⁷⁷ en su trabajo utiliza el modelo de Stuar y Hubert Dreyfus, *“Modelo de adquisición de habilidades”*¹⁷⁸ para explicar la forma en la que los Profesionales de Enfermería hospitalarios adquieren pericia clínica a través de diferentes fases. Conforme éstos adquieren experiencia, se genera una *“sabiduría”* clínica que es una combinación de saberes prácticos elementales y de conocimientos teóricos.

En este modelo se diferencian cinco niveles para de pericia o expertez para clasificar la competencia. Estos niveles son: principiante, principiante avanzado, competente eficiente o proeficiente y experto.

Las principales premisas del modelo Dreyfus son: la adquisición de la competencia es un proceso, la consecución de un nivel determinado de competencia depende de las características individuales y del contexto, no todo el mundo llega a ser experto, los niveles más altos de expertez sólo se consiguen con la practica continuada y reflexiva y la distribución de la expertez en la población profesional suele seguir una curva normal.¹⁷⁹

La Dra. Benner utiliza este modelo para explicar la forma en que los Profesionales de Enfermería hospitalarios adquieren pericia clínica a través de las diferentes fases o etapas.¹⁸⁰

El Principiante (Etapa 1) es la persona no que se encuentra en esta fase no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Para guiar la acción, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos. Existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por lo general este nivel se corresponde con los estudiantes de enfermería, pero también se podía aplicar a enfermeras expertas cuando deben enfrentarse a una situación o a un área desconocida. Normalmente, el proceso de instrucción se inicia con la descomposición de las funciones del trabajo en funciones independientes del contexto, que el principiante pueda reconocer sin experiencia previa en el dominio de la tarea. El principiante recibe las reglas para determinar las acciones que deba realizar. El principiante deberá recordar estas normas y por eso la acción será más lenta.^{178; 180}

El Principiante Avanzado (Etapa 2) es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En esta fase, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación. Siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva amplia. En este estadio las enfermeras estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan, y no les interesa tanto conocer las necesidades y respuestas de los pacientes. Se sienten muy responsables de las necesidades y respuestas de los pacientes así como del control de su cuidado. Sin embargo siguen dependiendo mucho del consejo de enfermeras con más experiencia. Esta es la etapa en la que Patricia Benner situó a las enfermeras recién graduadas.

El principiante avanzado, aprendiendo de las situaciones reales de práctica e imitando las acciones de los demás pasa al estadio de competencia.¹⁸⁰

El nivel de Competente (Etapa 3), se caracteriza por una considerable planificación consciente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. La coherencia, la previsión, la gestión del tiempo son importantes; el resultado es la consecución de un cierto nivel de experiencia por medio de la planificación y la previsión. El nivel de eficiencia aumenta, pero la atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo con respecto a las necesidades del paciente. La enfermera competente puede desarrollar una responsabilidad exagerada hacia el paciente, a menudo innecesaria. Esta etapa es crucial en el aprendizaje, dado que el aprendiz debe empezar a reconocer los patrones y a determinar qué elementos de la situación merecen atención y cuáles no. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación. Para llegar a ser eficiente, deberá dejar que la situación le indique las respuestas.¹⁸⁰

En el nivel de Eficiente o Proeficiente (Etapa 4) la persona percibe la situación como un conjunto (la imagen completa), en vez de dividirla en aspectos, y la actuación se guía por máximas. Este nivel supone un salto cualitativo respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce. Las enfermeras eficientes muestran una nueva habilidad para considerar la relevancia de los cambios en una situación, así como el reconocimiento y la capacidad de implantación de respuestas calificadas en una situación a medida que evoluciona. No se fían sólo de los objetivos prefijados de la organización, y están más seguras de sus conocimientos y habilidades. En esta etapa, la enfermera está más implicada con el paciente y la familia. Cuando se supera esta etapa, se pasa al nivel de experto.¹⁸⁰

El nivel de Experto es el quinto estadio del modelo de Dreyfus y se alcanza cuando la persona experta ya no se basa en el principio analítico (norma, directriz, máxima) para justificar su comprensión de la situación y llevar a cabo la acción adecuada. Para Benner la enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Existe un cambio cualitativo, ya que la enfermera “conoce al paciente”, lo cual significa que conoce los clásicos patrones de respuesta, y que lo conoce como persona. Los principales aspectos de una enfermera experta son los siguientes: de muestra dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, asimila el saber práctico, posee una visión general y es capaz de prever lo inesperado. En este nivel de expertez, la enfermera posee la habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. Para la persona que está en este nivel, conocer las preocupaciones reales de los pacientes es muy importante, incluso si ello significa planificar y negociar n cambio en el plan de cuidados.¹⁸⁰

Basándose en el modelo de Benner y adaptando los niveles de competencia a la Enfermeras escolares, la **Escuela de Connecticut (EEUU)**¹⁸¹ ha diseñado un instrumento para la evaluación en el cual se establece cuatro niveles en el continuo de esta autora. En estos niveles no se contempla el primero, de **enfermera principiante**. El permiso para la adaptación por el Connecticut State Department of Education. Conecticut (CSDE) del continuo siguiente se le concedió por Patricia Benner, de la Universidad de California en

San Francisco. Los cuatro niveles que se consideran en este instrumento de evaluación se describen a continuación. En cada uno de ellos se detallan algunos criterios para evaluar.

En el nivel 1 la Enfermera escolar emergente puede demostrar el rendimiento apenas aceptable. A través de la experiencia práctica en situaciones concretas, la enfermera escolar emergente empieza a reconocer intuitivamente los diversos aspectos de una situación en la que están presentes. Estos aspectos requieren experiencia previa en situaciones reales de reconocimiento. Principios para guiar las acciones comienzan a formularse. Los principios se basan en la experiencia, habilidades y conocimientos como parte de su formación profesional y la preparación como enfermera, y como lo demuestra, una licencia de enfermera registrada con el Estado.

En el nivel 2 Enfermera escolares competente: La competencia se logra cuando la enfermera escolar, a través de la instrucción o la experiencia, comienza a adoptar una perspectiva jerárquica. Por lo general, la enfermera escolar ha sido competente en el trabajo en la misma o similar situación durante dos o tres años. En este nivel, elabora un plan basado en la contemplación considerable consciente, abstracto y / o análisis de la situación que él o ella se enfrenta.

Las enfermeras escolares tienen que decidir por sí mismas qué plan elegir sin estar seguro de que va a ser apropiado en una situación particular. La enfermera de la escuela competente, después de tomar una decisión, se siente responsable de su elección y sus resultados.

El nivel 3 Enfermera escolar proeficiente: En este nivel las enfermeras entienden una situación en su conjunto porque perciben su significado en términos de metas a largo plazo. La enfermera escolar proeficiente aprende de la experiencia lo que es de esperar en una situación dada y cómo los planes pueden necesitar ser modificados en respuesta a distintas situaciones. Esta respuesta no es todavía automática, ya que la enfermera escolar proeficiente aún no tiene la suficiente experiencia con la gran variedad de acciones posibles en cada situación. Con el fin de determinar la respuesta correcta, la enfermera escolar se apoya en la individual, la determinación basada en reglas de las acciones.

El nivel 4 la Enfermera escolar Experta: Ahora ya no se basa en un principio analítico (norma, directriz, la máxima) para la comprensión de una situación o una acción apropiada. La amplia experiencia de la enfermera escolar experta favorece una comprensión intuitiva de cada situación y la identificación de los nexos del problema sin tener en cuenta el despilfarro de muchos diagnósticos y soluciones alternativas. "Ellos hacen lo que la experiencia ha funcionado normalmente, y, por supuesto, que funciona normalmente" (Banner, Tañer y Chela, 1996).¹⁸² El experto opera desde un profundo conocimiento de la situación. Aunque el rendimiento de los expertos está en curso y no reflexivo, él o ella piensa antes de actuar, reflexiona sobre el objetivo o la perspectiva que parece evidente, y sobre la acción que parece apropiado para lograr el objetivo. La enfermera escolar experta ve intuitivamente qué hacer sin la aplicación de las normas y hacer inferencias. En este trabajo se describen 16 estándares de competencia con criterios que definen los cuatro niveles descritos anteriormente.

En España, también ha sido utilizado este modelo para la evaluación de competencias profesionales, a nivel asistencial; es decir fuera del ámbito de la formación de pregrado. En este sentido cabe destacar el **proyecto COMVA**^{179; 183}, proyecto de definición y evaluación de competencias asistenciales y de gestión asistencial en el que han participado diferentes hospitales del Institut Català de la Salut. En sus diferentes fases se ha elaborado un instrumento para la evaluación de competencias basado también en los niveles que describe Patricia Benner. Este instrumento está enfocado a las competencias profesionales y ha sido validado a nivel asistencial. El principal resultado de este estudio fue la definición del marco de competencias asistenciales del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario estableciendo seis dominios competenciales y cincuenta elementos competenciales que posteriormente se redujeron a treinta. Cada dominio competencial es explicado por cinco elementos competenciales, con sus diferentes criterios de evaluación.

Los seis dominios competenciales son: 1) Cuidar, 2) Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes, 3) Ayudar al paciente a cumplir el tratamiento, 4) Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial, 5) Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento y 6) Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante

Cada dominio competencial es finalmente explicado por cinco elementos competenciales con sus diferentes criterios de evaluación de conocimientos y capacidades, y habilidades tales como el esfuerzo personal, la curiosidad y el interés por aprender, el autocontrol, la tolerancia a la diversidad o la gestión del estrés.

Siguiendo con los documentos encontrados en los que se recogen instrumentos de evaluación de competencias para enfermería cabe mencionar las publicaciones del *“Professional and Practice Development NMAHPs' Forum - Scotland.”* foro que reúne enfermeras y otros profesionales de la salud interesados en las cuestiones de desarrollo profesional y la práctica con fines de apoyo, creación de redes y en última instancia, influir en la práctica en toda Escocia. Este organismo ha publicado en 2009 una **herramienta de autoevaluación** de la competencia profesional.¹⁸⁴ El propósito de esta herramienta es ayudar a la evaluación de la competencia en un tema elegido y poder identificar las necesidades de desarrollo. La herramienta se puede utilizar para la autoevaluación pero también para formular un plan de desarrollo que facilite el examen conjunto de la práctica clínica. Puede utilizarse para la supervisión clínica y podría ser una herramienta para la formación de profesionales en el ámbito de enfermería pues permite reflexionar sobre un tema elegido de la práctica, detectar las necesidades específicas sobre el desarrollo de la competencia que se está evaluando y formular un plan de acción para la mejora.

Con esta autoevaluación se reflexiona sobre las siguientes cuestiones:

- ¿Está seguro de que su práctica es la mejor manera de lograr los mejores resultados?
- ¿Está basada su práctica en estudios de investigación?
- ¿Sabes si estos estudios han examinado diferentes maneras de practicar para determinar que es el mejor?
- ¿Sabe usted si la investigación es válida?
- ¿Conoce las directrices clínicas de este tema que describen las mejores prácticas basadas en la investigación o pruebas?

Además este grupo tiene publicada otra herramienta de evaluación comparativa *“Benchmarking for Practice Development: A Framework for Developing Practice”*¹⁸⁵ en la que, mediante rúbricas, establece los niveles de logro o de competencia sobre diferentes

funciones o áreas de competencia. Con esta herramienta se pretende evaluar la eficacia de ciertas estructuras y el compromiso de una organización.

La herramienta de evaluación comparativa se divide en cuatro secciones: la investigación, la gestión, la práctica y la educación. Cada sección incorpora un sistema de puntuación que se puede utilizar para hacer una presentación visual de las áreas de buenas prácticas y áreas para el desarrollo. Este sistema de puntuación puede descargarse desde la página <http://www.ppdnf.org/projects/benchmarking.html> . Es una herramienta enfocada a la evaluación en la organización y no para la formación de profesionales.

Este mismo foro dispone de otra publicación ***“Competencies for Practice Development Nurses Consultation”***¹⁸⁶ en la que se habla de cinco “dimensiones” competenciales que son: Liderazgo, Investigación y desarrollo, conocimiento y aprendizaje, gestión del cambio y calidad. Para cada una de ellas se describen “área de competencia”, “Competencia” y “principales criterios” a modo de listados. Este listado puede ser utilizado tanto para describir el trabajo como para elaborar un plan de desarrollo personal

Otra publicación de la Irish Nursing Board, ***“Competence Assessment Tool for Nurses Educated & Trained Overseas in non-EU Countries and guidance on the provision of adaptation and assessment to nurses from overseas ”***¹⁸⁷ recoge una herramienta orientada a la evaluación de enfermeras formadas en países no comunitarios y orientados a la adaptación y evaluación de las enfermeras extranjeras.

Esta herramienta recoge seis resultados de aprendizaje que se espera que demuestren las candidatas. Además, establece cinco “dominios” o ámbitos para la competencia que son: 1) Práctica Profesional y Ética, 2) Aplicación holística e integral de los cuidados de enfermería, 3) Relaciones interpersonales, 4) Organización y Gestión y desarrollo personal y profesional. Los cinco ámbitos de competencia representan el nivel de la enfermera candidata debe alcanzar al finalizar el periodo de adaptación. Se pretende garantizar que dicha candidata adquiere las siguientes competencias: de análisis crítico, la resolución de problemas, toma de decisiones, habilidades de reflexión y habilidades esenciales para el arte y la ciencia de enfermería. El dominio de competencias representa un marco propicio para facilitar la evaluación de los candidatos. Cada dominio consta de criterios de

desempeño y sus indicadores correspondientes. Si la evaluación del candidato no fuera positiva se dará la oportunidad de desarrollar la competencia a través de un plan de mejora.

Para continuar, nos centraremos en la evaluación de competencias de enfermería en el ámbito de la educación y formación de futuros profesionales a nivel nacional. En este sentido, se han encontrado algunas publicaciones de distintas Universidades en las que se imparten estudios de Enfermería, que contienen listados de competencias e instrumentos para evaluar a los estudiantes en sus prácticas clínicas.

Como ya se ha comentado anteriormente, la formación en enfermería tiene y ha tenido un gran componente práctico. Basta con comparar los planes de estudios de Diplomaturas y los de Grado para observar que el número de créditos prácticos no ha variado sustancialmente. Por este motivo, de manera tradicional, las prácticas clínicas han sido un elemento integrante del currículo en la Diplomatura y por consiguiente objeto de evaluación. Si se considera que la competencia se evalúa en la práctica, a los estudiantes de enfermería de una u otra forma se las hemos evaluado, pues en cada una de las rotaciones prácticas por las que pasan durante los años de formación, deben superar una evaluación que cumplimenta el tutor clínico correspondiente.

En la actualidad lo que supone un reto es adaptar esta evaluación a las competencias definidas oficialmente para estos estudios y aquí es dónde se puede discutir sobre la adecuación de los métodos utilizados para la evaluación de las prácticas clínicas hasta el momento.

No se puede olvidar las diferentes escalas de evaluación que utilizan los diferentes Centros de Enfermería para la evaluación de las prácticas clínicas.

Cabe mencionar el documento de la **Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria**, del año 2004 en el que se agrupan las competencias en “subcompetencias” que ofrecen las capacidades esperadas en el alumno de manera progresiva a lo largo de los tres cursos de la Diplomatura. Se centran en las competencias específicas del diplomado de enfermería.

Junto a este “**documento de competencias**” diseñaron un “**Guía de evaluación**”¹⁸⁸ o dossier simplificado que se enfoca hacia las enseñanzas prácticas. Son un listado de “competencias” o Resultados de Aprendizaje que se plasman en una escala de valoración y que se puntúan de 0 a 4 con unos criterios a modo de Likert.

En la **Universidad de Córdoba** se ha trabajado sobre el diseño de algunos instrumentos para la evaluación de competencias.¹⁸⁹ En concreto se diseñan cinco instrumentos que se describen a continuación.

- El primero es una escala de dimensiones globales que valora el conocimiento sobre los contenidos con mayor aplicación práctica, las habilidades y destrezas del alumno y a dimensión actitudinal. Evalúa la frecuencia mediante una escala Likert (nunca, a veces, siempre)
- El segundo instrumento es una escala de valoración por categoría dimensionales. Se valoran diversas categorías correspondientes a las tres dimensiones globales (saber-saber hacer- saber estar) con la particularidad de permitir una evaluación del 1 al 10 y que responde a cinco parámetros.
- El tercer instrumento es un Cuestionario de competencias transversales. En él se recogen las competencias transversales que el alumno debe adquirir durante su periodo de prácticas. Se formula la competencia junto a una frase guía que facilita al evaluador comprobar el grado en que el alumno ha alcanzado dicha competencia.
- El cuarto instrumentos es un Cuestionario de satisfacción del alumno en prácticas. La cumplimentación de este instrumento tiene carácter voluntario, por parte de los alumnos, para que puedan aportar su grado de satisfacción personal respecto al desarrollo de las prácticas. Es un cuestionario anónimo con datos de filiación básicos y consta de diez ítems valorables en tres niveles, marcando para cada ítem el nivel o grado que se corresponda con su valoración personal. Contiene además una pregunta abierta para cualquier comentario que el alumno desee realizar.
- El quinto instrumento es Registro de asistencia y control horario. En él queda registrado con detalle el nombre de cada alumno que compone el grupo de prácticas, la hora de comienzo-entrada y salida del servicio asistencial donde el alumno realiza sus prácticas, con las firmas de asistencia a las prácticas cada día, tanto del alumno como del profesor.

Por último, mencionar que se ha revisado, también, otra publicación de la **Universidad de Cádiz** ¹⁹⁰, para competencias en el área de Enfermería Comunitaria, que toma como referente la guía docente de la diplomatura de enfermería de las universidades andaluzas y plasma el trabajo realizado por un grupo de profesionales de esta Universidad para evaluar las competencias en el ámbito de la enfermería comunitaria.

En este proyecto se han trabajado una serie de competencias de desarrollo y evaluación general:

1. Manejo de las habilidades de comunicación.
2. Manejo de las técnicas de entrevista de valoración.
3. Uso de registro informático/historia digital: DIRAYA.
4. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales: Colaboración con el equipo.
5. Actitud de aprendizaje y mejora continua.

Y además unas competencias específicas:

1. Educación para la Salud (EpS) y Promoción de la Salud (incluye actividades individuales y grupales de EpS, consejo individualizado, en diferentes ámbitos, etc)
2. Capacidad para desarrollar medidas de Profilaxis, Prevención, Diagnóstico Precoz, Exámenes de Salud.
3. Prestación de cuidados personalizados (Personalización de los cuidados).
4. Capacidad de apoyar a la familia en su rol de cuidador.

Las competencias específicas son disgregadas por bloques en los que distinguen entre competencia, subcompetencia, evidencia, actuaciones/indicadores de manera que se facilita su evaluación.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Tomando como referencia las diferentes definiciones consideradas en el capítulo 1 y los elementos o componentes de las competencias, entendemos el concepto de competencia para aplicarlo a la formación de Profesionales de Enfermería como:

“Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles”.



Figura 18. Definición de Competencia. Elaboración Propia.

La adaptación de las titulaciones al nuevo contexto universitario que establece el marco del EEES supone el diseño de los planes de estudios basados en competencias profesionales. Este diseño implica el desarrollo de nuevas metodologías tanto para el desarrollo de dichas competencias como para la evaluación de las mismas, considerando como elemento central de este proceso de enseñanza-aprendizaje a los estudiantes y asumiendo el concepto de “aprendizaje a lo largo de la vida”.

A partir de que un título se comienza a impartir en la Universidad, se adquiere un compromiso con el estudiante en el que la Universidad debe garantizar la calidad de la enseñanza que está impartiendo. Hasta este momento, el estudiante formalizaba una matrícula y al finalizar sus estudios recibía un título. A partir de ahora, el contrato que se firma, refleja todos y cada uno de los aspectos de esa enseñanza y la Universidad debe rendir cuentas al alumnado y a la sociedad sobre el hecho de haber cumplido lo que ha descrito en la memoria de verificación correspondiente. Así pues, el proceso de cambio al que está sometida la Universidad como consecuencia del EEES, se puede decir que tiene dos connotaciones: por un lado se hace necesario un cambio a nivel curricular y por otro, imprescindible un cambio metodológico. El cambio curricular ha supuesto la posibilidad de organizar los títulos universitarios con nombre y contenidos nuevos que permitan ajustarse más a las necesidades laborales del momento, convirtiéndose así en una oportunidad para cambiar y renovar las enseñanzas metodológicamente.

La evaluación, como parte fundamental de proceso de enseñanza-aprendizaje requiere también de nuevos métodos que permitan evidenciar que se adquieren las competencias que exige cada Titulación.

Por otra parte y según establece el RD 1393/2007 y su modificación, el RD 861/2010, cada seis años las Universidades deben demostrar que sus Titulaciones cumplen los compromisos descritos en las memorias de verificación y que los estudiantes han desarrollado y adquirido las competencias pertinentes. Si esto no fuera así, los Títulos podrían perder su carácter oficial y causar baja en el Registro Universitario de Centros y Títulos (RUCT).

Los estudios de Enfermería no son ajenos a esta nueva organización y también han tenido que adaptar sus planes de estudios, de acuerdo con lo establecido por la normativa actual, con un enfoque basado en competencias, siendo ahora el momento de desarrollar las

nuevas metodologías orientadas a la adquisición de las mismas y, por lo tanto, sistemas de evaluación que certifiquen y acrediten al estudiante competente al finalizar sus estudios.

Nos parece importante señalar que, dado que la incorporación al ámbito laboral de los estudiantes de enfermería es inmediata, desde el mismo momento en el que terminan; en junio y en julio muchos pasan a ocupar puestos sustituyendo a otros profesionales en su periodo vacacional, y se enfrentan rápidamente con una realidad y a diferentes situaciones que ya no son simuladas o tuteladas sino que son ellos los que tienen toda la responsabilidad, deben dar respuestas adecuadas en el contexto clínico, y es evidente que la Universidad debe garantizar que los estudiantes al egreso deben estar preparados para ello.

Es necesario, por ello, disponer de instrumentos válidos y fiables de evaluación que permitan demostrar, no sólo lo que exige el Ministerio a efectos de garantía de calidad de las Titulaciones Universitarias, sino también lo que exige la sociedad y lo que moral y profesionalmente estamos obligados a ofrecer.

Dado este modelo, y una vez realizada una revisión bibliográfica sobre instrumentos de evaluación validados para las competencias que establece la orden Ministerial CIN 2134/208 para los estudios de Grado en Enfermería, se hace necesaria la disponibilidad de herramientas y sistemas que permitan el desarrollo de las competencias descritas para cada Titulación, así como sistemas que demuestren la adquisición de las mismas.

Por todo lo expuesto, se propone el diseño y validación de una escala que permita dicha evaluación y contribuya a demostrar lo que exige la normativa y lo que, en definitiva, espera la sociedad de los Profesionales de Enfermería.

3. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Es posible elaborar y validar un instrumento que permita la evaluación de los objetivos – Competencias que los estudiantes del Grado en Enfermería deben adquirir según la Orden CIN 2134/ 2008 de 19 de Julio.

4. OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo 1: Elaborar la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (*“Escala ECOEnf”*) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio.

Objetivo 2: Evaluar la validez y fiabilidad de la escala de evaluación.

Objetivo 3: Diseñar una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje.

Objetivo 4: Determinar el nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se ha desarrollado en cuatro fases, que son las que dan respuesta a los objetivos descritos en el apartado anterior:

FASE 1: “*Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (“Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio*”.

FASE 2: “*Evaluación de la validez y fiabilidad de la escala*”

FASE 3: “*Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje*”.

FASE 4: *Determinación del nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala.*

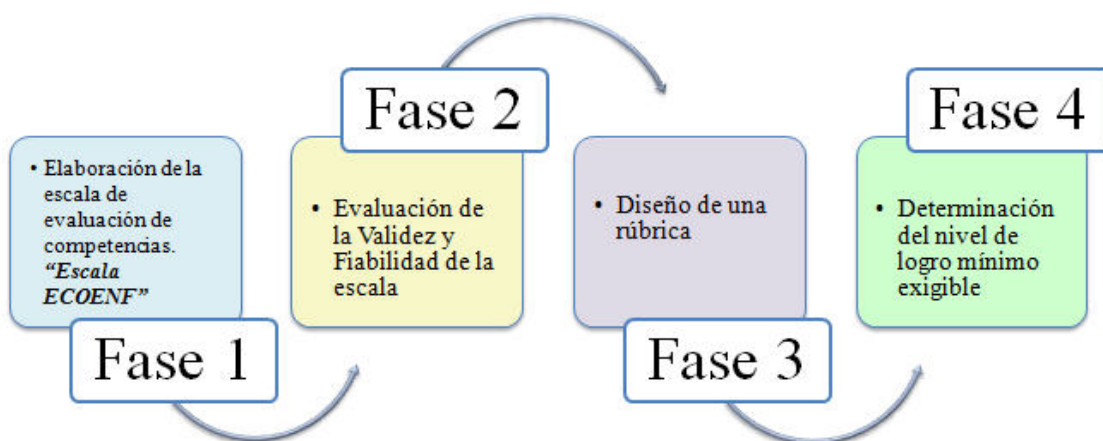


Figura 19. Fases del estudio

Dado que son distintas fases y varios objetivos trabajados, así como la metodología utilizada en cada una de ellas para obtener los resultados, con el fin de facilitar su comprensión, en la tabla siguiente (Tabla 49) se muestra la relación entre fases, objetivos, métodos y resultados y a continuación se describen con más detalle, siguiendo ese esquema, la metodología utilizada para el desarrollo de los objetivos propuestos en cada una de las fases:

RELACIÓN ENTRE FASES DEL ESTUDIO, OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODOS Y RESULTADOS

FASE	OBJETIVOS	MATERIAL Y MÉTODOS	RESULTADOS
FASE 1 “Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (“Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio”.	Objetivo 1: Elaborar la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (Escala ECOEnf) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio.	MÉTODO DACUM PANEL DE EXPERTOS	ESCALA “ECOEnf” que está compuesta por: • Siete Unidades de Competencias (UC) relacionadas con las funciones profesionales y el proceso de atención de enfermería • 72 Resultados de aprendizaje (Indicadores a evaluar o ítems de la escala) repartidos entre las 7 Unidades de Competencia.
FASE 2: “Evaluación de la validez y fiabilidad de la escala”	Objetivo 2: Evaluar la validez y fiabilidad de la escala de evaluación.	MEDIANTE ENCUESTAS	• Se logran los Resultados de Aprendizaje Validados para cada una de las UC, que evidencian las Competencias recogidas en la Orden CIN 2134/2008.

FASE 3: “Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje”.	Objetivo 3: Diseñar una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje	SEMINARIO CONSENSO DE EXPERTOS	Rúbrica para aplicar la Escala “ECOEnf” • Una rúbrica con los criterios y estándares para cada uno de los niveles. • Este sería el instrumento completo para la evaluación para los estudiantes
FASE 4: “Determinación del nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala”.	Objetivo 4: Determinar el nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala.	ENCUESTAS A EXPERTOS	La Escala ECOEnf con el <u>nivel mínimo de logro exigible</u> para cada una de los resultados de aprendizaje que contienen las unidades de competencia

Tabla 49. Relación entre fases del estudio, objetivos, material y métodos y resultados

5.1. FASE 1: “Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (“Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio”.

Con el fin de que pueda comprenderse mejor los pasos seguidos en esta fase, se muestra una tabla en el que se recoge el objetivo de la misma, el método utilizado y las tareas realizadas.

FASE 1 “Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (“Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio”.		
Objetivo	Método	Tareas
Objetivo 1: Elaborar la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (“Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio.	Definición de las unidades de competencia relacionadas con las funciones del profesional de enfermería.	1. Definir las unidades de competencia (UC) para el Grado en Enfermería y relacionarlas con las funciones profesionales
	Técnica de Panel de expertos.	Panel de expertos nº 1 2. “Extraer, de las competencias seleccionadas, los elementos que conforman las tres dimensiones de la competencia: Conocimiento (Saber), habilidad (Saber hacer), actitud/transerencia (Saber ser y estar/ saber transferir)” 3. –Relacionar las competencias seleccionadas con las unidades de competencia definidas para este estudios a través de las dimensiones descritas
	Técnica de Panel de expertos.	Panel de expertos nº 2 : 4. Establecer los Resultados de Aprendizaje que demuestren cada una de las Unidades de Competencia (criterios de realización a evaluar)”

Tabla 50. Descripción de tareas correspondientes a la fase 1

5.1.1. Método

Para la definición de las competencias se ha utilizado la técnica de ~~Panel~~ de Expertos”, tomando como referencia el Método DACUM ~~Developing a Curriculum~~”^{191; 192}. Este método se configura como una técnica de enfoque cualitativo, que permite el levantamiento de las funciones, habilidades, actitudes y conocimientos de un trabajo en particular

Las raíces de DACUM se encuentran en Canadá, en la década de los años sesenta. Nació a partir de la inquietud de hacer la capacitación más participativa desde la definición misma de los contenidos y al mismo tiempo, de orientarla a mejorar los resultados en la organización.

En los años setenta llegó a Estados Unidos para incrustarse en la Ohio State University, en el Centro de Educación y Capacitación para el Empleo. Este Centro se convirtió en el ~~alma~~ mater” del DACUM, con más de 500 talleres impartidos durante las últimas dos décadas, tanto en Estado Unidos como en otros países. Después se han sumado otros institutos y centros a la labor de análisis y difusión de la metodología.

Con el tiempo han aparecido variantes a la iniciativa inicial. Una de ellas es la metodología del desarrollo sistemático de un currículum (SCID en sus siglas en inglés) y la segunda es el método llamado simplemente ~~un~~ modelo” (AMOD en inglés). Son dos caminos distintos de desarrollo del DACUM: mientras el primero se orienta a la profundización de los elementos de currículo obtenidos en la fase previa de DACUM, el segundo hace hincapié en la facilidad de su rápida aplicación. El elemento en común entre ambos es que buscan hacer operativa la evaluación del capacitando, factor que en la fase DACUM no está explicitado. Aunque cabe señalar, que los criterios de evaluación difieren entre ambos: en el SCID se describen los Criterios y evidencias de desempeño a partir de indicadores medibles, mientras que en el AMOD la referencia es meramente subjetiva, tanto del instructor como del aprendiz.¹⁹³

Las premisas de DACUM y que constituyen sus sustentos teóricos son tres:

1. Trabajadores expertos pueden describir y definir su trabajo de manera más precisa que cualquier otra persona de la organización.

2. Una manera efectiva de definir una función es describir en forma precisa las tareas que los trabajadores expertos realizan.
3. Todas las tareas requieren para su ejecución adecuada el uso de determinados conocimientos, habilidades y destrezas, herramientas y actitudes positivas de la persona. (En este punto indirectamente se hace referencia a los componentes de las competencias)

Mediante un lenguaje patrón se identifican las exigencias de conocimientos, aptitudes, habilidades específicas y generales, destreza y actitudes solicitadas para un determinado cargo o conjunto de ocupaciones del mercado laboral. El DACUM es una metodología empleada por muchos gobiernos y organizaciones para describir funciones y competencias de cargos, ocupaciones, desarrollar planes de estudio que sirvan de ayuda para la formación de mano de obra, planificación de carreras, selección de personas, implementación de modelos de competencias, entrenamiento y elaboración de cursos. Consiste en un modo eficaz de describir una determinada ocupación definiendo sus competencias profesionales que incluyen conocimientos, habilidades y actitudes. Esta metodología es eficiente por captar no solamente las actividades técnicas generalmente establecidas en los puestos de trabajo, sino también las habilidades de los profesionales en determinada función. El DACUM presupone que el trabajador es la mejor persona para hablar sobre lo que hace, teniendo en cuenta que los atributos que se les exigen han suplantado las características técnicas establecidas en las descripciones de los cargos. Así, al analizar la función de los enfermeros por medio del DACUM, se crea lugar para la definición más consistente del registro de trabajo, ampliando las oportunidades de construir un plan de estudios integrado teniendo en cuenta la realidad de la situación social.¹⁹²

El taller con trabajadores expertos es el núcleo del procedimiento para poder llegar al **mapa DACUM**, que es una matriz de funciones y tareas que el trabajador debe ser capaz de realizar, complementado con la identificación de conocimientos y habilidades generales, importantes para su trabajo; con comportamientos sociales requeridos (actitud; trato); con el equipo, los materiales y herramientas que el trabajador ocupa; y con las tendencias y perspectivas del trabajo para el futuro inmediato.

En nuestro caso la “matriz DACUM” serán los resultados de aprendizaje para cada una de las Unidades de Competencia (UC). Para poder definir este mapa o matriz es necesario tener previamente establecidas esas UC, las cuales parten de las funciones del Profesional de Enfermería y del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

5.1.2. Funciones del Enfermería relación con Unidades de Competencias (UC)

Las unidades de Competencia definen las grandes funciones para el desempeño de la actividad del profesional de enfermería.

Cada unidad de competencia estará referida por tanto, a una de estas grandes funciones en la que quedarán englobadas las competencias profesionales requeridas para su desempeño eficaz.

Cada competencia de Enfermería, se desarrolla de acuerdo a cada uno de los roles que abarca la práctica, estos son asistenciales, docentes, administrativas y de investigación; tienen sus bases en la percepción de las respuestas humanas ante situaciones que le ocasionan alteración en la salud y en la aplicación del conocimiento para planificar acciones que conduzca a ayudar a solventar las necesidades ocasionadas por dichas alteraciones, constituido por un proceso sistemático y ordenado, con base científica denominado proceso de Enfermería. De tal manera que cada función de Enfermería se caracteriza de competencia en determinada función.

La evaluación de las competencias clínicas de Enfermería, además de estar orientada por las competencias profesionales, también se basan en la aplicación del Proceso de Enfermería (PAE), cuyo principal objetivo es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.¹⁶⁹

Antes de profundizar en el desarrollo de esta fase nos parece adecuado definir las Funciones del profesional de enfermería.

Teniendo en cuenta la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ¹⁶⁵ (Título 1, artículo 4.3)

“Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria.”.

En esta misma Ley vienen especificadas las funciones del Profesional de enfermería (título 1, artículo 7.2):

*a) **Enfermeros:** “Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.*

Por consiguiente, basándonos en la información anterior, las funciones que debe desempeñar el profesional de enfermería y que se tomarán como referencia en el desarrollo de competencias que permitan el desempeño de las mismas, son las siguientes: función asistencial, función de investigación, función de gestión clínica y función docente.

A continuación se definen las funciones mencionadas con base en la metodología enfermera y en el plan de cuidados de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) con el fin de recoger, para cada una de las funciones descritas, las Unidades de competencia con las que se relacionan.

a) Función Asistencial: La competencia relacionada con la asistencia al cliente, usuario, familia, comunidad y trabajador trata de la enfermería como práctica social, política e históricamente construida con la finalidad de cuidar al ser humano en todas las etapas de la vida. Contribuye, también, a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud.¹⁹⁴ Para enfermería el cuidado es el foco y lo principal porque se refiere a las acciones y actividades orientadas a dar asistencia, apoyo o capacitación a individuos o grupos con necesidades evidentes o previstas, buscando mejorar la condición o modo de vida humana.¹⁹⁵

El cuidado se concibe como un conjunto de acciones de seguimiento continuo del usuario/población, durante las enfermedades o a lo largo de procesos socio vitales (salud del niño, adolescente, adulto, mujer, anciano, trabajador, etc.), buscando la promoción, prevención y recuperación de la salud.¹⁹⁶ La asistencia trata de la capacidad de poner en práctica las acciones y conocimientos y su objetivo es el cuidado demandado por individuos, familias, grupos sociales, comunidades y

colectividades. Por tratarse de asistir al ser humano estos cuidados son de naturaleza física, psíquica, social y espiritual en todas las etapas de la vida.¹⁷¹

Así, para esta función se definen tres unidades de competencia (UC): **UC1: Valoración y Diagnóstico, UC2: Planificación de Cuidados y UC3: Intervención de Enfermería.**

Es interesante señalar en este punto que la calidad de los servicios sanitarios depende directamente de la competencia de sus profesionales¹⁹⁷ y por lo tanto es algo que también debe asegurarse en los estudiantes. Es necesario conocer, pues, cómo evaluar este aspecto de las competencias y por este motivo se incluye como otra unidad competencial más la siguiente: **UC4: Evaluación, Innovación y Calidad.**

Se incluyen en la función asistencial porque es la función a la que, al menos al principio, más dedicación deben aplicar los graduados en enfermería al finalizar los estudios.

- b) Función de Investigación:** Es fundamental que la enseñanza de grado incluya en todo su proceso actividades vinculadas a la investigación para formar sujetos críticos y creativos en su práctica profesional. Para ello, la investigación debe ser la esencia de la práctica educativa en enfermería ya que se observa ~~una~~ estrecha relación entre la formación de un profesional crítico-creativo y la actitud investigativa”¹⁹⁸

No obstante, y aunque se tocan algunos aspectos relacionados con esta función en el grado, creemos que es una función a desarrollar sobre todo en el segundo y tercer ciclo de los estudios de enfermería y por eso, no se incluye una Unidad de competencia específica para ello, insertándose algunos objetivos de aprendizaje relacionados con este tema entre las diferentes unidades citadas anteriormente.

c) Función de Gestión Clínica:

El Profesional de Enfermería ocupa cada vez más espacio en la gestión hospitalaria, ya sea en la gestión de unidades operativas o asumiendo cargos administrativos que exigen una visión más amplia del funcionamiento general de la

organización, sobre todo conocimiento en gestión de personas y de recursos financieros, físicos, materiales, tecnológicos²⁰⁰

La gestión clínica incluye también la gestión de recursos materiales. El profesional de enfermería como supervisor de una unidad asume la asume la coordinación de toda la actividad asistencial, con un rol preponderante en cuanto a la determinación del material necesario para la ejecución de las actividades.

La actuación del enfermero en la gestión de recursos materiales es un importante papel en la dimensión técnico administrativa inherente a los procesos de cuidar y administrar²⁰¹

En relación a la Función de Gestión, se define otra unidad competencial: **UC5: Gestión Clínica.**

- d) Función Docente:** La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos propio y específico y que le crea la necesidad de transmitirlo a futuros profesionales. Además la función docente también puede ser entendida en el ámbito de la educación sanitaria a personas, familias y grupos sociales, y aunque en las competencias establecidas para el Grado, según la Orden CIN 2134/2008, no aparece específicamente como tal, si están recogidas las que tienen que ver con este ámbito de educación sanitaria, el cual está incluido en la UC de Intervención definida para este estudio.

Pasamos, por lo tanto a definir las diferentes Unidades de Competencia mencionadas.

UC1.- Valoración y Diagnóstico: Conocer el contexto en el que se desarrolla la actividad asistencial de enfermería y realizar una valoración de las necesidades y problemas reales y potenciales de los pacientes y/o grupos sociales. Realizar en función de las necesidades detectadas y de los problemas reales y potenciales del paciente y/o grupos sociales, el diagnóstico enfermero.

UC2: Planificación: Elaborar, analizando y seleccionando las estrategias metodológicas más adecuadas, en función del diagnóstico realizado, el diseño de un plan de cuidados.

La planificación se ha vuelto un tema cada vez más importante en la vida del hombre contemporáneo de tres maneras: como instrumento de los procesos de gestión de las organizaciones, como impulsor de prácticas sociales transformadoras y como método de acción gubernamental¹⁷¹

UC3: Intervenciones de Enfermería: Llevar a cabo las intervenciones de enfermería más adecuadas para el paciente, familia y/o grupo social para resolver los problemas de salud así como para prevenir la enfermedad en todos y cada uno de los ámbitos en los que se desarrolla la actividad de enfermería.

UC4: Evaluación y Calidad: Planificar, elaborar y aplicar un plan de evaluación que permita, por un lado, realizar un seguimiento de los cuidados aplicados y verificar la calidad de la asistencia, aplicando las mejores técnicas basadas en la evidencia ; y por otro, facilitar la toma de decisiones para incluir las mejoras oportunas.

UC5: Gestión de Enfermería: “Planificación, organización, coordinación, ejecución y evaluación de los servicios de asistencia de enfermería”.

Como se ha comentado anteriormente, las competencias relacionadas con la función docente quedarían recogidas en la UC de Intervención.

Además, nos ha parecido oportuno incluir las dos unidades siguientes, unidades de competencia transversales, pues los indicadores relacionados con el plano actitudinal, de valores y transferencia, así como los de comunicación y relación interpersonal, se han considerado básicos dentro del perfil de competencias que deben desarrollar y adquirir los futuros Profesionales de Enfermería.

UC6: Actitudes, Valores y Transferencia

UC7: Comunicación y Relación Interpersonal.

Estas siete Unidades de Competencias son definidas desde el principio basándonos en las funciones del profesional de Enfermería y en el Proceso de Atención de enfermería; y se plantean como punto de partida para el comienzo del trabajo con los expertos. A partir de estos conceptos y una vez identificadas las funciones y las unidades competenciales

correspondientes al Grado en Enfermería, será necesario identificar las dimensiones competenciales y los criterios e indicadores de evaluación de cada una de ellas para poder relacionarlos.

En la Tabla nº 51 se muestra como se relacionan las UC con las funciones definidas para el Profesional de Enfermería, lo que corresponde a la tarea nº 1 descrita en la tabla nº 50.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA	UNIDADES DE COMPETENCIAS
ASISTENCIA	UC1: Valoración y Diagnóstico UC2: Planificación UC3: Intervención de enfermería UC4: Evaluación y Calidad
INVESTIGACIÓN	Se cree más oportuno evaluarla específicamente en el segundo ciclo.
GESTIÓN	UC5: Gestión Clínica
DOCENCIA	Esta función no se recoge como tal en las competencias de Grado, sin embargo sí se hace referencia a ella en la educación Sanitaria, la cual está incluida en la UC de Intervención
TRANSVERSALES (Se tendrán en cuenta al evaluar todas las funciones y en todas la Unidades de Competencia)	UC6: Actitudes, valores y Transferencia UC7: Comunicación y relación Interpersonal

Tabla 51. Relación entre Funciones del Profesional de Enfermería y Unidades de Competencia.

5.1.3. Panel de Expertos

Partiendo de las competencias seleccionadas para el estudio y considerando las funciones definidas para los Profesionales de Enfermería así como las Unidades que se han propuesto, se plantean grupos de expertos.

Para la selección de estos expertos se toma como referencia la premisa del método DACUM según la cual son los trabajadores expertos los que mejor pueden describir y definir su trabajo basándose en la forma de realizar sus tareas y teniendo en cuenta que

dichas tareas requieren la utilización adecuada de conocimientos habilidades y destrezas además de actitudes positivas (integración de los tres componentes de las competencias) para facilitar el desempeño exitoso.

5.1.4. Participantes

Se ha contado con la participación de 32 profesionales, cuya selección es intencionada y se realiza atendiendo a los siguientes criterios:

- a. Estar en posesión del Título de Diplomado en Enfermería.
- b. Estar en activo en cualquier ámbito de enfermería.
- c. Tener al menos dos años de experiencia

Las reuniones se realizaron en dos jornadas diferentes con una separación para el análisis de los resultados de la primera respecto de la segunda, de tres semanas.

Atendiendo a las **consideraciones éticas**, cabe señalar que todos los participantes fueron debidamente informados sobre el objetivo y la utilización de la información que se pretendía obtener.

Panel de expertos n° 1:

En este panel de expertos se realizan las siguientes tareas que contribuyen a la consecución del objetivo propuesto.

Tarea n° 2: *—Extraer, de las competencias seleccionadas, los elementos que conforman las tres dimensiones de la competencia: Conocimiento (Saber), habilidad (Saber hacer), actitud/transerencia (Saber ser y estar/ saber transferir)”—*

Tarea n° 3: *—Relacionar las competencias seleccionadas con las unidades de competencia definidas para este estudios a través de las dimensiones descritas*

El desarrollo de la primera jornada fue tal como se describe a continuación:

1. Introducción al tema de las competencias mediante una conferencia de 20 minutos.

Se expone por parte del moderador del grupo el planteamiento del estudio, a modo de introducción, en la que se explican conceptos generales sobre competencias y sus elementos. Se informa sobre las competencias que se pretenden evaluar (18 Competencias de la orden CIN) y la propuesta de Unidades de Competencia definidas para este fin así como su relación con las funciones profesionales.

2. Explicación de la dinámica del grupo por parte del moderador (10 minutos). Se explica en qué consiste un panel de expertos y aunque se trabajan a la vez todas las competencias, al hacerlo en grupos diferentes se considera cada grupo como un panel.

Se proponen los siguientes ejercicios:

Ejercicio 1: Se debe reflexionar sobre los diferentes componentes y dimensiones (conocimiento, habilidad y actitudes) que contienen las competencias que les han asignado, extrayendo los elementos de cada una de ellas, para completar la plantilla de apoyo que se proporciona (Tabla nº 52)

Ejercicio 2: En la misma tabla, relacionar cada uno de los elementos identificados con una Unidad de competencia de las que han sido dadas.

COMPETENCIA GENERAL 1:		
ELEMENTO	DIMENSIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA RELACIONADA
• • ...	• • ...	• . • ...
COMPETENCIA GENERAL 2:		
ELEMENTO	DIMENSIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA RELACIONADA
• . • ...	• . • ...	• . • ...
...COMPETENCIA GENERAL 18		
ELEMENTO	DIMENSIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA RELACIONADA
• . • ...	• . • ...	• . • ...

Tabla 52. Plantilla de apoyo para la definición de elementos competenciales, dimensiones y su relación con las Unidades de competencia.

3. Desarrollo del trabajo de grupos (60 minutos)

Para el desarrollo de los trabajos en grupo se reparten los 18 objetivos-competencias de la orden CIN 2431/2008 tal como se muestra en la Tabla nº 53.

GRUPO DE EXPERTO	COMPETENCIAS TRABAJADAS
GRUPO Nº 1 (5 participantes)	G1, G2, G3
GRUPO Nº 2 (5 participantes)	G4, G5, G6
GRUPO Nº 3 (6 participantes)	G7, G8, G9,
GRUPO Nº 4 (5 participantes)	G10, G11, G12
GRUPO Nº 5 (6 participantes)	G13, G14, G15
GRUPO Nº 6 (5 participantes)	G16, G17, G18

Tabla 53. Reparto de Competencias entre los Grupos del Panel de expertos nº 1

Se entrega como documentación el listado de competencias de la orden ministerial, (Anexo nº 1) y el listado con la relación de las Funciones y Unidades de Competencias sobre las que se van a trabajar. (Anexo nº 2).

Además se entregan unas plantillas como apoyo para el trabajo con los grupos en los que se debe completar para cada una de las competencias del estudio la descripción del elemento competencial, la dimensión a la que pertenece que puede ser de conocimiento, habilidad o actitud y la Unidad de Competencia con la que se relaciona. (Anexo nº 3)

La dinámica de grupo comienza por una tormenta de ideas entre los integrantes del mismo, para proceder después a la definición de los elementos competenciales a modo de enunciados que respondan preferiblemente al *formato verbo + objeto + condición*. Posteriormente, estos enunciados se agrupan, suprimiéndose aquellos cuyos contenidos se superponen o no son lo suficientemente distintivos. Por último se recogen las conclusiones del grupo sobre los elementos y componentes trabajados.

4. Puesta en común de las conclusiones. Cada grupo dispone de 10 minutos para su exposición. (60 minutos).

Se extraen 54 agrupaciones con las 3 dimensiones que integran las competencias para cada una de ellas (conocimientos, habilidades y actitudes) y 201 elementos.

La información obtenida de esta reunión de expertos se agrupa en una tabla relacionada, por las tres dimensiones. (Anexos 4 Y 5)

Panel de expertos n° 2:

En el panel de expertos correspondiente al a la segunda jornada se trabajó el siguiente objetivo específico de los descritos con anterioridad:

Tarea n° 4: *–Establecer los Resultados de Aprendizaje que demuestren cada una de las Unidades de Competencia (criterios de evaluación)”*

Los participantes fueron los mismos que en la primera jornada excepto 2 que no pudieron asistir. Por lo tanto se trabajó con 30 Profesionales.

En esta ocasión el esquema de trabajo fue el siguiente:

1. En primer lugar se expone por parte del moderador las conclusiones obtenidas en el panel de expertos previo. Se informa sobre objetivo de esta sesión y se hace una breve introducción al concepto de *–Resultado de Aprendizaje”* (20 minutos).
2. Explicación de la dinámica del grupo por parte del moderador (10 minutos).
3. En esta ocasión se trabajan las Unidades de Competencia y se reparten los grupos de trabajo tal como se muestra en la tabla n° 54.
4. Se solicita que en el desarrollo de los grupos se definan los resultados de aprendizaje para cada una de las Unidades de competencia establecidas y que se relacionen con los elementos obtenidos previamente para asegurar que se incluyen todos los elementos del panel de expertos de la primera jornada. Se sugiere que para la definición de los enunciados se utilice la frase *“El estudiante será capaz de...”* seguido de un verbo y una acción que demuestre lo que se pretende evidenciar. (60 minutos)

Como documentación se entrega:

- Las tablas con los elementos competenciales resultantes del panel de expertos anterior, agrupados por Unidades de Competencia. (anexo nº 5)
- Listados que contienen algunos de los artículos revisados y en los que aparecen ítems que pueden considerarse resultados de aprendizaje, para que sean tomados como ejemplos.^{188; 202; 203; 204; 205}

La dinámica del grupo para el consenso de los enunciados es la misma que en el panel anterior (tormenta de ideas, eliminación de los enunciados repetidos y consenso por parte del grupo).

5. Se procede a la puesta en común de las Conclusiones de los Grupos. (60 minutos)
Se obtienen siete listados correspondientes a las siete UC con los resultados de aprendizaje para evaluar y su relación con los elementos competenciales correspondientes a las competencias del estudio. (Anexo nº 6)

GRUPO DE EXPERTO	UNIDAD DE COMPETENCIA TRABAJADA
GRUPO Nº 1 (5 participantes)	UC1
GRUPO Nº 2 (5 participantes)	UC2
GRUPO Nº 3 (5 participantes)	UC3
GRUPO Nº 4 (5 participantes)	UC4 Y UC5
GRUPO Nº 5 (5 participantes)	UC6
GRUPO Nº 6 (5 participantes)	UC7

Tabla 54. Reparto de Unidades de Competencia entre los Grupos del Panel de expertos nº 2.

5.2. FASE 2: “Evaluación de la Validez y Fiabilidad de la escala”

En esta fase se pretende evaluar y dar fiabilidad a los listados de resultados de aprendizaje (ítems) obtenidos en la fase 1, relacionándolos con las Unidades de Competencia (UC) a las que hacen referencia.

FASE 2: Evaluación de la Validez y Fiabilidad de la escala		
Objetivos	Método	Tareas
Objetivo 2: Evaluar la validez y fiabilidad de los resultados de aprendizaje (ítems o indicadores) que contiene la escala.	Recogida de información mediante encuestas	1. Elaboración de un instrumento de recogida de información. 2. Recogida de información 3. “Validar los resultados de aprendizaje (ítems) para cada una de las Unidades de Competencia”

Tabla 55. Descripción de tareas correspondientes a la fase 2

Para ello se elaboró un instrumento para la recogida de información por parte de Profesionales de Enfermería, (anexo 7) que consta de diferentes apartados para la recogida de información:

- 1º. Datos generales que describen el perfil del profesional cuya opinión va a ser recogida.
- 2º. Fichas en las que el profesional debe indicar su opinión sobre los ítems que se quieren valorar. Estas fichas constan de:
 - a. Un listado de ítems, que se agrupan a modo de escala de evaluación y que intentan describir las evidencias que demostrarían la unidad de competencia.

Estos ítems son los resultados de aprendizaje obtenidos en la fase 1 y que se relacionan con la UC

- b.** Una columna en la que el profesional debe indicar el grado de acuerdo sobre la pertinencia de dicho indicador, para cada unidad de competencia, siendo: **1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo**

3º. Se deja un espacio abierto para recoger la opinión del profesional sobre si es necesario incluir algún indicador más en cada una de las unidades.

Este instrumento se entrega a Profesionales de Enfermería que cumplan los siguientes criterios:

- Estar en posesión del Título de Diplomado en Enfermería
- Estar en activo en cualquier ámbito de la enfermería.
- Tener al menos 2 años de experiencia Profesional.

Lo que se pretende en esta fase es *“Evaluar la fiabilidad y validez de los resultados de aprendizaje (ítems o indicadores) que contiene la escala”*.

Para el manejo de los datos estadísticos se utiliza el programa **SPSS versión 18.**

Atendiendo a las consideraciones éticas, todos los participantes fueron debidamente informados por escrito. Se incluyó la siguiente información en el instrumento de recogida de información utilizado:

“Estimado Compañero, estamos realizando una investigación sobre Evaluación de competencias en Estudiantes del Grado en Enfermería.

Este estudio no tiene fines lucrativos sino meramente Académicos. Se garantiza la máxima confidencialidad”

5.2.1. Validación de Contenido

Un método para la validación de contenido (*Content Validity Indexing - CVI*) de la escala a emplear está basado en la información recibida de expertos evaluadores acerca de los ítems de la encuesta. (Lynn, 1986²⁰⁶ ; Polit, Beck, y Owen, 2007²⁰⁷)

Muestra: Para poder evaluar cada uno de los ítems se recogieron 39 encuestas y se seleccionaron aleatoriamente las correspondientes a 10 Profesionales de Enfermería. Estos 10 sujetos valoran, para cada uno de los ítems, el grado de acuerdo en que dichos ítems se incluyan en cada una de las unidades de competencia.

La escala utilizada para puntuar cada uno de los ítems es una escala Likert que oscila entre 1 y 4, siendo: 1 = Nada de acuerdo, 2 = poco de acuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo.

El “grado de acuerdo” mide la valoración al puntuar cada uno de los ítems teniendo en cuenta el total de ítems del cuestionario y el uso de dichos ítems en la práctica clínica.

i. Índice de Validación de Contenido

Para calcular el Índice de Validación de Contenido se ha empleado la siguiente fórmula:

$$CVI = \frac{\sum_{n=1}^{10} \text{Respuestas con puntuaciones 3 ó 4}}{n}$$

Donde **n** es el número de expertos.

El valor del *CVI* proporciona el nivel de validación de cada uno de los ítems.

Para considerar que la validación del Ítem es aceptable debe obtenerse un **CVI mayor o igual_ 0,78**. En este caso el Ítem puede ser incluido en la escala final. Una puntuación inferior a 0,78 indica un problema con el ítem. ²⁰⁷

ii. S-CVI (Overall Scale Average)

También se ha calculado el S-CVI (overall scale average) para el total del cuestionario, que es el porcentaje del total de ítems a los que los expertos dieron una puntuación de 3 ó 4. **Valores $\geq 0,9$** indican una validez de contenido elevada.

iii. Grado de Acuerdo (Índice de Kappa)

Para poder concluir el grado de acuerdo en la puntuación asignada a cada uno de los ítems del cuestionario se calculo el Índice de Kappa, con la fórmula siguiente:

$$K = \frac{CVI - P_c}{1 - P_c}$$

Donde;

P_c es la probabilidad de cambiar en el grado de acuerdo. Cuanto menor sea la probabilidad más fiable será el grado de acuerdo.

iv. Probabilidad de cambiar el Grado de Acuerdo

La fórmula para determinar la probabilidad descrita anteriormente es:

$$P_c = \left[\frac{N!}{A! \cdot (N - A)!} \right] \cdot (0,5)^N$$

Donde;

N es el número de expertos que valoran el ítem.

A es el número de expertos que han valorado ese ítem con puntuación 3 (muy relevante) ó 4 (altamente relevante).

El valor idóneo para poder concluir que un ítem es excelente es que éste **sea igual o superior a 0,74.** ²⁰⁷

5.2.2. Fiabilidad: Consistencia Interna (Alfa De Cronbach) y Método de Mitades (Split Halves)

Para el estudio de la Fiabilidad se tomaron el total de los 39 cuestionarios recogidos y totalmente cumplimentados por Profesionales de Enfermería.

i. Consistencia Interna

El análisis de la fiabilidad para medir la consistencia interna de la herramienta se realizó calculando el coeficiente de alfa de Cronbach. Éste fue aplicado en dos modalidades: un alfa total, para examinar la consistencia interna de la escala, y un alfa para cada una de las unidades de competencia de la herramienta.

Los valores de referencia para este coeficiente dependen de la bibliografía. En algunos casos consideran que mayor o igual a 0,60, otros 0,70 y los más rigurosos por encima de 0,85.

- Autores como Nunnally (1978) ²⁰⁸, afirman que una fiabilidad de 0,5 ó 0,6 es aceptable.
- Otros autores como Grounlund (1985) ²⁰⁹ cree que la fiabilidad aceptable debe situarse entre 0,6 y 0,85.
- DeVellis (1991) ²¹⁰ considera que los coeficientes de 0,8 a 0,87 caen en el rango de muy buenos.
- Kerlinger y Lee (2002) ²¹¹ han establecido 0,7 como límite entre fiabilidad aceptable ($\geq 0,7$) y no aceptable ($< 0,7$).

ii. Método de mitades.

Para poder medir la confiabilidad de la escala que se construyó, se ha aplicado un muestreo no probabilístico de conveniencia y se realizó un cálculo de confiabilidad utilizando el método de las dos mitades (*split – halves*). El método de las dos mitades consiste en producir resultados iguales al aplicar el instrumento al mismo sujeto.

Para ello se tomó el total de las 39 encuestas recogidas y totalmente cumplimentadas por Profesionales de Enfermería. El método de las dos mitades requiere una aplicación de la medición al conjunto de indicadores; éste se divide en dos mitades y se hace una comparación de los resultados de ambas. Si el resultado de ambas mitades es muy similar, se concluye que el instrumento es confiable.

5.3. FASE 3: “Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje”.

FASE 3: Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje		
Objetivos	Método	Tareas
Objetivo n° 3: Diseñar una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje	Seminario Consenso de expertos	1. Establecer niveles de consecución para los resultados de aprendizaje. 2. Ta Determinar los criterios de evaluación para cada uno de los niveles de logro.

Tabla 56. Descripción de tareas correspondientes a la fase 3

La tabla anterior muestra las tareas que se realizan en esta fase para dar respuesta al objetivo fijado.

5.3.1. Método: Seminario sobre Evaluación de Competencias en Enfermería

Para el desarrollo de esta fase del estudio se planifico un seminario sobre evaluación de competencias dirigido a Profesionales de Enfermería, del ámbito asistencial, que participen en la formación de futuros enfermeros así como Profesionales de Enfermería que desempeñen su función en el ámbito de la gestión y que participen en procesos de selección y promoción de Profesionales de Enfermería.

Los objetivos de este seminario fueron dar a conocer el contexto actual de la formación por competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y realizar una aproximación a la elaboración de mapas de competencias en enfermería.

5.3.2. Participantes

Para convocar a los participantes se siguieron los siguientes criterios de selección:

- Estar en posesión del Título de Diplomado en Enfermería
- Estar en activo en cualquier ámbito de la enfermería.
- Tener al menos 2 años de experiencia Profesional.
- Poseer experiencia como tutor de prácticas clínicas de estudiantes de Enfermería

Se valora favorablemente la experiencia docente aunque no se considera como criterios de inclusión.

Atendiendo a las **consideraciones éticas**, cabe señalar que todos los participantes fueron debidamente informados sobre el objetivo y la utilización de la información que se pretendía obtener.

5.3.3. Desarrollo del Seminario

Se realizaron sesiones del seminario, una de mañana y otra de tarde, el día 22 de abril de 2010 en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle, en la que participaron un total de 31 profesionales (21 por la mañana y 10 por la tarde). La selección de la muestra fue intencionada y todos los participantes cumplían los criterios de selección.

El desarrollo del seminario consistió en una conferencia inicial sobre el contexto de los estudios de enfermería en el EEES, la formación basada en competencias y la evaluación por competencias. (Anexo nº8)

Además se presentó, a modo de ejemplo, una rúbrica de los Profesores Villa y Poblete ⁹⁴ en la que se mostraba cómo definen estos autores los niveles de dominio de las competencias para las prácticas externas.

Nivel de dominio	Profundización	Autonomía	Complejidad
1er nivel de dominio	Básico	Necesita orientación y supervisión. Actividades de aprendizaje mayoritariamente guiadas.	Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.
2n nivel de dominio	Intermedio	Asume riesgos y toma decisiones en el contexto de nuevas situaciones.	Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.
3er nivel de dominio	Avanzado	Asume riesgos y emprende actuaciones con independencia.	Se desarrolla en situaciones complejas, buscando soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y transferibilidad de las mismas.

Tabla 57. Ejemplo de Rúbrica. Fuente: Villa y Poblete

5.3.4. Panel de Expertos para el diseño de una rúbrica.

A partir de aquí se organizaron los talleres a modo de panel de expertos en los que en cada grupo estaban representados los tres grupos de interés, participando en cada uno de ellos al menos un profesional de cada uno de los siguientes ámbitos: Profesionales de Enfermería de atención Primaria, Profesionales de Enfermería de atención especializada, profesional de enfermería del ámbito de la gestión y profesional de enfermería con experiencia docente.

La distribución de los grupos fue tal como se muestra en la tabla 58, tres grupos por la mañana y dos grupos por la tarde.

GRUPO	Nº DE PARTICIPANTES	TURNO
Nº 1	7	MAÑANA
Nº 2	7	MAÑANA
Nº 3	7	MAÑANA
Nº 4	5	TARDE
Nº 5	5	TARDE

Tabla 58. Grupos del panel de expertos organizado durante el seminario de evaluación de competencia.

Entre los participantes del turno de la mañana se consensua que, aunque en el ejemplo de rúbrica el nivel de dominio nº 1 corresponde al más bajo y el nº 3 al más alto, en nuestro caso que el nivel 1 corresponda al más alto (nivel avanzado), el nivel 2 al medio (nivel intermedio) y el nivel 3 al bajo (nivel básico).

NIVELES DE LOGRO
Nivel 1: Nivel alto Nivel 2: Nivel Intermedio Nivel 3: Nivel básico

Tabla 59. Niveles de Logro establecidos para la rúbrica

CRITERIOS NIVELES	CRITERIO Nº1	CRITERIO Nº2	CRITERIO Nº3	CRITERIO Nº4
Nivel 3 BASICO				
Nivel 2 INTERMEDIO				
Nivel 1 AVANZADO				

Tabla 60. Plantilla para la relación entre criterios de evaluación y niveles de logro

Se dejan 60 minutos para el desarrollo del trabajo en grupo y posteriormente se exponen las conclusiones llegando al consenso por parte de los expertos.

En el grupo de tarde se presentan los resultados obtenidos por la mañana y se solicita que se trabaje para el consenso de los mismos.

5.4. FASE 4: “Determinación del nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala”.

Esta fase parte de la validez de contenido de la escala sometida a estudio en la fase 2, por medio de la cual se validaron los resultados de aprendizaje para las competencias del Grado en Enfermería. Se toma también como referencia la rúbrica diseñada en la fase 3 de este estudio. Con estos elementos se elabora una escala (anexo 10) por medio de la cual se pretende establecer el nivel de logro mínimo exigible para los estudiantes de enfermería al finalizar el Grado y antes de incorporarse al ámbito laboral.

FASE 4: Determinación del nivel de logro mínimo exigible , para los estudiantes de Enfermería al finalizar el Grado en cada uno de los RA		
Objetivos	Método	Tareas
Objetivo 4: Determinar el nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala.	Encuestas a expertos	1. Elaboración de un instrumento de recogida de información. 2. Recogida de información 3. Consenso del nivel de logro mínimo exigible a los estudiantes al finalizar el Grado.

Tabla 61. Descripción de tareas correspondientes a la fase 4

En esta escala se incluyen los listados de resultados de aprendizaje validados y se pregunta sobre el nivel mínimo que deben adquirir los estudiantes al finalizar el grado. Se aporta la rúbrica diseñada en la fase 3 para que se puedan tomarse los criterios de evaluación descritos en la misma como referencia para establecer dicho nivel mínimo de consecución que se exige para cada uno de los resultados de aprendizaje (ítems)

Para poder consensuar el nivel mínimo para cada uno de los indicadores que configuran las distintas unidades de competencia, se definieron tres grados de niveles:

- **Nivel 3:** Nivel Básico (Inicial).
- **Nivel 2:** Nivel Medio (Intermedio).
- **Nivel 1:** Nivel Alto (Avanzado).

Para cada uno de estos niveles se tuvieron en cuenta cuatro criterios; *frecuencia, autonomía, momento adecuado de realización y utilización adecuada de recursos*.

Para el estudio de la asignación del nivel de competencia mínimo para cada uno de los indicadores se recogieron un total de 59 encuestas (anexo 10) debidamente cumplimentada por 59 Profesionales de Enfermería.

Se seleccionó un tamaño muestral no aleatorio, ya que se aplicó un Muestreo no Probabilístico de conveniencia. Los profesionales que cumplimentaron el cuestionario cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Estar en posesión del Título de Diplomado en Enfermería
- Estar en activo en cualquier ámbito de la enfermería.
- Tener al menos 2 años de experiencia Profesional.
- Poseer experiencia como tutor de prácticas clínicas de estudiantes de Enfermería

Atendiendo a las **consideraciones éticas**, todos los participantes fueron debidamente informados por escrito. Se incluyó la siguiente información en el instrumento de recogida de información utilizado:

“Estimado Compañero, estamos realizando una investigación sobre Evaluación de competencias en Estudiantes del Grado en Enfermería.

Este estudio no tiene fines lucrativos sino meramente Académicos. Se garantiza la máxima confidencialidad”

El programa estadístico utilizado para el manejo de los datos fue el **SPSS versión 18**.

6. RESULTADOS

6.1. RESULTADOS FASE 1: “Elaboración de la escala de evaluación de competencias para el Grado en Enfermería (“Escala ECOEnf”) según lo establecido en la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio”.

6.1.1. Resultados de la Fase 1. Unidades de Competencias y listados de Resultados de Aprendizaje a evaluar. “Escala ECOEnf”

Como consecuencia del desarrollo de la FASE 1 de este estudio, se obtiene la “Escala ECOEnf”.

Para llegar a ella se han realizado una serie de tareas, especificadas en el apartado de material y métodos, de las cuales obtenemos los siguientes resultados:

Resultado 1: Siete Unidades de Competencias (UC) basadas en las funciones del Profesional de Enfermería y el Proceso de Atención de Enfermería. (Anexo nº 2)

Resultado 2: Se extraen 54 agrupaciones con los componentes que integran las mismas (conocimientos, habilidades y actitudes) y 201 elementos (ítems) (Anexo nº 5)

Resultado 3: Se identifican. Siete UC en las que se relacionan Conocimientos, habilidades y actitudes que contienen las 18 objetivos competencias del estudio.

Resultado 4: 72 Resultados de Aprendizaje agrupados en listados y repartidos entre las siete UC. Estos Siete listados son los que conforman la Escala “ECOEnf”

A continuación se muestran estos listados:

UNIDAD DE COMPETENCIA 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	
1.	Reconocer los factores que influyen en la salud de la población ¹
2.	Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender
3.	Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre. ²
4.	Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
5.	Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes
6.	Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común
7.	Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes. ³
8.	Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.

Tabla 62. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 1: “Valoración y Diagnóstico”

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN	
1.	Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos
2.	Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.
3.	Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades
4.	Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas
5.	Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.
6.	Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno
7.	Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.

Tabla 63. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 2: “Planificación”

¹ Genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, culturales y de estilo de vida

² Utiliza los recursos necesarios para ello, observación, inspección, palpación, entrevista clínica; Aplica el modelo de enfermería que se utilice en el contexto donde desarrolla su actividad (VH, Patrones Funcionales Gordon, Etc.)

³ P.e: Describe los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la nomenclatura aceptada en cada contexto

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN	
1.	Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación
2.	Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.
3.	Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud
4.	Proporciona los cuidados desde una perspectiva integradora ⁴ y con una visión holística ⁵
5.	Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.
6.	Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación
7.	Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad
8.	Mobilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud
9.	Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.
10.	Promover hábitos y conductas saludables
11.	Fomentar la educación para la salud
12.	Favorecer la autonomía de los pacientes
13.	Fomentar el autocuidado
14.	Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.
15.	Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones
16.	Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.
17.	Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.
18.	Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería

Tabla 64. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 3: “Intervención”

⁴ Perspectiva Bio-psico-social

⁵ concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD	
1.	Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación
2.	Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido
3.	Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos
4.	Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones ⁶
5.	Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones
6.	Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas
7.	Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada
8.	Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería

Tabla 65. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 4: “Evaluación y Calidad”

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN	
1.	Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria
2.	Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional del salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad
3.	Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados
4.	Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria

Tabla 66. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 5: “Gestión”

⁶ Revisar bibliografía y literatura relacionada con cada situación mediante la utilización de las bases de datos y los recursos informáticos adecuados según la información que necesita recopilar para tomar decisiones y aplicar los cuidados basándose en la evidencia.

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL	
1.	Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita
2.	Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores
3.	Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.
4.	Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos
5.	Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social
6.	Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad
7.	Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información
8.	Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal ⁷ y relación interpersonal adaptándose a cada situación
9.	Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos
10.	Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas
11.	Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes
12.	Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran
13.	Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación

Tabla 67. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 6: “Comunicación y Relación Interpersonal”

⁷ gestos, tonalidades, expresiones etc.

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES Y TRANSFERENCIA ⁸	
1.	Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario ⁹
2.	Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.
3.	Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.
4.	Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta ¹⁰
5.	Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.
6.	Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.
7.	Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente
8.	Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia. ¹¹
9.	Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo. ¹²
10.	Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social ¹³
11.	Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.
12.	Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia ¹⁴
13.	Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia
14.	Aprender a aprender ¹⁵

Tabla 68. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 7: "Actitudes, Valores y Transferencia

⁸ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación.

⁹ Prudencia

¹⁰ (2, 3 y 4 hacen referencia a la ADAPTABILIDAD Y FLEXIBILIDAD)

¹¹ Responsabilidad

¹² Motivación

¹³ Empatía

¹⁴ (12, 13 hacen referencia al autocontrol)

¹⁵ Según la comisión Europea, significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos. En esta competencia son cruciales la motivación y la confianza."

6.2. RESULTADOS FASE 2: “Evaluación de la Validez y Fiabilidad de la escala”

6.2.1. Índice de Validación de Contenido (CVI) para cada una de las Unidades de Competencias definidas.

El valor obtenido es aceptable cómo se puede observar en la tabla 69. Excepto para la Unidad de Competencia referente a gestión que obtiene una puntuación por debajo del límite especificado (0,53). Este valor se explica por varias razones; una de ellas que la formación universitaria de enfermería es en su gran totalidad práctica y en consecuencia no es de relevante obtener unas competencias en gestión. La segunda razón es que el grupo de expertos desarrollan o han desarrollado su labor profesional en la práctica clínica.

Índice de Validación de Contenido para cada una de las Unidades de Competencias	
Subescalas: <i>Unidades de Competencias</i>	CVI
U.C.1: Valoración y Diagnóstico	0,93
U.C .2: Planificación	0,81
U.C. 3: Intervención	0,87
U.C. 4: Evaluación y Calidad	0,78
U.C. 5: Gestión	0,53
U.C. 6: Comunicación y Relación Interpersonal	0,92
U.C. 7: Actitudes y Transferencia	0,84

Tabla 69. Índice de Validación de Contenido para cada una de la UC

6.2.2. S-CVI (overall scale average) para el total del instrumento

El valor obtenido es de **0,85**; lo que indica que el total de Unidades de Competencia utilizadas para medir las Competencias en Enfermería poseen una alta validez de contenido.

6.2.3. Índice de Kappa

Se pudo confirmar que todos los indicadores son *“excelentes”* ya que todos ellos obtienen puntuaciones en el Índice de Kappa por encima de 0,74. Excepto para los indicadores pertenecientes a la Unidad de Competencias referente a la gestión, este valor es algo inferior al de 0,5. Al igual que en el CVI seguimos manteniendo que las Competencias en Enfermería han sido hasta la fecha de hoy más prácticas que teóricas, en conclusión la Unidad de Competencia de Gestión está infravalorada. Debido a que todos los expertos que han valorado dicha herramienta dan una mayor importancia al resto de competencias, y en conclusión no se elimina dicha competencia porque se cree que es de utilidad para los futuros Profesionales de Enfermería.

La puntuación global de nuestra herramienta de valoración sobre las Unidades de Competencia es de lo más idónea ya que se obtuvo un valor en el índice de Kappa muy por encima de 0,74, siendo éste de **0,83**.

En la tabla 70, que se muestra a continuación se observan los valores del Índice de Kappa para cada una de las Unidades de Competencia y para el total de la herramienta.

Índice de Kappa	
Índice de Kappa para el total de la herramienta: S-CVI	0,83
Subescalas: Unidades de Competencias	CVI
U.C.1: Valoración y Diagnóstico	0,92
U.C .2: Planificación	0,80
U.C. 3: Intervención	0,86
U.C. 4: Evaluación y Calidad	0,78
U.C. 5: Gestión	0,45
U.C. 6: Comunicación y Relación Interpersonal	0,92
U.C. 7: Actitudes y Transferencia	0,83

Tabla 70. Índice de Kappa para cada Unidad de Competencia

6.2.4. Fiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach) y Método de Mitades (Split Halves)

Se recogió una muestra de 39 expertos Profesionales de Enfermería. De los cuáles 29 (78,38%) son mujeres y 8 (21,62%) hombres. La edad media es de 35,41 años (D.E: 7,91; Mín.: 25; Máx.: 52).

En la figura siguiente se muestra el tipo de entidad en el que desarrollan su labor profesional.

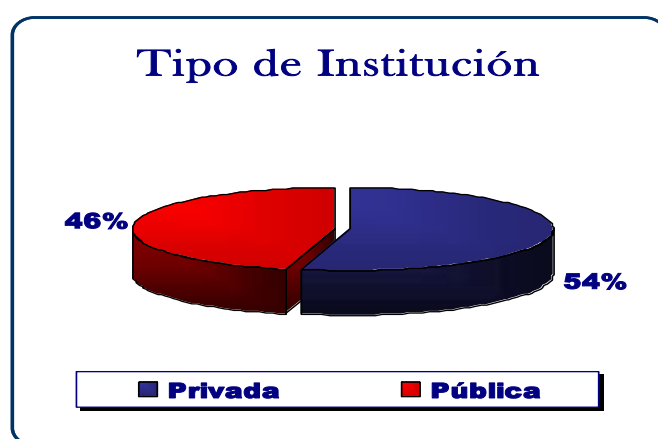


Figura 20. Tipo de entidad en la que trabajan los profesionales que participan en la fase 2

El 53,85% (21) de los encuestados desarrollan su carrera profesional en entidades privadas frente a un 46,15% (18) que lo desarrollan en una entidad pública.

La Tabla nº 71 recoge las frecuencias relativas y absolutas obtenidas para analizar los años de experiencia asistencial.

“Años de experiencia asistencial”		
	n	%
Entre 2 y 5 años	6	15,38
Entre 5 y 10 años	13	33,33
Más de 10 años	20	51,29

Tabla 71. Años de experiencia de los Profesionales que participan en la fase 2

Estos profesionales trabajan en diferentes ámbitos de la enfermería (Medicina Interna, Hospitalización Cirugía, Urgencias, Unidad de cuidados intensivos, análisis clínicos, geriatría, Atención primaria, investigación y gestión)

Cabe destacar, aunque no es uno de los criterios de inclusión que aproximadamente el 60% de los profesionales tienen experiencia como tutores de prácticas.

En el siguiente gráfico se muestra el tipo de paciente al que atienden los Profesionales de Enfermería encuestados.

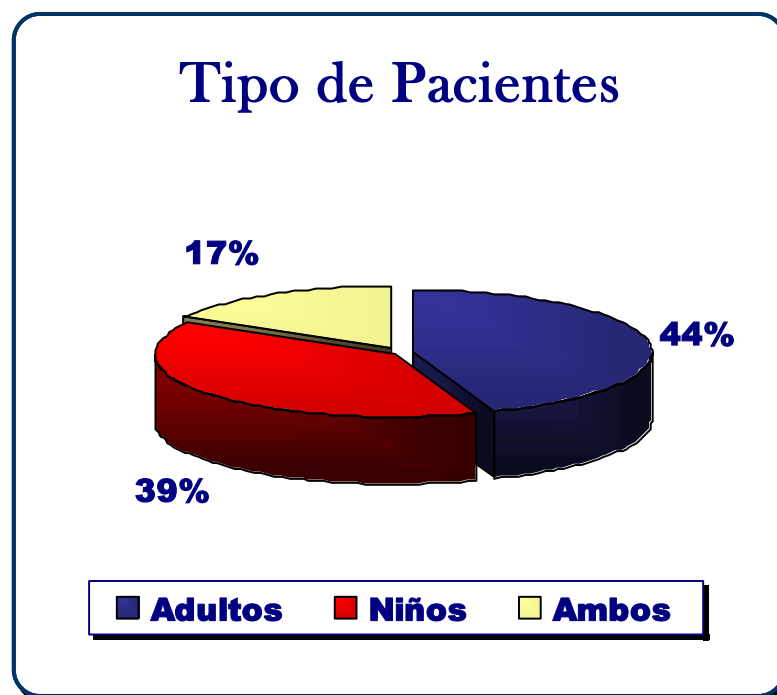


Figura 21. Tipo de pacientes a los que atienden los profesionales encuestados en la fase 2

i. Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)

El alfa de Cronbach para la herramienta es de **0,986**. Los valores que se obtuvieron para cada una de las unidades de competencia definidas son muy aceptables, como se observa en la tabla nº 72.

Alfa de Cronbach para el total del Instrumento	0,986
Subescalas: <i>Unidades de Competencias</i>	Alfa de Cronbach
U.C.1: Valoración y Diagnóstico	0,892
U.C .2: Planificación	0,922
U.C. 3: Intervención	0,955
U.C. 4: Evaluación y Calidad	0,907
U.C. 5: Gestión	0,858
U.C. 6: Comunicación y Relación Interpersonal	0,935
U.C. 7: Actitudes y Transferencia	0,942

Tabla 72. Alfa de Cronbach para el total del Instrumento y para cada una de las UC

ii. Método de mitades. (*Split Halves*)

Para nuestra muestra se han obtenido unos valores para el alfa de Cronbach de **0,975** para la primera de las mitades y de **0,972** para la segunda mitad. Estos valores son muy aceptables estando por encima de los que consideran los autores más rigurosos para la fiabilidad (de 0,8 a 0,87 la fiabilidad es muy buena) ²¹⁰

La correlación obtenida para las dos partes es de **0,888** (muy próxima a 1).

6.3. RESULTADOS FASE 3: “Diseño de una rúbrica que contenga los niveles y estándares de cada uno de ellos para la evaluación de los resultados de aprendizaje”.

6.3.1. Rubrica con criterios y niveles para la evaluación de resultados de aprendizaje.

El resultado obtenido en los paneles de expertos organizados durante las dos sesiones del seminario son los siguientes:

En la Sesión de la mañana se consensua:

- a) Cuatro criterios que tienen importancia a la hora de evaluar y definir los niveles de logro de la competencia , que son:

✓ **Criterio nº 1: Frecuencia de realización:** teniendo en cuenta que los indicadores traducen las competencias generales establecidas por la orden ministerial para enfermería, se asume que su realización debe ser siempre (3 en escala Likert)

✓ **Criterio nº 2: Autonomía personal:** una competencia requiere un nivel de **–AUTONOMÍA PERSONAL**”, tal como define Villa y Poblete, citado anteriormente. *–Si para resolver un problema, la persona necesita constantemente de supervisión, consejo o asesoramiento, se puede afirmar que no es suficientemente competente en ello”.*

✓ **Criterio nº 3: Momento adecuado de realización:** Se considera que además de realizar lo que se exija y de disponer de autonomía personal es importante que se realice en el momento adecuado. Para la definición de este criterio se atiende a la definición que realiza Boyatzis, en la cual se define al empleado competente como *“aquel que sabe lo que tiene que hacer en el **momento oportuno** y que, además, lo hace (Boyatzis, 1982)”*

✓ **Criterio nº 4: Utilización adecuada de recursos:** Este criterio está relacionado con la eficacia y la eficiencia. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua Española, se define la eficacia como la *“Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”* y la eficiencia como la *“Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado”*. Este último término se relaciona con los recursos empleados para conseguir el objetivo marcado. Drucker ²¹² utiliza la siguiente definición para hablar de eficiencia: *“Los que logran minimizar el costo de los recursos con que obtienen sus metas están obrando de manera eficiente”*. En este sentido se considera que la utilización adecuada de recursos es uno de los criterios claves para evaluar la competencia.

b) Para cada uno de estos criterios se establece una escala Likert. Esta escala consta de 4 puntos que son:

0: Nunca

1: Menos o igual del 50% de las ocasiones

2: Más del 50% de las ocasiones

3: Siempre

Del trabajo en grupo y el consenso de los expertos se obtiene la siguiente rúbrica.

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 Básico	3	2	1	1
Nivel 2 Intermedio	3	3	2	2
Nivel 3 Avanzado	3	3	3	2

Tabla 73. Rúbrica obtenida del consenso con los expertos.

Cada uno de los niveles se relaciona con los cuatro criterios determinados por los expertos para su evaluación, así como con el valor que le han asignado a cada criterio como referencia de medida.

Se utiliza una escala Likert de cuatro puntos para asignar valor a cada criterio.

Así, la definición de cada uno de los niveles de logro para los indicadores de las unidades de competencia definidas queda de tal como se describe a continuación.

NIVEL 1 (nivel básico de competencia): La *frecuencia* de realización del indicador será siempre (el indicador estará presente), el estudiante será *autónomo* más del 50% de las ocasiones que realice lo que establece el indicador, más de la mitad de las veces realizará lo establecido en el *momento adecuado* y hasta la mitad de las ocasiones utilizará los recursos adecuados.

NIVEL 2 (nivel intermedio de competencia): La *frecuencia* de realización del indicador será siempre (el indicador estará presente), el estudiante será *autónomo* Siempre, realizará lo que tenga que hacer en el *momento adecuado* más del 50% de las ocasiones y la *utilización de los recursos* se adecuará también más de la mitad de las ocasiones

NIVEL 3 (nivel avanzado de competencia): La *frecuencia* de realización del indicador será siempre (el indicador estará presente), el estudiante será *autónomo* Siempre, realizará lo que tenga que hacer en el *momento adecuado* Siempre y la *utilización de los recursos* se adecuará más de la mitad de las ocasiones

Se entrega la plantilla a cumplimentar en la que se deberán recoger la información que relacione niveles de logro y criterios de evaluación.

Por lo tanto los resultados también pueden mostrarse de la siguiente manera:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 Básico	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	$\leq 50\%$ de las ocasiones	$\leq 50\%$ de las ocasiones
Nivel 2 Intermedio	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 3 Avanzado	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

Tabla 74. Rúbrica consensuada con los criterios de evaluación para los niveles de consecución.

El único criterio que lleva a discusión entre lo consensuado en la sesión de la mañana con respecto a la opinión de los expertos en la sesión de la tarde es el momento adecuado de realización para el nivel básico (nivel 3). Por la mañana se consensua que debería ser valorado como 1 en la escala Likert, es decir $\leq$ al 50% de las ocasiones y por la tarde se discute se debería asignar el nivel 2, $\geq 50\%$ de las ocasiones. Al final se consensua asignar la valoración 1 de la escala Likert para este nivel de logro.

6.4. RESULTADOS FASE 4: “Determinación del nivel de logro mínimo exigible, para los estudiantes de Grado en Enfermería al finalizar el Grado, en cada uno de los Resultados de aprendizaje de la escala”.

Datos descriptivos relacionados con la muestra de Profesionales de Enfermería que han participado en el consenso para establecer el nivel mínimo exigible a los estudiantes de enfermería al finalizar el Grado.

Se recogió una muestra de 59 expertos Profesionales de Enfermería. De los cuáles 40 (71,4%) son mujeres y 16 (28,6%) hombres. La edad media es de 44,18 años (I.C.95%: 41,14-47,23; D.E: 9,262; Mín.: 26; Máx.: 58).

En la figura siguiente se aprecia el porcentaje de Profesionales de Enfermería que desarrollan su labor profesional en entidades públicas o privadas.

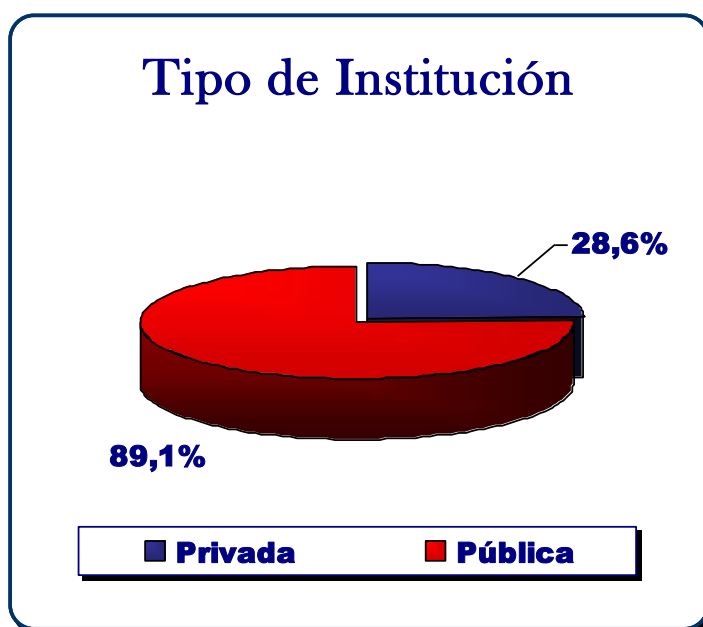


Figura 22. Tipo de entidad en la que trabajan los profesionales que participan en la fase 4

En la siguiente figura se visualiza el porcentaje de Profesionales de Enfermería por unidad de trabajo. En este sentido se puede destacar que existe representación de las unidades más significativas donde los estudiantes de enfermería realizan sus prácticas clínicas.

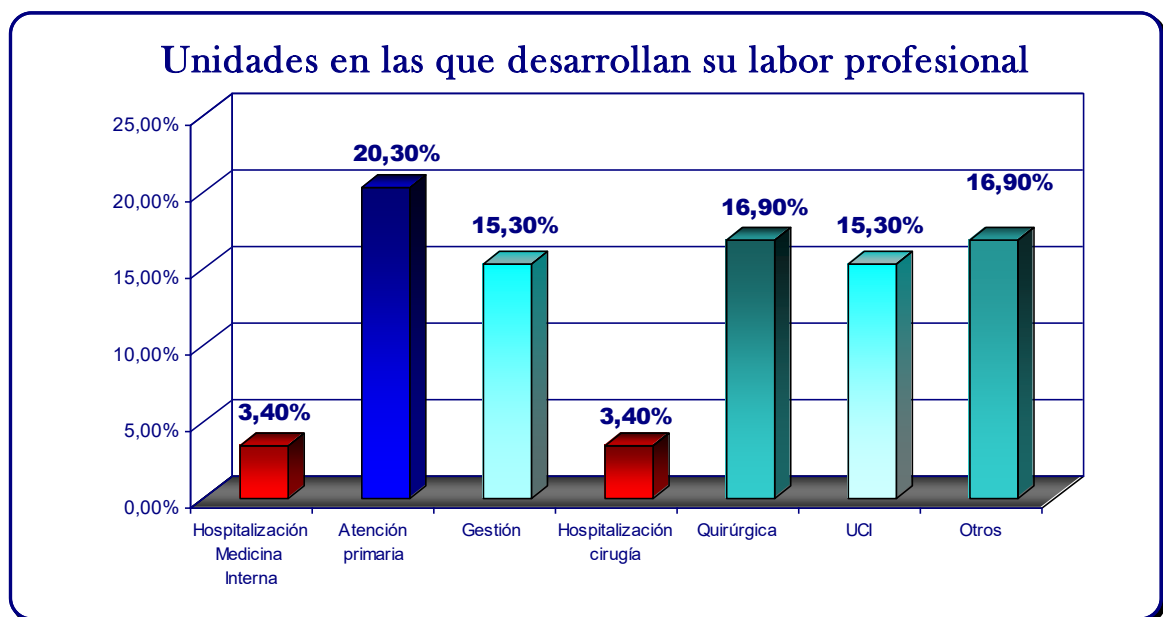


Figura 23. Porcentaje de Profesionales según la unidad donde desempeñan su labor

A este gráfico hay que añadir las respuestas de dos profesionales que han contestado que desarrollan su labor profesional tanto en la unidad de hospitalización de medicina interna como en la de gestión.

Del 16,9% (10) de los profesionales que desarrollan su labor profesional en otro tipo de unidad no recogida en la pregunta, las respuestas obtenidas son:

El tipo de pacientes que son atendidos por este grupo de profesionales se muestra en el siguiente gráfico.

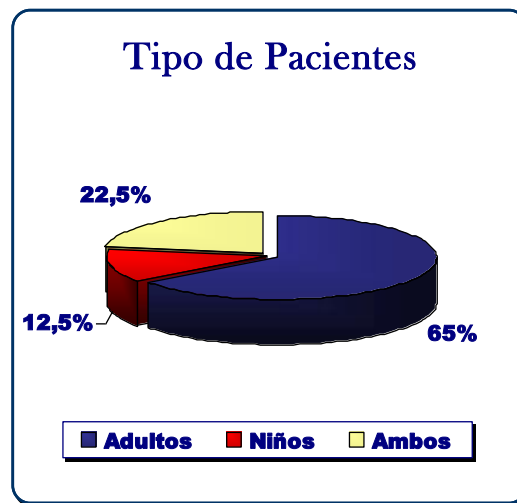


Figura 24. Tipo de pacientes a los que atienden los profesionales encuestados en la fase 4

En cuanto a los años de experiencia profesional, en los siguientes gráficos se muestran las frecuencias relativas y absolutas para los años de experiencia que poseen los Profesionales de Enfermería en el ámbito docente y como tutores de prácticas.

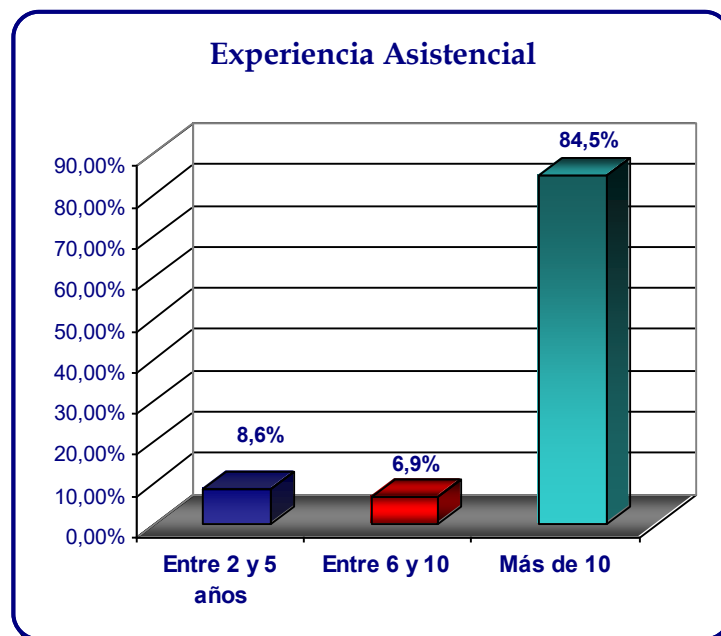


Figura 25. Frecuencias relativas y absolutas para los años de experiencia que poseen los Profesionales de Enfermería de la fase 4 en el ámbito asistencial

Cabe destacar como favorable para nuestros resultados que aproximadamente un 85% de los profesionales encuestados tienen más de 10 años de experiencia asistencial.

Asimismo en relación a la experiencia como docentes en la Universidad, también se considera como dato favorable que aproximadamente un 80% de estos profesionales tienen experiencia como docentes universitarios, tal como se muestra en el gráfico siguiente:

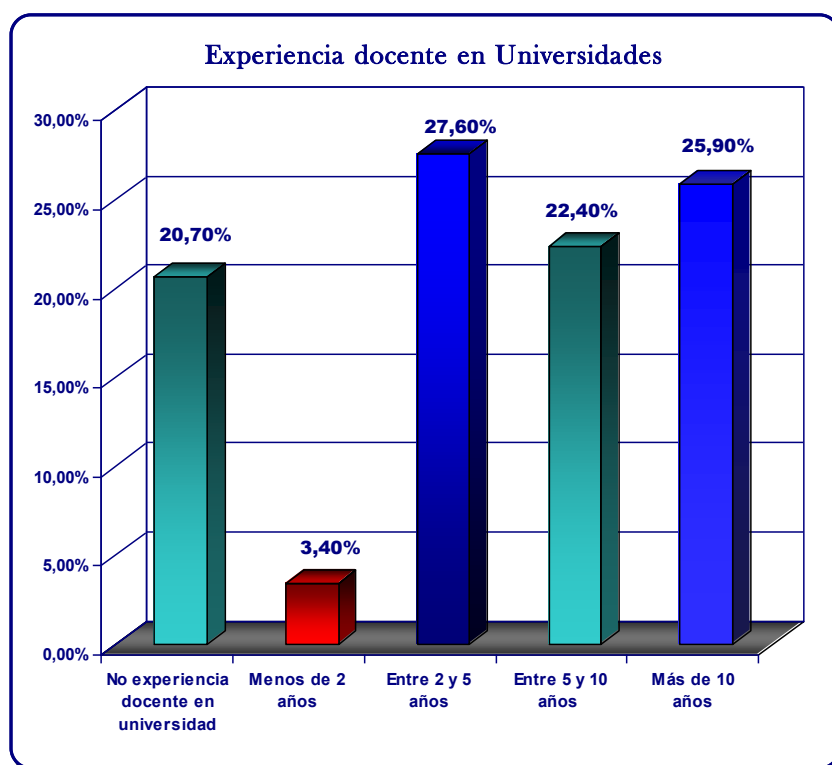


Figura 26. Años de experiencia docente de los participantes en la fase 4

Además un 83% de los profesionales de enfermería tienen como mínimo dos años de experiencia como tutor de prácticas. (Figura 27)

Más de un 80% de los Profesionales de Enfermería han sido tutores de prácticas como mínimo dos años.

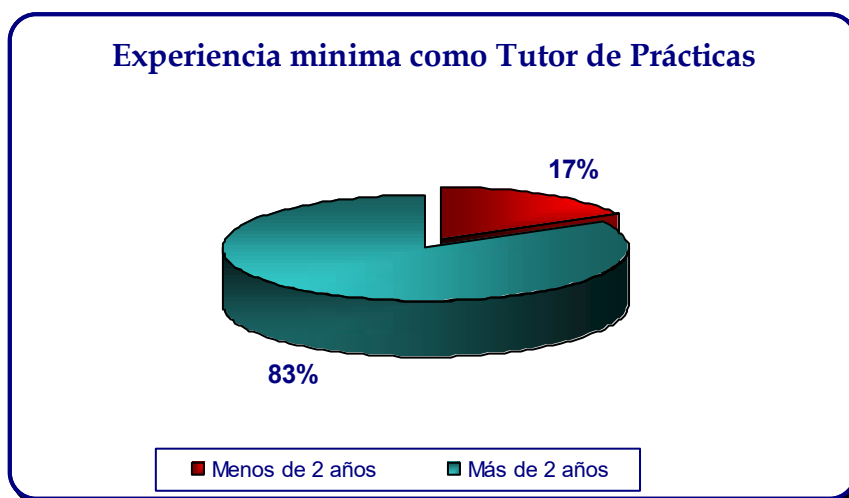


Figura 27. Experiencia mínima de los participantes en la fase 4 como tutores de prácticas

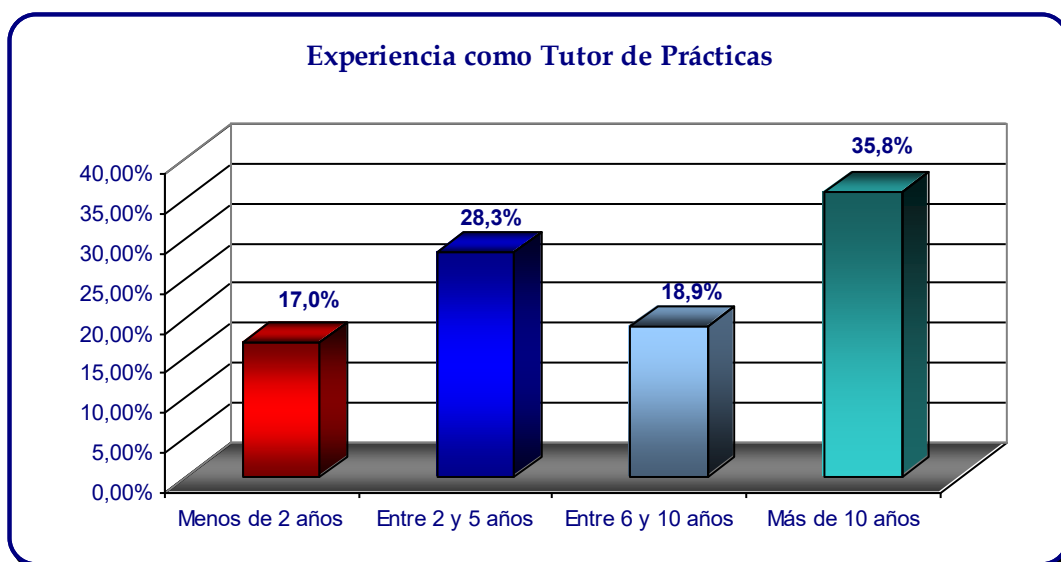


Figura 28. Años de experiencia de los participantes como Tutor de prácticas

Un 53,8% (28) de los Profesionales de Enfermería reconocen haber trabajado por competencias respecto a un 46,2% (24) de los profesionales que nunca han trabajado por competencias. De los 28 profesionales que confirman que si han trabajado por competencias desarrollan su labor profesional en las siguientes áreas:

- 18 de los Profesionales de Enfermería que han trabajado por competencias lo realizan en el ámbito docente
- 10 de éstos lo realizan en el área de gestión.

Este dato también se considera relevante para nuestros resultados.

6.4.1. Valoración sobre el nivel mínimo de competencia asignados por los grupos de Profesionales de Enfermería.

En el anexo nº 11 se muestran las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas del nivel de competencia mínimo que han otorgado los profesionales encuestados para cada uno de los resultados de aprendizaje a evaluar.

Tomando como referencia estas frecuencias y tomando las más altas, se comienza a elaborar la planilla de nivel mínimo exigible para cada Resultado de aprendizaje correspondiente a cada UC.

Quedan algunos ítems cuya frecuencia es muy similar entre los niveles 3 y 4 o los niveles 1 y 2. Para consensuar el nivel a considerar en estos casos, posterior a la valoración mínima que han otorgado los encuestados, se mantiene una reunión de trabajo con el departamento de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. De esta manera se termina de completar el nivel para cada uno de los indicadores o resultados de aprendizaje.

En las tablas siguientes se muestra el nivel mínimo exigible para cada uno de los Resultados de Aprendizaje que componen cada Unidad de competencia.

UNIDAD DE COMPETENCIA 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población	X		
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender		X	
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre.	X		
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.		X	
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes	X		
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común	X		
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes.	X		
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	X		

Tabla 75. Nivel mínimo exigible para la UC 1: "Valoración y Diagnóstico"

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos		X	
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.	X		
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades	X		
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas		X	
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.		X	
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno		X	
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	X		

Tabla 76. Nivel mínimo exigible para la UC 2: "Planificación"

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación		x	
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.		x	
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud		x	
4. Proporcionar los cuidados desde una perspectiva integradora[1] y con una visión holística[2]	x		
5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.		x	
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación		x	
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad	x		
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud	x		
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.		x	
10. Promover hábitos y conductas saludables	x		
11. Fomentar la educación para la salud	x		
12. Favorecer la autonomía de los pacientes	x		
13. Fomentar el autocuidado	x		
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.	x		
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones	x		
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.		x	
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.		x	
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería	x		

Tabla 77. : Nivel mínimo exigible para la UC 3: “Intervención”

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación			X
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido	X		
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos		X	
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones	X		
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones		X	
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas		X	
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada		X	
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería		X	

Tabla 78. Nivel mínimo exigible para la UC 4: "Evaluación y Calidad"

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria		X	
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional del salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad		X	
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados			X
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria		X	

Tabla 79. Nivel mínimo exigible para la UC 5: "Gestión"

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita	X		
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores	X		
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.	X		
4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos	X		
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social		X	
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad	X		
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información	X		
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal y relación interpersonal adaptándose a cada situación	X		
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos		X	
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas		X	
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes	X		
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran		X	
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación		X	

Tabla 80. Nivel mínimo exigible para la UC 6: Comunicación y Relación Interpersonal

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES, VALORES Y TRANSFERENCIA			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario	X		
2. Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.	X		
3. Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.		X	
4. Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta		X	
5. Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.	X		
6. Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.	X		
7. Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente	X		
8. Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia.	X		
9. Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo.	X		
10. Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social		X	
11. Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.		X	
12. Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia		X	
13. Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia	X		
14. Aprender a aprender	X		

Tabla 81. Nivel mínimo exigible para la UC 7: “Actitudes, Valores y Trasferencia”.

6.5. RESULTADO FINAL: Instrumento para la Evaluación de los Objetivos – Competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben Adquirir Según La Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio. “ESCALA ECOEnf”

El resultado final de este estudio es el instrumento para la evaluación de las Competencias Generales del Grado en Enfermería, que hemos denominado –ESCALA ECOEnf’ (Anexo nº 12)

Dicho instrumento es una escala de observación compuesta por:

1. Siete subescalas que corresponden a las siete Unidades Competenciales establecidas
2. 72 Resultados de aprendizaje, que serían los indicadores a medir, agrupados entre dichas Unidades Competenciales tal como muestra la siguiente tabla y se describen en el anexo nº 7.

ESCALA DE EVALUACIÓN	Nº DE RESULTADOS DE APRENDIZAJE
U.C.1: Valoración y Diagnóstico	8
U.C .2: Planificación	7
U.C. 3: Intervención	18
U.C. 4: Evaluación y Calidad	8
U.C. 5: Gestión	4
U.C. 6: Comunicación y Relación Interpersonal	13
U.C. 7: Actitudes, Valores y Transferencia	14

Tabla 82. Nº de Resultados de aprendizaje validados para cada UC

3. Una Rúbrica que muestra 3 niveles de logro y los criterios para cada uno de ellos

Los niveles se describen a continuación:

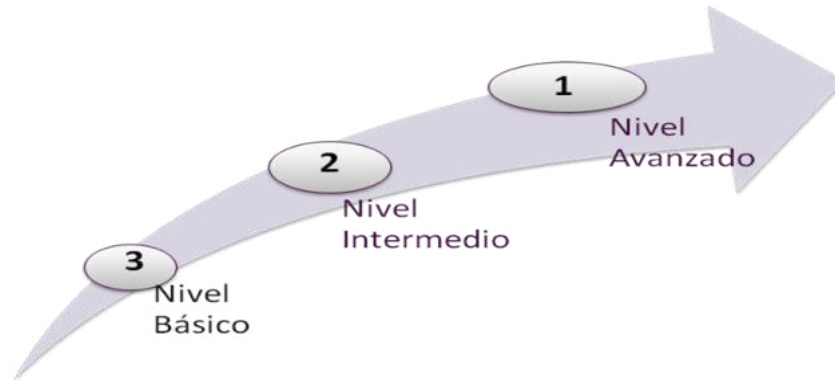


Figura 29. Niveles de logro para los resultados de aprendizaje

Para cada nivel se tienen en cuenta cuatro criterios que se valorarán en cada uno de los indicadores:

- a) **Frecuencia**
- b) **Autonomía**
- c) **Momento adecuado de realización**
- d) **Utilización adecuada de recursos**

A continuación se describe los tres niveles de logro:

NIVEL 3 es el nivel básico o inicial de competencia: La frecuencia de realización del indicador será SIEMPRE (el indicador estará presente), el estudiante será autónomo MÁS DEL 50% de las ocasiones que realice lo que establece el indicador, HASTA EL 50% de las ocasiones realizará lo establecido en el momento adecuado y HASTA EL 50% de las ocasiones utilizará los recursos adecuados.

NIVEL 2 nivel medio o intermedio de competencia: La frecuencia de realización del indicador será SIEMPRE (el indicador estará presente), el estudiante será autónomo

SIEMPRE, realizará lo que tenga que hacer en el momento adecuado MÁS DEL 50% de las ocasiones y la utilización de los recursos se adecuará también MÁS DEL 50% de las ocasiones.

NIVEL 1 nivel alto o avanzado de competencia: La frecuencia de realización del indicador será SIEMPRE (el indicador estará presente), el estudiante será autónomo SIEMPRE, realizará lo que tenga que hacer en el momento adecuado SIEMPRE y la utilización de los recursos se adecuará MÁS DEL 50% DE LAS OCASIONES.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de lo descrito en cuanto a niveles y criterios para la evaluación de los Resultados de Aprendizaje (Indicadores)

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

Tabla 83. Rúbrica con niveles y criterios de evaluación.

4. Además de estas escalas se obtiene una plantilla para cada una de ellas con el nivel mínimo exigible para los estudiantes de Enfermería al finalizar el Grado. Esta plantilla se incluye en el (anexo nº 13)
5. El nivel mínimo exigible puede entenderse como las “respuestas al examen” y se tomarán como referencia para comparar los resultados obtenidos de los alumnos.

Nuestra propuesta para la **aplicación de este instrumento** es la siguiente:

Momento de utilización:

Dado que se han consensuado los niveles mínimos de logro de los resultados de aprendizaje validados para el momento de finalizar el Grado en Enfermería, se utilizará en la última rotación de prácticas clínicas por las que pasan los estudiantes de antes de finalizar el Grado.

Evaluador:

El evaluador sería el Profesional de Enfermería que realiza el seguimiento del alumno durante dicha rotación, es decir el Tutor de prácticas clínicas.

Instrucciones para la utilización del instrumento de evaluación de competencias

La evaluación final se traducirá en un valor numérico que oscilará de 0% al 100% (de 0 a 10 puntos), si se cumplen todos los criterios, al evaluar las distintas unidades de competencias.

Para poder llegar a otorgar un valor numérico, es preciso establecer algunos criterios más que deberán ser determinados por cada departamento de Enfermería o de Prácticas encargado del seguimiento de los estudiantes.

Para ello se sugieren las siguientes pautas:

Definir el porcentaje sobre el total de la escala que se va a asignar a cada una de la Unidades de competencias que se evalúan. Si se considera que el máximo es el 100%, la **suma de la evaluación de todas las Unidades de Competencia podrá dar como máximo esta puntuación.**

1. Para cada una de la Unidades de Competencia también habrá que determinar:

- a) Los resultados de aprendizaje (RA) que obligatoriamente deben coincidir con los mínimos exigibles.
- b) El porcentaje sobre el total de los ítems que componen la Unidad de competencia que deben estar correctos
- c) Peso sobre el total de la evaluación que se asigna a cada una de las UC definidas.

Unidad de competencia	Peso sobre el total de la evaluación	Resultados de aprendizaje mínimos a superar en cada UC	Resultados de aprendizaje obligatorios incluidos en los mínimos a superar
UC 1: Valoración y Diagnóstico			
UC 2: Planificación			
UC3: Intervención			
UC 4: Evaluación y Calidad			
UC5: Gestión			
UC 6: Comunicación y Relación Interpersonal			
UC 7: Actitudes, valores y transferencia			
TOTAL DE LA EVALUACIÓN	100% (10 puntos sobre 10)		

Tabla 84. Criterios previos para la evaluación de los estudiantes.

A modo de ejemplo puede considerarse lo siguiente:

Unidad de competencia	Peso sobre el total de la evaluación	Resultados de aprendizaje mínimos a superar en cada UC	Resultados de aprendizaje obligatorios incluidos en los mínimos a superar
UC 1 (8 Resultados de Aprendizaje)	20%	Min 5 RA Aprox 70%	2 y 8
UC2 (7 Resultados de Aprendizaje)	17%	Min 5 RA Aprox 70%	1 y 7
UC 3 (18 Resultados de Aprendizaje)	17%	Min 12 RA Aprox 70%	14 y 18
UC 4 (Resultados de Aprendizaje)	7%	Min 4 RA 50%	5
UC 5 (4 Resultados de Aprendizaje)	5%	Min 1 RA Aprox 30%	No hay RA obligatorios
UC 6 (13 Resultados de Aprendizaje)	17%	Min 9 RA Aprox 70%	1, 2 y 8
UC7 (14 Resultados de Aprendizaje)	17%	70%	5 y 11
TOTAL ESCALA	100%		

Tabla 85. Criterios de evaluación propuestos por el Departamento de Enfermería de la UCM (a modo de ejemplo).

Así, por ejemplo para la Unidad de Competencia nº 1 que está compuesta por 8 resultados de aprendizaje a evaluar, se consideraría en la evaluación siempre y cuando se superen 5 de los resultados de aprendizaje, (coincidan con la plantilla de nivel mínimo exigible) los que suponen aproximadamente el 70% de los ítems que componen la UC, y que entre esos 5 estén incluidos el nº 2 y nº 8 como correctos.

Para traducir esta valoración en una puntuación numérica, se seguirán las siguientes pautas:

1. El total de la Unidad de competencia puntúa un 20% (un 2 punto sobre 10)
2. Si los 8 Resultados de aprendizaje que la integran coincidieran con la plantilla de nivel mínimo exigible, el alumno obtendría un 2.
3. Por lo tanto si sólo han superado 5 Resultados de aprendizaje de los 8, habría superado el 70%.
4. Entre estos 5 resultados superados correctamente deben estar incluidos el nº 2 y el nº 8, porque se han considerado como obligatorios para esta Unidad de Competencia. En este caso la puntuación que se otorgaría sería la resultante de calcular el 70% de 20 (porque esta UC tiene un valor máximo de 20%)
5. Por lo tanto, el alumno obtendría de esta parte 14% sobre el 100% del total de la escala, o, lo que es lo mismo, un 1.4 sobre 10.

Estos puntos se seguirán con todas y cada una de las Unidades de Competencia a evaluar y al final obtendremos un valor correspondiente a la suma de ellas, que podrá considerarse como la nota del estudiante.

**UC1+ UC2+ UC3+ UC4+UC5+UC6+UC7= NOTA NUMÉRICA TOTAL DE
LA ESCALA**

De esta manera se consigue una calificación y una evidencia que contribuya a demostrar que el alumno ha adquirido las competencias que debe poseer al finalizar sus estudios de Grado, tal y como exige la orden ministerial CIN 2134/2008.

7. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El contexto universitario actual conlleva cambios tanto en la metodología, como en los procedimientos evaluativos; cambios que no pasan desapercibidos ni para los estudiantes ni para el profesorado. Uno de los más significativos es la formación basada en competencias, situando al alumno en el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje.

El término competencia tiene múltiples definiciones, si bien existen tres componentes que son prácticamente comunes a todas ellas. Estos componentes son los conocimientos, o el saber, las habilidades, el saber hacer y las actitudes y valores, el saber ser y saber estar. En este trabajo se ha incluido, además, el concepto de *Transferencia*, entendiéndolo como la posibilidad de movilizar esos conocimientos, esas habilidades y esas actitudes para poder actuar en los diferentes contextos y situaciones a las que se enfrentan los profesionales en el ámbito laboral, adaptándolos en cada caso. Por lo tanto se considera que estos componentes de la competencia deben estar integrados para que pueda considerarse como tal.

Según las definiciones de Boyatzis¹⁸, Spencer y Spencer²⁰ y Pereda²⁶ y Berrocal, las competencias pueden considerarse comportamientos que se mantendrían a lo largo del tiempo y esto es muy interesante en la formación de Profesionales de Enfermería dado que, es muy difícil enfrentar a los estudiantes a todas y cada una de las situaciones a las que van a encontrarse cuando asuman el rol de profesionales. Sin embargo, si actúan de un determinado modo durante su formación práctica, demostrando comportamientos adecuados, esto podría ser un indicador de que, ante situaciones similares, su actuación sería igualmente correcta. En este sentido, nos ha parecido relevante el concepto de creación de la propia competencia que defiende Le Bortef²⁵, cuando afirma que la persona debe construir a tiempo su propia competencia para gestionar correctamente las situaciones que vayan surgiendo en el día a día y compartimos la idea de Levy-Leboyer¹⁷, quien considera que sería más competente quien mejor se adaptara a esas situaciones nuevas. Estos últimos conceptos son primordiales en la formación de los estudiantes y futuros Profesionales de Enfermería dado que, como hemos comentado, el día a día hace que se

tengan que enfrentar a situaciones novedosas y hay que entrenarles en esa ~~creación~~ "de su propia competencia.

Es así como se entiende, en el nuevo contexto del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), el hecho de que el alumno sea el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje y el concepto de aprendizaje a lo largo de la vida.

No debe olvidarse que, según la teoría del iceberg, existen componentes no visibles que condicionan el comportamiento y por lo tanto la competencia. Entre estos componentes se encuentran la motivación y los rasgos de personalidad como condicionantes importantes en el comportamiento de la persona. No obstante, se considera que estos elementos no visibles de la competencia también podrían desarrollarse y aprenderse con un adecuado proceso de enseñanza-aprendizaje así como con la creación continua de la competencia en el día a día.

Cabe mencionar otro aspecto importante dentro de la conceptualización del término Competencia y es la diferenciación entre ~~Se~~ "Capaz" y ~~Ser~~ "Competente", diferenciación que realizan autores como Tejada y Navío ⁴⁷. Poseer la capacidad no significa ser competente. La competencia supone la movilización de conocimientos y habilidades, por lo tanto los profesionales deben saber, saber hacer y querer hacerlo. Es relevante que, aun dominando esos componentes, diferencien cuándo deben movilizarlos y actuar (siendo capaces), y cuándo la actuación deba ser ~~no~~ "actuar", porque el hacerlo no sería lo correcto.

Siguiendo con estos dos conceptos, estos autores mencionan que, desde el conjunto de las capacidades, se llega a la competencia y para nuestro trabajo esta afirmación resulta interesante pues evaluamos capacidades, dado que los resultados de aprendizaje están redactados en términos de ~~ser~~ "capaz de..." y en su conjunto evidenciarían las competencias a las que hacen referencia.

Todas estas concepciones son la base sobre la que se sustentamos nuestra definición de competencia.

Evaluar competencias, en el contexto de la formación universitaria, puede ser considerado como un acercamiento de la Universidad a la Sociedad, otro de los aspectos que promueve la convergencia europea. Cuando los profesionales se incorporan al ámbito laboral, deben pasar procesos de selección y cada vez es más utilizada la evaluación de competencias dentro de la gestión de Recursos Humanos. Si se consigue que los profesionales que forme la Universidad ya hayan adquirido las competencias que se les van a requerir en el momento de aspirar a un puesto de trabajo, y hayan tenido oportunidad de demostrar que poseen dichas competencias, posiblemente encuentren más facilidades a la hora de conseguir ese empleo.

En el caso de los estudiantes de Enfermería, muchos de estos gestores han tenido oportunidad de observar y evaluar a los alumnos durante el desarrollo de sus prácticas clínicas y, por lo tanto, han considerado que, tal como se han comportando en ese periodo y cómo han dado respuesta a las situaciones que se les han planteado, posiblemente actúen y se desenvuelvan ante situaciones similares o ante la necesidad de solucionar realidades parecidas.

Asimismo, es frecuente que sean los gestores de personal los que seleccionan a los estudiantes cuando terminan su formación para ocupar los puestos de trabajo que necesitan cubrir.

Centrándonos en los aspectos propios de la Evaluación, consideramos que, si la competencia integra distintos componentes, dicha evaluación no debería realizarse valorándolos por separado. Además, apoyándonos en la revisión de artículos sobre la evaluación de competencias en Enfermería realizado por el *National Cancer Nursing Education Project (EdCaN)* ¹⁷³ con el objetivo de identificar las mejores pruebas disponibles, relacionadas con la evaluación de competencia en la práctica enfermera, y en el cual se recoge literatura desde el año 2000 hasta el 2008, se acepta que debe utilizarse más de un indicador, que la evaluación inicial puede requerir un enfoque diferente a la evaluación de mantenimiento de la competencia, es decir que la evaluación de los estudiantes al finalizar su formación debería ser diferente y con criterios distintos a los que se apliquen para los profesionales con cierta experiencia laboral o para los alumnos en cualquier otro momento de la formación.

Existen diferentes métodos, que han sido descritos en el apartado correspondiente y cuya selección debe ser la más apropiada, según el componente o dimensión que se pretenda evaluar. Pero si se considera el concepto holístico de la competencia debe buscarse el método más completo para su evaluación y, tal como se ha desarrollado en este trabajo, es necesario encontrar aquel que permita realizar una evaluación de la manera más integral posible. Esto nos evidenciará lo que el estudiante sabe y sabe hacer además de si posee la actitud adecuada para transferir esos componentes a la situación real que se plantee. Por lo tanto, es elemental tener presente que la evaluación no solo debe ceñirse a un único instrumento o método evaluativo, sino que cada instrumento debe contribuir a obtener un juicio lo más objetivo posible del alumno y por eso se defiende el hecho de utilizar varios métodos que cumplan criterios de validez y fiabilidad.

Según la revisión del *EdCaN* ¹⁷³ La Evaluación clínica objetiva estructurada (ECO), como ya se ha visto, es uno de los métodos más utilizados en ciencias de la salud. Actualmente no hay pruebas suficientes para demostrar si puede medir la competencia, sin embargo en esta revisión se identificaron dos estudios que mostraron una mejora en el rendimiento después de esta evaluación. No obstante, el coste de esta prueba es lo suficientemente elevado como para que no sea posible su utilización en muchos casos, siendo su principal limitación.

Es necesario considerar también el contexto en el que se desarrolla la situación a la que se debe dar respuesta, pues es algo que influirá en la actuación del profesional a la hora de resolverla. Entendemos que la competencia solo puede ser evaluada en el contexto real dado que, solo en el caso de que alguien se enfrente a una determinada situación será posible demostrar si sabe darle respuesta o no.

En Ciencias de la Salud y, concretamente en la formación de Enfermería, tradicionalmente se ha estado evaluando al estudiante en el contexto clínico, utilizando sus estancias de prácticas y puede decirse que esto es algo que no ha cambiado con la adaptación al EEES, pues es una titulación que ya contaba con un significativo peso en créditos asignados a las prácticas externas o prácticas clínicas.

La utilización de los Resultados de Aprendizaje, en este estudio, ha sido asumida para la evaluación de los estudiantes, como indicadores que demuestren la eficacia de la acción formativa y tal como se ha considerado en la definición formulada para este trabajo, es necesario considerar el contexto y la situación real a la hora de poder demostrar competencias. Por eso la propuesta es que el instrumento validado para la evaluación de competencias en este estudio sea aplicado en el contexto clínico durante el desarrollo de las prácticas externas de los estudiantes.

Para llevar a cabo la evaluación de competencias es necesario programarlas y enseñarlas previamente. La evaluación ayuda a detectar las competencias que poseen y no poseen los estudiantes y así desarrollar las que deben adquirir o mejorar las que ya tienen. A partir de aquí la evaluación, como instrumento para la mejora continua, debe permitirnos volver a programar lo evaluado e incluir las acciones de mejora oportunas con el fin de avanzar en el proceso de enseñanza-aprendizaje utilizándose, no solo para adivinar o seleccionar a quien posee ciertas competencias, sino para promoverlas en todos los estudiantes.

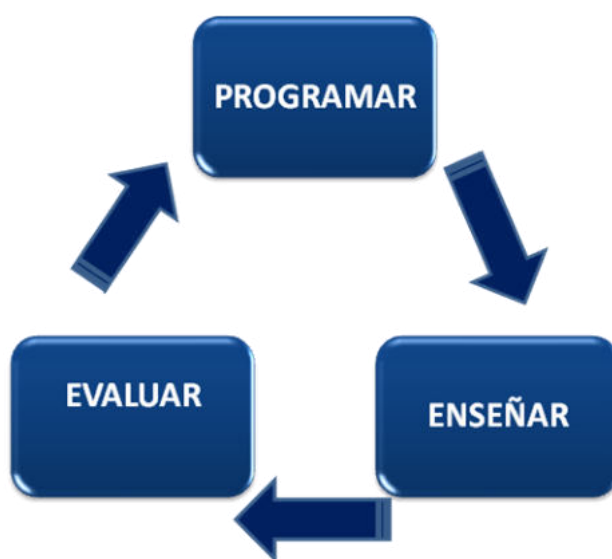


Figura 30. La evaluación en el Proceso de Enseñanza- Aprendizaje

Es oportuno hacer referencia al modelo de Mario de Miguel, que entiende la evaluación como una fase del proceso didáctico, como una estrategia orientada a comprobar si se han alcanzado los objetivos previstos en la planificación y formulados en resultados de aprendizaje. Este autor relaciona modalidades de enseñanza-aprendizaje, métodos de

aprendizaje y procedimientos de evaluación, en un modelo en el que los elementos están interrelacionados. En nuestro trabajo, como modalidad de enseñanza-aprendizaje se ha seleccionado las Prácticas Externas, como método de enseñanza – aprendizaje podría utilizarse el de resolución de problemas, pues al encontrarse el estudiante en el contexto real, serían problemas y situaciones reales; y en cuanto a los procedimientos de evaluación que se podrían utilizar las pruebas de ejecución de tareas reales y/o simuladas, que permiten evaluar demostraciones del trabajo del estudiante y la técnica de observación, que es una de las técnicas que más se recomienda para recoger información sobre evidencias de desempeño e identificar errores con el propósito de brindar la orientación que permita superarlos.

El instrumento diseñado en este estudio consiste en una escala de observación –Escala ECOEnf” junto con una rúbrica (también denominada matriz de evaluación) que permita evaluar los 18 Objetivos - Competencias que establece la orden CIN 2134/2008 y que deben adquirir los estudiantes de Grado en Enfermería. Para ello, se agruparon en siete Unidades de Competencias y se definieron los resultados de Aprendizaje para cada una de ellas siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería.

El método utilizado para el diseño de este instrumento se desarrolla en cuatro fases en las que se obtiene la –Escala Ecoenf”, que contiene los resultados de aprendizaje a evaluar, la evaluación de la validez y fiabilidad de dicha escala, una Rúbrica con los estándares para cada uno de los niveles de logro y el nivel de logro exigible para el momento de la evaluación. Este método, que se ha aplicado en el ámbito de Enfermería, podría utilizarse para el diseño de instrumentos que permitan la evaluación de competencias en las Especialidades de Enfermería, en otras Titulaciones de Grado y para la evaluación de otros profesionales, tanto del ámbito sanitario como de otros ámbitos.

Tal como se ha contemplado en el marco teórico, al seleccionar procedimientos e instrumentos de evaluación, éstos deben cumplir criterios de validez y fiabilidad, sin olvidar la viabilidad o practicabilidad.

En este caso, la –Escala ECOEnf” cumple criterios de validez de contenido y fiabilidad interna tal como se ha descrito en el apartado correspondiente en todas las Unidades de Competencia definidas excepto en la de Gestión, pero pensamos que esta es una

competencia muy específica y menos abordable en los estudios de grado pues los cargos y puestos de gestión suelen estar ocupados principalmente por profesionales no recién egresados.

Para que la escala quede completamente validada es necesario aplicarla para la evaluación de los estudiantes de Enfermería, estudio que se plantea como continuación de esta tesis en un futuro próximo.

En cuanto a la practicabilidad, característica que depende de factores como el tiempo necesario para su aplicación, la pericia y el entrenamiento que requiere para su utilización, los recursos necesarios, el coste económico etc. Cabe señalar que es importante que la evaluación pueda realizarse con el tiempo y los medios disponibles que permita la utilización más eficiente.

En cuanto a esta propiedad, la propuesta de utilización de este instrumento supone que las personas que van a evaluar a los estudiantes deban conocerlo y sepan los criterios que se deben aplicar para el procedimiento.

Al considerar el contexto de las prácticas clínicas como lugar en el que el estudiante pueda demostrar las competencias en situaciones reales, los recursos necesarios serían los disponibles en los centros de Prácticas y económicamente supondría lo que estuviera estipulado entre la Universidad y esos Centros. Esta escala de evaluación se incluiría como parte de la evaluación del estudiante al finalizar la rotación, en este caso, la última antes de finalizar sus estudios.

Los evaluadores serían los mismos que evaluarían al estudiante en dicha rotación o periodo de prácticas y únicamente se debería asumir el tiempo necesario para su aplicación.

Por lo tanto, pueden considerarse como fortalezas de esta herramienta y consecuentemente, ventajas, la posibilidad de aplicarla en el contexto real, mediante la técnica de observación; el hecho de ser un instrumento con un coste bajo, además. En cuanto a la formación que requieren los evaluadores para su utilización, es sencilla, teniendo en cuenta que los Profesionales de Enfermería están habituados a la tutorización de estudiantes en sus prácticas clínicas y a la evaluación de los mismos con métodos similares, aunque sería necesaria para su correcta aplicación y utilización. Pero si hay un punto fuerte que

conviene señalar es la alta validez de contenido y fiabilidad interna demostrada para seis de las siete subescalas de evaluación diseñadas.

Por otra parte, conviene mencionar que si la aplicación de la “Escala ECOEnf” para evaluar a los estudiantes se realiza por más de un evaluador, es posible comparar los resultados y disminuir el efecto de la subjetividad.

Se considera, también, que el estudiante deberá conocer los resultados de aprendizaje que se le van a exigir con antelación, así como el nivel mínimo que deberá demostrar en el momento de la evaluación. Del mismo modo, conviene que se le realice una evaluación en un momento previo a la evaluación final, para poder detectar cuál es el nivel que demuestra en ese momento y que tenga suficiente tiempo como para incluir las acciones de mejorar necesarias para superar la evaluación. Al fin y al cabo, lo que se pretende no es solo que los estudiantes puedan aprobar su asignatura de prácticas, sino que sean capaces de adquirir las competencias exigidas con el nivel de logro adecuado.

La “Escala ECOEnf” es un instrumento que permite varias posibilidades para su utilización. En el estudio se ha establecido el nivel mínimo exigible para los estudiantes de Enfermería al finalizar el Grado, por lo tanto esa plantilla se tomaría como referencia a la hora de comparar la evaluación del estudiante en ese preciso momento. No obstante, el listado de resultados de aprendizaje, que son los indicadores que se evalúan con la escala, podría ser utilizado en cualquier momento del proceso formativo, siempre y cuando se adaptara el nivel mínimo exigible al momento en el que se pretende aplicar la escala.

Los criterios para la puntuación de la misma pueden ser consensuados por los responsables de cada Universidad también considerando el momento de la evaluación.

Asimismo, la rúbrica que se propone puede definirse con otros criterios a fin de determinar el nivel. En este estudio se ha utilizado esta rúbrica, que es la resultante del trabajo con los expertos.

En definitiva, para los mismos resultados de aprendizaje, que son los que en este estudio se han validado para las Unidades de Competencia que traducen los 18 objetivos competencias de la orden ministerial, que regula los estudios de Grado en Enfermería, las posibilidades de utilización del instrumento pueden ser variadas, en función del momento

en el que se aplique, del nivel mínimo exigible para ese momento y de los criterios para la puntuación que se establezcan en cada Universidad.

Por último, puede considerarse como oportunidades para seguir trabajando en este tema la posibilidad de evaluar con un instrumento validado las competencias del Grado y al estar validados los resultados de aprendizaje, estos listados pueden ser utilizados para otros momentos diferentes al propuesto en este estudio simplemente cambiando el nivel de exigencia.

Por otra parte, el procedimiento para la definición de Resultados De Aprendizaje realizado en este trabajo puede utilizarse para la definición de Resultados de aprendizaje en otras competencias, ya sean del ámbito de la enfermería, como por ejemplo en las especialidades, o de cualquier otra titulación.

Además, se pueden plantear como futuros estudios, a modo de ejemplo:

- Evaluar a los Estudiantes de Grado en Enfermería con la ~~“Escala ECOEnf”~~.
- Comparar las competencias generales que poseen los diplomados y los graduados en el momento del egreso.
- Comparar competencias generales del Grado en Enfermería entre diferentes centros.
- La elaboración de instrumentos que permitan evaluar competencias específicas de la titulación, con esta metodología.
- Utilizar esta metodología, para otras disciplinas que se hayan diseñado por competencias.

8. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El contexto universitario Europeo obliga al desarrollo y evaluación de las competencias, de ahí la importancia de disponer de instrumentos que permitan su evaluación y evidenciación.
2. El concepto de Competencia presenta múltiples definiciones, teniendo todas ellas como característica común la integración de los conocimientos, o esfera del saber, habilidades, el saber hacer y las actitudes/valores, el saber ser y saber estar.
3. Nosotros proponemos la siguiente definición, que incorpora, además de los componentes mencionados, el concepto de Transferencia:

“Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes, para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles”.

4. Aportamos una metodología aplicada al ámbito de la Enfermería para la evaluación de las Competencias del Grado. Esta metodología es sencilla y reproducible para otras Titulaciones, pudiendo ser aplicable también a las especialidades de Enfermería y a la evaluación de otros profesionales del ámbito sanitario.
5. La evaluación de Competencias es un concepto global. El método e instrumento que se aporta en este trabajo no sustituye al resto de métodos y procedimientos de evaluación,

es un complemento para conseguir que el juicio sobre el alumno sea lo más objetivo posible.

6. Tal como están descritas las Competencias del Grado en la Orden CIN 2134/2008 es muy difícil evaluarlas. Una forma objetiva para hacerlo es convertirlas en Resultados de Aprendizaje. Para ello nos basamos en las funciones del Profesional de Enfermería y en el Proceso de Atención de Enfermería, agrupando los Resultados en Aprendizaje en siete Unidades de Competencia que conforman la “Escala ECOEnf”.
7. A excepción de la Unidad de Competencia nº 5: “Gestión”, Todas las Unidades de Competencia cumplen los criterios de validez de contenido y fiabilidad.
8. Para evaluar el nivel de competencia es preciso definir los criterios y estándares correspondientes a cada uno de los niveles. En este estudio se establecen a través de una rúbrica o matriz de evaluación.
9. Para evaluar al estudiante al finalizar el grado se consensua el nivel de logro mínimo exigible en ese momento.
10. Es posible evaluar el nivel de competencia del estudiante en diferentes momentos utilizando la “Escala ECOEnf”. Para ello, debe definirse el nivel mínimo exigible correspondiente al momento en el que se pretenda evaluar al estudiante.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: Listado Objetivos-Competencias orden CIN 2134/2008

**Objetivos-competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben adquirir
(ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio)**

G1.- Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

G2.- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

G3.- Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.

G4.- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

G5.- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.

G6.- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

G7.- Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

G8.- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud–enfermedad

G9.- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.

G10.- Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.

G11.- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.

G12.- Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

G13.- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

G14.- Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.

G15.- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

G16.- Conocer los sistemas de información sanitaria.

G17.- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

G18.- Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales

9.2. ANEXO 2: Funciones y Unidades de Competencia tomadas como referencia para el estudio.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA	UNIDADES DE COMPETENCIAS
ASISTENCIA	UC1: Valoración y Diagnóstico UC2: Planificación UC3: Intervención de enfermería UC4: Evaluación y Calidad
INVESTIGACIÓN	Se cree más oportuno evaluarla específicamente en el segundo ciclo.
GESTIÓN	UC5: Gestión Clínica
DOCENCIA	Esta función no se recoge como tal en las competencias de Grado, puede ser porque el estudiante no se convierte en docente hasta que no asume el rol de profesional. Sin embargo sí se hace referencia a ella en la educación Sanitaria, la cual está incluida en la UC de Intervención
TRANSVERSALES (Se tendrán en cuenta al evaluar todas las funciones y en todas la Unidades de Competencia)	UC6: Actitudes, valores y Transferencia UC7: Comunicación y relación Interpersonal

9.3. ANEXO 3: Plantilla de trabajo para el panel de expertos nº 1.

COMPETENCIA GENERAL 1:		
ELEMENTO	DIMENSIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA RELACIONADA
.... 		
COMPETENCIA GENERAL 2:		
ELEMENTO	DIMENSIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA RELACIONADA
.... 		
....COMPETENCIA GENERAL 18		
ELEMENTO	DIMENSIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA RELACIONADA
.... 		

9.4. ANEXO 4: Elementos competenciales y dimensiones de cada una de las Competencias Generales para el Grado en Enfermería (ORDEN CIN 2134/2008)

G1.- Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)*
Conocer los procedimientos técnicos de cada uno de los ámbitos	CONOCIMIENTO	UC3
Conocer las características y necesidades del individuo, familia o grupo social al que se va a atender	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer los avances científicos de cada momento	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer los indicadores de calidad definidos para su área de actuación	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer el código deontológico de enfermería	CONOCIMIENTO	UC3
Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación	HABILIDAD	UC3
Detectar las necesidades de las personas a las que se atienden.	HABILIDAD	UC1
Aplicar los avances científicos a cada situación	HABILIDAD	UC4
Demostrar Motivación : tiene una motivación por estar actualizado en los avances científicos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Adecuar la atención a las necesidades de la persona a la que se atiende en cualquier momento y situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Actuar con respeto en todas y cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

*R/C: Relacionada con la dimensión.

G2.- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	CONOCIMIENTO	UC2
Conocer los problemas de salud que puedan afectar a las personas, familias o grupos en el contexto que se presenten.	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer las guías de práctica clínica o asistencial con los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado del problema de salud.	CONOCIMIENTO	UC3
Realizar una valoración de cada situación (individuo, familia o grupo social)	HABILIDAD	UC1
Detectar las necesidades de las personas que atienden.	HABILIDAD	UC1
Detectar los problemas reales y potenciales de los pacientes para realizar un diagnóstico de enfermería adecuado	HABILIDAD	UC1
Detectar los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes o grupos de población.	HABILIDAD	UC1
Establecer el diagnóstico de problemas reales y potenciales	HABILIDAD	UC1
Realizar adecuadamente un plan de cuidados basándose en la valoración y diagnóstico previos	HABILIDAD	UC2
Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica y asistencial	HABILIDAD	UC3
Evaluar la atención prestada introduciendo las mejoras necesarias	HABILIDAD	UC4
Adaptar la planificación a los diferentes contextos, situaciones, medios y personas	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Preocuparse por conocer las necesidades del individuo, familia o grupo social (INTERÉS, MOTIVACIÓN)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar interés porque su actuación obtenga resultados positivos y por eso evalúa. (RESPONSABILIDAD)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Adecuar los cuidados a cada contexto. Adaptar la aplicación de los cuidados a la persona, familia o grupo social. CONTEXTUALIZAR.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G3.- Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer los fundamentos y principios teóricos de la enfermería	CONOCIMIENTO	UC1
Aplicar fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería	HABILIDAD	UC3
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G4.- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer el comportamiento interactivo de las personas diferenciando sexos, grupo o comunidad	CONOCIMIENTO	UC2
Conocer las características del contexto social y multicultural	CONOCIMIENTO	UC2
Comprender e interpretar los comportamientos del individuo dentro del contexto determinado	CONOCIMIENTO	UC2
Demostrar motivación para actualizar conocimientos en relación a los comportamientos de las personas con diferencias contextuales y multiculturales	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Contextualizar los datos relacionados con el comportamiento interactivo de las personas	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G5.- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.

ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Poseer conocimientos sobre estructura y función del cuerpo humano (anatomía, fisiología, bioquímica)	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer la metodología enfermera.	CONOCIMIENTO	UC1
Integrar conocimientos y relacionarlos	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer los sistemas de evaluación	CONOCIMIENTO	UC4
Seleccionar las propuestas de mejorar tras la evaluación	CONOCIMIENTO	UC4
Detectar los problemas reales y potenciales de los pacientes para realizar un diagnóstico de enfermería adecuado	HABILIDAD	UC2
Diseñar sistemas de cuidados	HABILIDAD	UC2
Planificar los cuidados necesarios en cada momento y situación	HABILIDAD	UC2
Evaluar el impacto de los cuidados	HABILIDAD	UC4
Implementar las propuestas de mejora basadas en las debilidades detectadas.	HABILIDAD	UC4
Integrar los conocimientos (capacidad de síntesis y de relación)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Contextualizar la actuación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar actitud crítica para poder evaluar el impacto de los cuidados aplicados	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Buscar de la excelencia	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G6.- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer la el método científico	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer los últimos avances sobre cuidados basados en la evidencia	CONOCIMIENTO	UC4
Realizar cualquier intervención de enfermería siguiendo la mejor evidencia científica	HABILIDAD	UC3
Realizar adecuadamente cualquier intervención con los medios disponibles (eficiencia y efectividad)	HABILIDAD	UC3
Interés por la excelencia	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Contextualizar las intervenciones de enfermería a la situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G7.- Comprender, sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer el código deontológico de enfermería	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre secreto profesional	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre la Legislación general	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre la Legislación sanitaria	CONOCIMIENTO	UC3
Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal	CONOCIMIENTO	UC6
Actuar desde el respeto a la intimidad y a la confidencialidad	HABILIDAD	UC3
Aplicar el secreto profesional en todas las actuaciones de enfermería	HABILIDAD	UC3
Aplicar el código deontológico de la profesión así como la legislación sanitaria y general en todas las actuaciones.	HABILIDAD	UC3
Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal	HABILIDAD	UC6
Demostrar respeto	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Actitud Ética y profesional. Respeto.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar empatía	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Ver más actitudes relacionadas con la comunicación y las relaciones interpersonales	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Escuchar activamente al paciente y familia	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

Anexo 4: elementos competenciales y dimensiones de cada una de las competencias generales para el grado en enfermería. (Orden CIN 2134/2008)

G8.- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud–enfermedad.

ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer el proceso Salud-enfermedad	CONOCIMIENTO	UC1
Identificar la vivencia del proceso salud-enfermedad por los pacientes	CONOCIMIENTO	UC1
Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad	HABILIDAD	UC3
Fomentar la autonomía de los pacientes	HABILIDAD	UC3
Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información	HABILIDAD	UC6
Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas para ellos	HABILIDAD	UC3
Ofrecerse para la resolución de dudas	HABILIDAD	UC6
Proporcionar aquello que necesiten familia, paciente o grupo social.	HABILIDAD	UC6
Asegurarse de que el paciente está informado de lo que le van a hacer aunque previamente le haya informado otro profesional del equipo	HABILIDAD	UC6
Actuar con respeto en todas y cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Contextualizar la situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G9.- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Poseer conocimientos sobre educación sanitaria y educación para la salud	CONOCIMIENTO	UC3
Conocer los principales factores de riesgo para la salud	CONOCIMIENTO	UC1
Identificar estilos de vida saludables	CONOCIMIENTO	UC1
Reconocer las Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud	CONOCIMIENTO	UC3
Conocer los recursos de los que dispone para la realización de las actividades programadas	CONOCIMIENTO	UC2
Poseer conocimientos sobre Autocuidados	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal	HABILIDAD	UC6
Fomentar el autocuidado	HABILIDAD	UC3
Promover hábitos y conductas saludables	HABILIDAD	UC3
Detectar los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes o grupos de población.	HABILIDAD	UC1
Establecer las medidas preventivas y terapéuticas orientadas a la disminución de los factores de riesgo para la salud	HABILIDAD	UC2
Realizar adecuadamente un plan de cuidados basándose en la valoración y diagnóstico previos	HABILIDAD	UC2
Demostrar interés hacia el logro de la salud y prevención de la enfermedad	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar empatía	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Contextualizar (transferencia)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G10.- Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Poseer conocimientos para detectar problemas reales y potenciales de los pacientes	CONOCIMIENTO	UC2
Poseer conocimientos básicos sobre metodología enfermera	CONOCIMIENTO	UC2
Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación	CONOCIMIENTO	UC4
Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.	HABILIDAD	UC3
Garantizar la seguridad de la atención aplicada a las personas, pacientes o grupos sociales	HABILIDAD	UC4
Evaluar la atención prestada para garantizar la calidad de la misma	HABILIDAD	UC4
Buscar la excelencia en la atención.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Actitud crítica dirigida a la mejora	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G11.- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal	CONOCIMIENTO	UC6
Identificar los aspectos psicosociales de los pacientes, familia y grupo sociales	CONOCIMIENTO	UC1
Poseer conocimientos sobre educación sanitaria y educación para la salud	CONOCIMIENTO	UC3
Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16)	CONOCIMIENTO	UC3
Interpretar signos que indiquen que ocurre algo aunque el paciente no pueda expresarlo	CONOCIMIENTO	UC6
Conocer las necesidades que tiene la familia.	CONOCIMIENTO	UC6
Establecer comunicación eficaz	HABILIDAD	UC6
Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación	HABILIDAD	UC6
Demostrar seguridad en la comunicación	HABILIDAD	UC6
Escuchar activamente	HABILIDAD	UC6
Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes	HABILIDAD	UC6
Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones	HABILIDAD	UC6
Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación	HABILIDAD	UC6
Compartir información con el resto del equipo de trabajo	HABILIDAD	UC6
Interpretar la información que proporciona el paciente aunque él no pueda expresarse por si mismo	HABILIDAD	UC6
Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento	HABILIDAD	UC6
Demostrar empatía	HABILIDAD	UC6
Manejar adecuadamente las aplicaciones informáticas y los recursos informáticos disponibles	HABILIDAD	UC6
Fomentar la educación para la salud.	HABILIDAD	UC3
Interesarse por las preocupaciones y necesidades del paciente, preguntarle acerca de cuáles son, no presuponerlas.	HABILIDAD	UC6
Demostrar a la familia que te preocupas por su situación	HABILIDAD	UC6
Informar de cuando se les volverá a dar información	HABILIDAD	UC6
Dominar la comunicación no verbal: mirada, postura adecuada, higiene adecuada, movimientos etc.	HABILIDAD	UC6

Ser capaz de hablar en grupo	HABILIDAD	UC6
Mantener feed back con el paciente, familia y grupo social	HABILIDAD	UC6
Conocer el lenguaje específico para ciencias de la salud	HABILIDAD	UC6
Buscar la excelencia en la atención.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Actitud crítica dirigida a la mejora	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G12.- Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer las normas deontológicas y legales.	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre ética profesional	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre la Legislación general	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre la Legislación sanitaria	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre el contexto mundial y su transformación	CONOCIMIENTO	UC3
Comprender y relacionar los conocimientos dirigidos a las intervenciones de enfermería	CONOCIMIENTO	UC3
Aplicar el código deontológico de la profesión así como la legislación sanitaria y general en todas las actuaciones.	HABILIDAD	UC3
Prever los cambios que puedan ser necesarios para adaptar las intervenciones de enfermería a cada contexto	HABILIDAD	UC2
Contextualizar la actuación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar respeto	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Actitud Ética y profesional	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G13.- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer los principios de financiación sociosanitaria	CONOCIMIENTO	UC5
Conocer los recursos de los que dispone el sistema nacional de salud así como los de la comunidad Autónoma	CONOCIMIENTO	UC5
Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16)	CONOCIMIENTO	UC5
Realizar un uso adecuado de los recursos buscando la mayor eficacia y efectividad	HABILIDAD	UC5
Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria	HABILIDAD	UC5
Orientación a los resultados	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Buscar la excelencia en la atención.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G14.- Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico–técnicos y los de calidad.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer los indicadores de calidad definidos para su área de actuación	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer el sistema de calidad implementado en cada uno de los ámbitos	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer el sistema de calidad implementado en cada uno de los ámbitos	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer los sistemas de evaluación	CONOCIMIENTO	UC4
Conocer los aspectos científicos y técnicos de cada momento	CONOCIMIENTO	UC4
Aplicar los procesos establecidos por el sistema de garantía interna de la calidad en cada una de las situaciones y contextos	HABILIDAD	UC4
Aplicar los cuidados de enfermería desde una perspectiva continua para poder evaluar los resultados alcanzados por los pacientes	HABILIDAD	UC4
Evaluar el impacto de los cuidados	HABILIDAD	UC4
Evaluar la atención prestada introduciendo las mejoras necesarias	HABILIDAD	UC4
Evaluar las intervenciones de enfermería en todos y cada uno de los ámbitos	HABILIDAD	UC4
Interesarse por la calidad y mejora continua	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G15.- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer las funciones y competencias de cada uno de los miembros del equipo de trabajo	CONOCIMIENTO	UC5
Conocer a los diferentes profesionales con los que se trabaja en las diferentes organizaciones asistenciales	CONOCIMIENTO	UC5
Conocer a los diferentes miembros que conforman el equipo de multi e interdisciplinar de profesionales	CONOCIMIENTO	UC5
Realizar las actividades relacionadas con el proceso de enfermería teniendo en cuenta a todo el equipo de trabajo	HABILIDAD	UC3
Interrelacionarse con todos y cada uno de los miembros del equipo de profesionales con los que se trabaja	HABILIDAD	UC6
Identificar cuándo es necesario el consejo y/o la intervención de otro miembro del equipo	HABILIDAD	UC6
Pedir ayuda y decir que no está capacitado cuando no le pregunta un paciente, o la familia o la propia enfermera	HABILIDAD	UC6
Manejar adecuadamente la intranet y los sistemas informáticos de cada unidad para poder acceder a la información de interés.	HABILIDAD	UC6
Manejarse con las aplicaciones informáticas de manera ágil y orientada.	HABILIDAD	UC6
Demostrar Motivación : tiene motivación para trabajar en equipo	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G16.- Conocer los sistemas de información sanitaria		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16)	CONOCIMIENTO	UC6

G17.- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Poseer conocimientos sobre el concepto de atención integral (paciente como ser bio-psico-social)	CONOCIMIENTO	UC3
Integrar los diferentes procesos relacionados con la atención de los paciente con una visión holística	CONOCIMIENTO	UC3
Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación	CONOCIMIENTO	UC4
Aplicar los cuidados de enfermería desde una perspectiva continua para poder evaluar los resultados alcanzados por los pacientes	HABILIDAD	UC4
Detectar áreas de mejoras mediante la evaluación	HABILIDAD	UC4
Aplicar las acciones de mejora integrándolas en el proceso continuo de asistencia.	HABILIDAD	UC4
Actitud crítica dirigida a la mejora	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Interesarse por la calidad y mejora continua	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

G18.- Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.		
ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
Conocer la estructura y función del cuerpo humano	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer la fisiopatología humana	CONOCIMIENTO	UC1
Conocimientos sobre cuidados paliativos	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer los aspectos bio-psico-sociales de los pacientes en situación terminal	CONOCIMIENTO	UC1
Conocer las medidas de confortabilidad dirigidas a los pacientes en situación terminal y sus familias	CONOCIMIENTO	UC1
Movilizar las habilidades de comunicación y relación interpersonal con los pacientes y familia	HABILIDAD	UC6
Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones	HABILIDAD	UC6
Realizar un correcto plan de cuidados dirigido al paciente terminal y sus familias, adecuándose a la cada una de las situaciones y contextos	HABILIDAD	UC3
Aplicar los cuidados desde una perspectiva integradora (bio-psico-social)	HABILIDAD	UC3
Asegurarse del confort del paciente incluso cuando éstos presenten alguna limitación física (sordera, dificultad para hablar...)	HABILIDAD	UC6
Demostrar respeto	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Actitud Ética y profesional	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Interesarse por la calidad y mejora continua	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Contextualizar la atención en relación a cada situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	UC7

9.5. ANEXO 5: Elementos Competenciales y Dimensiones de cada una de las Unidades de Competencia del estudio y su relación con las Competencias de la orden CIN 2134/2008.

UC1.- VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO: Conocer el contexto en el que se desarrolla la actividad asistencial de enfermería y realizar una valoración de las necesidades y problemas reales y potenciales de los pacientes y/o grupos sociales. Realizar en función de las necesidades detectadas y de los problemas reales y potenciales del paciente y/o grupos sociales, el diagnóstico enfermero.

ELEMENTO COMPETENCIAL	DIMENSIÓN	CG CIN
Conocer las características y necesidades del individuo, familia o grupo social al que se va a atender	CONOCIMIENTO	G1
Conocer los problemas de salud que puedan afectar a las personas, familias o grupos en el contexto que se presenten.	CONOCIMIENTO	G2
Conocer los fundamentos y principios teóricos de la enfermería	CONOCIMIENTO	G3
Poseer conocimientos sobre estructura y función del cuerpo humano (anatomía, fisiología, bioquímica)	CONOCIMIENTO	G5
Conocer la metodología enfermera.	CONOCIMIENTO	G5
Integrar conocimientos y relacionarlos	CONOCIMIENTO	G5
Conocer el proceso Salud-enfermedad	CONOCIMIENTO	G8
Identificar la vivencia del proceso salud-enfermedad por los pacientes	CONOCIMIENTO	G8
Conocer los principales factores de riesgo para la salud	CONOCIMIENTO	G9
Identificar estilos de vida saludables	CONOCIMIENTO	G9
Identificar los aspectos psicosociales de los pacientes, familia y grupo sociales	CONOCIMIENTO	G11
Conocer la estructura y función del cuerpo humano	CONOCIMIENTO	G18
Conocer la fisiopatología humana	CONOCIMIENTO	G18
Conocimientos sobre cuidados paliativos	CONOCIMIENTO	G18
Conocer los aspectos psico-sociales de los pacientes en situación terminal	CONOCIMIENTO	G18
Conocer las medidas de confortabilidad dirigidas a los pacientes en situación terminal y sus familias	CONOCIMIENTO	G18

Detectar las necesidades de las personas a las que se atienden.	HABILIDAD	G1
Realizar una la valoración de cada situación (individuo, familia o grupo social)	HABILIDAD	G2
Detectar las necesidades de las personas que atienden.	HABILIDAD	G2
Detectar los problemas reales y potenciales de los pacientes para realizar un diagnóstico de enfermería adecuado	HABILIDAD	G2
Detectar los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes o grupos de población.	HABILIDAD	G2
Establecer el diagnóstico de problemas reales y potenciales	HABILIDAD	G2
Detectar los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes o grupos de población.	HABILIDAD	G9

UC2: PLANIFICACIÓN: Elaborar, Analizando y seleccionando las estrategias metodológicas más adecuadas, en función del diagnóstico realizado, el diseño de un plan de cuidados.

COMPONENTE DE LA COMPETENCIA	DIMENSIÓN	CG CIN
Conocer el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	CONOCIMIENTO	G2
Conocer el comportamiento interactivo de las personas diferenciando sexos, grupo o comunidad	CONOCIMIENTO	G4
Conocer las características del contexto social y multicultural	CONOCIMIENTO	G4
Comprender e interpretar los comportamientos del individuo dentro del contexto determinado	CONOCIMIENTO	G4
Conocer los recursos de los que dispone para la realización de las actividades programadas	CONOCIMIENTO	G9
Poseer conocimientos para detectar problemas reales y potenciales de los pacientes	CONOCIMIENTO	G10
Poseer conocimientos básicos sobre metodología enfermera	CONOCIMIENTO	G10
Realizar adecuadamente un plan de cuidados basándose en la valoración y diagnóstico previos	HABILIDAD	G2
Detectar los problemas reales y potenciales de los pacientes para realizar un diagnóstico de enfermería adecuado	HABILIDAD	G5
Diseñar sistemas de cuidados	HABILIDAD	G5
Planificar los cuidados necesarios en cada momento y situación	HABILIDAD	G5
Establecer las medidas preventivas y terapéuticas orientadas a la disminución de los factores de riesgo para la salud	HABILIDAD	G9
Realizar adecuadamente un plan de cuidados basándose en la valoración y diagnóstico previos	HABILIDAD	G9
Prever los cambios que puedan ser necesarios para adaptar las intervenciones de enfermería a cada contexto	HABILIDAD	G12

UC3: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Llevar a cabo las intervenciones de enfermería más adecuadas para el paciente, familia y/o grupo social para resolver los problemas de salud así como para prevenir la enfermedad en todos y cada uno de los ámbitos en los que se desarrolla la actividad de enfermería.

COMPONENTE DE LA COMPETENCIA	DIMENSIÓN	CG CIN
Conocer los procedimientos técnicos de cada uno de los ámbitos	CONOCIMIENTO	G1
Conocer el código deontológico de enfermería	CONOCIMIENTO	G1
Conocer las guías de práctica clínica o asistencial con los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado del problema de salud.	CONOCIMIENTO	G2
Conocer el código deontológico de enfermería	CONOCIMIENTO	G7
Poseer conocimientos sobre secreto profesional	CONOCIMIENTO	G7
Poseer conocimientos sobre la Legislación general	CONOCIMIENTO	G7
Poseer conocimientos sobre la Legislación sanitaria	CONOCIMIENTO	G7
Poseer conocimientos sobre educación sanitaria y educación para la salud	CONOCIMIENTO	G9
Reconocer las Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud	CONOCIMIENTO	G9
Poseer conocimientos sobre Autocuidados	CONOCIMIENTO	G9
Poseer conocimientos sobre educación sanitaria y educación para la salud	CONOCIMIENTO	G11
Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16)	CONOCIMIENTO	G11
Conocer las normas deontológicas y legales.	CONOCIMIENTO	G12
Poseer conocimientos sobre ética profesional	CONOCIMIENTO	G12
Poseer conocimientos sobre la Legislación general	CONOCIMIENTO	G12
Poseer conocimientos sobre la Legislación sanitaria	CONOCIMIENTO	G12
Poseer conocimientos sobre el contexto mundial y su transformación	CONOCIMIENTO	G12
Comprender y relacionar los conocimientos dirigidos a las intervenciones de enfermería	CONOCIMIENTO	G12
Poseer conocimientos sobre el concepto de atención integral (paciente como ser bio-psico-social)	CONOCIMIENTO	G17

Anexo 5: Elementos competenciales y dimensiones de cada una de las unidades de competencia del estudio y su relación con las competencias de la orden CIN 2134/2008

Integrar los diferentes procesos relacionados con la atención de los paciente con una visión holística	CONOCIMIENTO	G17
Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación	HABILIDAD	G1
Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica y asistencial	HABILIDAD	G2
Aplicar fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería	HABILIDAD	G3
Realizar cualquier intervención de enfermería siguiendo la mejor evidencia científica	HABILIDAD	G6
Realizar adecuadamente cualquier intervención con los medios disponibles (eficiencia y efectividad)	HABILIDAD	G6
Actuar desde el respeto a la intimidad y a la confidencialidad	HABILIDAD	G7
Aplicar el secreto profesional en todas las actuaciones de enfermería	HABILIDAD	G7
Aplicar el código deontológico de la profesión así como la legislación sanitaria y general en todas las actuaciones.	HABILIDAD	G7
Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad	HABILIDAD	G8
Fomentar la autonomía de los pacientes	HABILIDAD	G8
Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas para ellos	HABILIDAD	G8
Fomentar el autocuidado	HABILIDAD	G9
Promover hábitos y conductas saludables	HABILIDAD	G9
Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.	HABILIDAD	G10
Fomentar la educación para la salud.	HABILIDAD	G11
Aplicar el código deontológico de la profesión así como la legislación sanitaria y general en todas las actuaciones.	HABILIDAD	G12
Realizar las actividades relacionadas con el proceso de enfermería teniendo en cuenta a todo el equipo de trabajo	HABILIDAD	G15
Realizar un correcto plan de cuidados dirigido al paciente terminal y sus familias, adecuándose a la cada una de las situaciones y contextos	HABILIDAD	G18
Aplicar los cuidados desde una perspectiva integradora (bio-psico-social)	HABILIDAD	G18

UC4: EVALUACIÓN, INNOVACIÓN Y CALIDAD: Planificar, elaborar y aplicar un plan de evaluación que permita, por un lado, realizar un seguimiento de los cuidados aplicados y verificar la calidad de la asistencia, aplicando las mejores técnicas basadas en la evidencia ; y por otro, facilitar la toma de decisiones para incluir las mejoras oportunas

COMPONENTE DE LA COMPETENCIA	DIMENSIÓN	CG CIN
Conocer los avances científicos de cada momento	CONOCIMIENTO	G1
Conocer los indicadores de calidad definidos para su área de actuación	CONOCIMIENTO	G1
Conocer los sistemas de evaluación	CONOCIMIENTO	G5
Seleccionar las propuestas de mejorar tras la evaluación	CONOCIMIENTO	G5
Conocer la el método científico	CONOCIMIENTO	G6
Conocer los últimos avances sobre cuidados basados en la evidencia	CONOCIMIENTO	G6
Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación	CONOCIMIENTO	G10
Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación	CONOCIMIENTO	G14
Conocer los indicadores de calidad definidos para su área de actuación	CONOCIMIENTO	G14
Conocer el sistema de calidad implementado en cada uno de los ámbitos	CONOCIMIENTO	G14
Conocer el sistema de calidad implementado en cada uno de los ámbitos	CONOCIMIENTO	G14
Conocer los sistemas de evaluación	CONOCIMIENTO	G14
Conocer los aspectos científicos y técnicos de cada momento	CONOCIMIENTO	G14
Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación	CONOCIMIENTO	G17
Aplicar los avances científicos a cada situación	HABILIDAD	G1
Evaluar la atención prestada introduciendo las mejoras necesarias	HABILIDAD	G2
Evaluar el impacto de los cuidados	HABILIDAD	G5
Implementar las propuestas de mejora basadas en las debilidades detectadas.	HABILIDAD	G5
Garantizar la seguridad de la atención aplicada a las personas, pacientes o grupos sociales	HABILIDAD	G10
Evaluar la atención prestada para garantizar la calidad de la misma	HABILIDAD	G10

Anexo 5: Elementos competenciales y dimensiones de cada una de las unidades de competencia del estudio y su relación con las competencias de la orden CIN 2134/2008

Aplicar los procesos establecidos por el sistema de garantía interna de la calidad en cada una de las situaciones y contextos	HABILIDAD	G14
Aplicar los cuidados de enfermería desde una perspectiva continua para poder evaluar los resultados alcanzados por los pacientes	HABILIDAD	G14
Evaluar el impacto de los cuidados	HABILIDAD	G14
Evaluar la atención prestada introduciendo las mejoras necesarias	HABILIDAD	G14
Evaluar las intervenciones de enfermería en todos y cada uno de los ámbitos	HABILIDAD	G14
Aplicar los cuidados de enfermería desde una perspectiva continua para poder evaluar los resultados alcanzados por los pacientes	HABILIDAD	G17
Detectar áreas de mejoras mediante la evaluación	HABILIDAD	G17
Aplicar las acciones de mejora integrándolas en el proceso continuo de asistencia.	HABILIDAD	G17

UC5: GESTIÓN DE ENFERMERÍA: —Planificación, organización, coordinación, ejecución y evaluación de los servicios de asistencia de enfermería”.

COMPONENTE DE LA COMPETENCIA	DIMENSIÓN	CG CIN
Conocer los principios de financiación sociosanitaria	CONOCIMIENTO	G13
Conocer los recursos de los que dispone el sistema nacional de salud así como los de la comunidad Autónoma	CONOCIMIENTO	G13
Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16)	CONOCIMIENTO	G13/ G16
Conocer las funciones y competencias de cada uno de los miembros del equipo de trabajo	CONOCIMIENTO	G15
Conocer a los diferentes profesionales con los que se trabaja en las diferentes organizaciones asistenciales	CONOCIMIENTO	G15
Conocer a los diferentes miembros que conforman el equipo de multi e interdisciplinar de profesionales	CONOCIMIENTO	G15
Realizar un uso adecuado de los recursos buscando la mayor eficacia y efectividad	HABILIDAD	G13
Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria	HABILIDAD	G13

UC6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL

COMPONENTE DE LA COMPETENCIA	DIMENSIÓN	CG CIN
Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal	CONOCIMIENTO	G7
Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal	CONOCIMIENTO	G11
Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16)	CONOCIMIENTO	G16
Comunicación y relación interpersonal con los pacientes y familia (incluidos los pacientes en situación terminal o que requieren cuidados paliativos)	CONOCIMIENTO	G18
Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones	HABILIDAD	G18
Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal	HABILIDAD	G7
Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información	HABILIDAD	G8
Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal	HABILIDAD	G9
Establecer comunicación eficaz	HABILIDAD	G11
Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación	HABILIDAD	G11
Demostrar seguridad en la comunicación	HABILIDAD	G11
Escuchar activamente	HABILIDAD	G11
Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes	HABILIDAD	G11
Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones	HABILIDAD	G11
Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación	HABILIDAD	G11
Compartir información con el resto del equipo de trabajo	HABILIDAD	G11
Interpretar la información que proporciona el paciente aunque el no pueda expresarse por si mismo	HABILIDAD	G11
Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento	HABILIDAD	G11
Demostrar empatía	HABILIDAD	G11
Manejar adecuadamente las aplicaciones informáticas y los recursos informáticos disponibles	HABILIDAD	G11
Interrelacionarse con todos y cada uno de los miembros del equipo de profesionales con los que se trabaja	HABILIDAD	G15

Anexo 5: Elementos competenciales y dimensiones de cada una de las unidades de competencia del estudio y su relación con las competencias de la orden CIN 2134/2008

UC7: ACTITUDES Y TRANSFERENCIA¹

COMPONENTE DE LA COMPETENCIA	DIMENSIÓN	CG CIN
Demostrar Motivación : tiene una motivación por estar actualizado en los avances científicos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G1
Adecuar la atención a las necesidades de la persona a la que se atiende en cualquier momento y situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G1
Actuar con respeto en todas y cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G1
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G1
Adaptar la planificación a los diferentes contextos, situaciones, medios y personas	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G2
Preocuparse por conocer las necesidades del individuo, familia o grupo social (INTERÉS, MOTIVACIÓN)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G2
Demostrar interés porque su actuación obtenga resultados positivos y por eso evalúa. (RESPONSABILIDAD)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G2
Adecuar los cuidados a cada contexto. Adaptar la aplicación de los cuidados a la persona, familia o grupo social. CONTEXTUALIZAR.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G2
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G3
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G3
Demostrar motivación para actualizar conocimientos en relación a los comportamientos de las personas con diferencias contextuales y multiculturales	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G4
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G4
Contextualizar los datos relacionados con el comportamiento interactivo de las personas	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G4
Integrar los conocimientos (capacidad de síntesis y de relación)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G5
Contextualizar la actuación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G5
Demostrar actitud crítica para poder evaluar el impacto de los cuidados aplicados	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G5
Buscar de la excelencia	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G5
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G5

¹ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación

Interés por la excelencia	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G6
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G6
Contextualizar las intervenciones de enfermería a la situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G6
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G6
Demostrar respeto	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G7
Actitud Ética y profesional. Respeto.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G7
Demostrar empatía	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G7
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G7
Ver más actitudes relacionadas con la comunicación y las relaciones interpersonales	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G7
Escuchar activamente al paciente y familia	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G7
Actuar con respeto en todas y cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G8
Contextualizar la situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G8
Actitud Ética y profesional	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G8
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G8
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G8
Demostrar interés hacia el logro de la salud y prevención de la enfermedad	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G9
Demostrar empatía	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G9
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G9
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G9
Contextualizar (transferencia)	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G9
Buscar la excelencia en la atención.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G10
Actitud crítica dirigida a la mejora	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G10
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G10
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G10
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G10
Buscar la excelencia en la atención.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G11
Actitud crítica dirigida a la mejora	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G11

Anexo 5: Elementos competenciales y dimensiones de cada una de las unidades de competencia del estudio y su relación con las competencias de la orden CIN 2134/2008

Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G11
Demostrar Motivación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G11
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G11
Contextualizar la actuación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G12
Demostrar respeto	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G12
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G12
Orientación a los resultados	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G13
Buscar la excelencia en la atención.	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G13
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G13
Interesarse por la calidad y mejora continua	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G14
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G14
Demostrar Motivación : tiene motivación para trabajar en equipo	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G15
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G15
Actitud crítica dirigida a la mejora	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G17
Interesarse por la calidad y mejora continua	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G17
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G17
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G17
Demostrar respeto	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G18
Actitud Ética y profesional	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G18
Interesarse por la calidad y mejora continua	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G18
Contextualizar la atención en relación a cada situación	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G18
Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G18
Demostrar prudencia en todas las situaciones	ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	G18

9.6. ANEXO 6: Relación entre los Resultados de Aprendizaje definidos y los Elementos de las Competencias.

UNIDAD DE COMPETENCIA (UC) 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	
1. conocer los factores que influyen en la salud de la población ¹	• Identificar estilos de vida saludables • Conocer los principales factores de riesgo para la salud • Conocer los problemas de salud que puedan afectar a las personas, familias o grupos en el contexto que se presenten.
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender	• Conocer las características y necesidades del individuo, familia o grupo social al que se va a atender
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre. ²	• Detectar las necesidades de las personas a las que se atienden. • Detectar los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes o grupos de población.
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.	• Identificar los aspectos psicosociales de los pacientes, familia y grupo sociales • Conocer los aspectos psico-sociales de los pacientes en situación terminal
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes	• Conocer el proceso Salud-enfermedad • Identificar la vivencia del proceso salud-enfermedad por los pacientes
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común	• Realizar una la valoración de cada situación (individuo, familia o grupo social)
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes. ³	• Conocer los fundamentos y principios teóricos de la enfermería • Poseer conocimientos sobre estructura y función del cuerpo humano (anatomía, fisiología, bioquímica) • Integrar conocimientos y relacionarlos

¹ genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, culturales y de estilo de vida

² Utiliza los recursos necesarios para ello, observación, inspección, palpación, entrevista clínica; Aplica el modelo de enfermería que se utilice en el contexto donde desarrolla su actividad (VH, Patrones Funcionales Gordon, Etc.)

³ P.e: Describe los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la nomenclatura aceptada en cada contexto

	• Conocimientos sobre cuidados paliativos • Conocer las medidas de confortabilidad dirigidas a los pacientes en situación terminal y sus familias • Detectar los problemas reales y potenciales de los pacientes para realizar un diagnóstico de enfermería adecuado • Establecer el diagnóstico de problemas reales y potenciales
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado ⁴ .	Transversal

⁴ Importante dejar evidencias de todas y cada una de las actividades realizadas durante todo el proceso de enfermería. Por esto se considera este indicador como transversal.

UNIDAD DE COMPETENCIA 2 (UC2) : PLANIFICACIÓN	
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos	• Conocer el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) • Conocer las características del contexto social y multicultural • Conocer el comportamiento interactivo de las personas diferenciando sexos, grupo o comunidad
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.	• Diseñar sistemas de cuidados
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades	• Planificar los cuidados necesarios en cada momento y situación
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas	• Conocer los recursos de los que dispone para la realización de las actividades programadas
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.	• Conocer los recursos de los que dispone para la realización de las actividades programadas
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno	• Prever los cambios que puedan ser necesarios para adaptar las intervenciones de enfermería a cada contexto • Adaptar la planificación a los diferentes contextos, situaciones, medios y personas
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	Transversal

UNIDAD DE COMPETENCIA 3 (UC3) : INTERVENCIÓN	
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación	• Conocer los procedimientos técnicos de cada uno de los ámbitos • Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.	• Poseer conocimientos sobre el contexto mundial y su transformación • Aplicar fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería • Realizar adecuadamente cualquier intervención con los medios disponibles (eficiencia y efectividad)
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud	• Conocer las guías de práctica clínica o asistencial con los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado del problema de salud. • Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica y asistencial • Realizar cualquier intervención de enfermería siguiendo la mejor evidencia científica • Realizar adecuadamente cualquier intervención con los medios disponibles (eficiencia y efectividad)
4. Proporcionar los cuidados desde una perspectiva integradora ⁵ y con una visión holística ⁶	• Comprender y relacionar los conocimientos dirigidos a las intervenciones de enfermería • Poseer conocimientos sobre el concepto de atención integral (paciente como ser bio-psico-social) • Integrar los diferentes procesos relacionados con la atención de los paciente con una visión holística • Aplicar los cuidados desde una perspectiva integradora (bio-psico-social)

⁵ Perspectiva Bio-psico-social

⁶ concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen

5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.	• Relacionado con la dimensión de actitudes, valores y transferencia • Realizar las actividades relacionadas con el proceso de enfermería teniendo en cuenta a todo el equipo de trabajo
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación	• Realizar un correcto plan de cuidados dirigido al paciente y sus familias, adecuándose a la cada una de las situaciones y contextos (incluidos los pacientes en situación terminal o que requieren cuidados paliativos)
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad	• Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas para ellos
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud	• Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.	• Reconocer las Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud
10. Promover hábitos y conductas saludables	• Promover hábitos y conductas saludables •
11. Fomentar la educación para la salud	• Poseer conocimientos sobre educación sanitaria y educación para la salud • Fomentar la educación para la salud.
12. Favorecer la autonomía de los pacientes	• Poseer conocimientos sobre Autocuidados • Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad • Fomentar la autonomía de los pacientes •
13. Fomentar el autocuidado	• Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.	• Conocer las normas deontológicas y legales. • Poseer conocimientos sobre la Legislación general

	• Poseer conocimientos sobre la Legislación sanitaria • Poseer conocimientos sobre ética profesional • Aplicar el código deontológico de la profesión así como la legislación sanitaria y general en todas las actuaciones.
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones	• Poseer conocimientos sobre secreto profesional • Actuar desde el respeto a la intimidad y a la confidencialidad • Aplicar el secreto profesional en todas las actuaciones de enfermería
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.	• Aplicar el código deontológico de la profesión así como la legislación sanitaria y general en todas las actuaciones.
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.	• Realizar un uso adecuado de los recursos buscando la mayor eficacia y efectividad
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería	Transversal

UNIDAD DE COMPETENCIA 4 (UC4) : EVALUACIÓN Y CALIDAD	
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación	• Conocer los indicadores de calidad definidos para su área de actuación
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido	• Conocer el sistema de calidad implementado en cada uno de los ámbitos
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos	• Conocer los sistemas de evaluación • Evaluar el impacto de los cuidados • Evaluar las intervenciones de enfermería en todos y cada uno de los ámbitos
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones ⁷	• Conocer los avances científicos de cada momento • Conocer el método científico • Conocer los últimos avances sobre cuidados basados en la evidencia • Conocer los aspectos científicos y técnicos de cada momento • Aplicar los avances científicos a cada situación
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones	• Aplicar los cuidados de enfermería desde una perspectiva continua para poder evaluar los resultados alcanzados por los pacientes • Detectar áreas de mejoras mediante la evaluación
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas	• Seleccionar las propuestas de mejorar tras la evaluación
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada	• Evaluar la atención prestada introduciendo las mejoras necesarias • Evaluar la atención prestada para garantizar la calidad de la misma
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería	• Poseer conocimientos sobre calidad y evaluación • Implementar las propuestas de mejora basadas en las debilidades detectadas. • Garantizar la seguridad de la atención aplicada a las personas, pacientes o grupos sociales • Aplicar las acciones de mejora integrándolas en el proceso continuo de asistencia.

⁷ Revisar bibliografía y literatura relacionada con cada situación mediante la utilización de las bases de datos y los recursos informáticos adecuados según la información que necesita recopilar para tomar decisiones y aplicar los cuidados basándose en la evidencia.

UNIDAD DE COMPETENCIA 5 (UC5) : GESTIÓN	
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria	• Conocer los principios de financiación sociosanitaria
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional de salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad	• Conocer los recursos de los que dispone el sistema nacional de salud así como los de la comunidad Autónoma • Realizar un uso adecuado de los recursos buscando la mayor eficacia y efectividad
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados	• Conocer a los diferentes miembros que conforman el equipo de multi e interdisciplinar de profesionales • Conocer las funciones y competencias de cada uno de los miembros del equipo de trabajo • Conocer a los diferentes profesionales con los que se trabaja en las diferentes organizaciones asistenciales
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria	• Conocer los sistemas de información sanitaria. (corresponde a la G16) • Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria

UNIDAD DE COMPETENCIA 6 (UC6) : COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTRAPERSONAL

1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita	• Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal • Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal • Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones • Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal • Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información • Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento • Asegurarse de que el paciente está informado de lo que le van a hacer aunque previamente le haya informado otro profesional del equipo • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal • Establecer comunicación eficaz • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación • Demostrar seguridad en la comunicación. • Manejarse con las aplicaciones informáticas de manera ágil y orientada • Manejar adecuadamente la intranet y los sistemas informáticos de cada unidad para poder acceder a la información de interés. • Escuchar activamente • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores	• Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal • Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal • Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones.

	• Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información. • Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento • Asegurarse de que el paciente está informado de lo que le van a hacer aunque previamente le haya informado otro profesional del equipo • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal • Establecer comunicación eficaz. • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación • Demostrar seguridad en la comunicación • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación.
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.	• Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal • Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal • Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones. • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal • Establecer comunicación eficaz. • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación. • Demostrar seguridad en la comunicación. • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación • Compartir información con el resto del equipo de trabajo. • Interrelacionarse con todos y cada uno de los miembros del equipo de profesionales con los que se trabaja. • Identificar cuándo es necesario el consejo y/o la intervención de otro miembro del equipo

4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos	• Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal • Establecer comunicación eficaz. • Demostrar seguridad en la comunicación • Escuchar activamente • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones. • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación. • Demostrar empatía • Interesarse por las preocupaciones y necesidades del paciente, preguntarle acerca de cuáles son, no presuponerlas.
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social	• Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal. • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación. • Demostrar seguridad en la comunicación • Escuchar activamente • Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones. • Demostrar empatía • Interesarse por las preocupaciones y necesidades del paciente, preguntarle acerca de cuáles son, no presuponerlas. • Demostrar a la familia que te preocupas por su situación
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad	• Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal. • Demostrar seguridad en la comunicación • Escuchar activamente. • Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de

	agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones. • Demostrar empatía. • Interesarse por las preocupaciones y necesidades del paciente, preguntarle acerca de cuáles son, no presuponerlas. • Demostrar a la familia que te preocupas por su situación
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información	• Asegurarse de que el paciente está informado de lo que le van a hacer aunque previamente le haya informado otro profesional del equipo • Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información. • Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento • Establecer comunicación eficaz. • Demostrar seguridad en la comunicación • Escuchar activamente. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones.
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal ⁸ y relación interpersonal adaptándose a cada situación	• Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal • Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal • Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación y relación interpersonal • Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal. • Establecer comunicación eficaz • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la

⁸ gestos, tonalidades, expresiones etc.

	comunicación. • Demostrar seguridad en la comunicación. • Escuchar activamente. • Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones • Demostrar empatía
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos	• Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal. • Establecer comunicación eficaz. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones. • Demostrar empatía. •
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas	• Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones. • Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información. • Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal • Establecer comunicación eficaz. • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación • Demostrar seguridad en la comunicación. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones. • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación. • Identificar cuándo es necesario el consejo y/o la intervención de otro miembro del equipo.
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los	• Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los

miembros del equipo y dar respuestas consecuentes	contextos y situaciones. • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal. • Establecer comunicación eficaz • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación. • Escuchar activamente. • Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones • Compartir información con el resto del equipo de trabajo. • Interrelacionarse con todos y cada uno de los miembros del equipo de profesionales con los que se trabaja
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran	• Conocer Técnicas de comunicación verbal y no verbal • Conocer las técnicas de comunicación y de relación interpersonal • Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal. • Establecer comunicación eficaz • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación. • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación.
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación	• Movilizar las habilidades de comunicación y relación interpersonal con los pacientes y familia • Adaptar la comunicación y la relación interpersonal a cada uno de los contextos y situaciones • Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de

	comunicación y relación interpersonal • Informar adecuadamente y asegurarse de que el paciente ha entendido la información. • Informar al paciente y familia de todas y cada una de las intervenciones que se realicen así como de su situación en cada momento • Poseer capacidad de comunicación y relación interpersonal • Establecer comunicación eficaz • Poseer recursos verbales y gestuales para el desarrollo de la comunicación. • Demostrar seguridad en la comunicación. • Actuar normalmente y ser capaz de autocontrolarse ante situaciones de agresividad verbal, o comportamientos desafiantes de los pacientes. • Permitir que el paciente opine, exprese sus dudas y sus preocupaciones. • Ser capaz de expresarse con asertividad ante cualquier situación. • Demostrar empatía. • Identificar cuándo es necesario el consejo y/o la intervención de otro miembro del equipo
--	--

UNIDAD DE COMPETENCIA 7 (UC7) : ACTITUDES Y TRANSFERENCIA ⁹	
1. Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario ¹⁰	• Prudencia
2. Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.	• Actuar con respeto en todas y cada una de las situaciones y contextos.
3. Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.	• Adecuar la atención a las necesidades de la persona a la que se atiende en cualquier momento y situación • Integrar los conocimientos (capacidad de síntesis y de relación)
4. Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta ¹¹	• Adecuar los cuidados a cada contexto. Adaptar la aplicación de los cuidados a la persona, familia o grupo social. CONTEXTUALIZAR. • Contextualizar los datos relacionados con el comportamiento interactivo de las personas
5. Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.	• Respeto • Actitud Ética y profesional. Respeto.
6. Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.	• Interés por la excelencia • Interesarse por la calidad y mejora continua
7. Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente	
8. Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la	• Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos • Demostrar interés porque su actuación obtenga resultados positivos y

⁹ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación

¹⁰ Prudencia

¹¹ (2, 3 y 4 hacen referencia a la ADPATABILIDAD Y FLEXIBILIDAD)

excelencia. ¹²	por eso evalúa. (RESPONSABILIDAD) • Actitud crítica para poder evaluar el impacto de los cuidados aplicados • Buscar la excelencia en la atención. • Demostrar interés hacia el logro de la salud y prevención de la enfermedad • Actitud crítica dirigida a la mejora
9. Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo. ¹³	• Demostrar Motivación : tiene una motivación por estar actualizado en los avances científicos • Preocuparse por conocer las necesidades del individuo, familia o grupo social (INTERÉS, MOTIVACIÓN) • Demostrar Motivación • Demostrar responsabilidad en cada una de las situaciones y contextos • Motivación para actualizar conocimientos en relación a los comportamientos de las personas con diferencias contextuales y multiculturales
10. Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social ¹⁴	• Empatía
11. Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.	• Escucha activa
12. Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia ¹⁵	• Capacidad de autocontrol

¹² Responsabilidad

¹³ Motivación

¹⁴ Empatía

¹⁵ (12, 13 hacen referencia al autocontrol)

13. Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia	• Crear la propia competencia
14. Aprender a aprender ¹⁶	• Adecuar la atención a las necesidades de la persona a la que se atiende en cualquier momento y situación

¹⁶ Según la comisión Europea, significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos. En esta competencia son cruciales la motivación y la confianza.”
<http://www.educacion.es/cesces/revista/n9-martin-ortega.pdf>

9.7. ANEXO 7: Instrumento de recogida de información para la validación de los Resultados de Aprendizaje de cada una de las Unidades de Competencia.

RECOGIDA DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN SOBRE COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA

Estimado Compañero, estoy realizando una investigación sobre Evaluación de competencias en Estudiantes del Grado en Enfermería.

Este estudio no tiene fines lucrativos sino meramente Académicos. Se garantiza la máxima confidencialidad.

El objetivo de esta recogida de datos es validar, mediante su opinión como experto, las unidades de competencia que se han establecido y que se traducen en diferentes evidencias o indicadores, los cuales demostrarían objetivamente que el estudiante posee las competencias relacionadas con dicha unidad al finalizar sus estudios de Grado.

Para ello es necesario que complete:

- 1º.** Datos generales que describe el perfil del profesional cuya opinión va a ser recogida.
- 2º.** Fichas en las que indique su opinión sobre los ítems que se quieren valorar. Estas fichas constan de:
 - a. Un listado de indicadores que intentan describir las evidencias que demostrarían la unidad de competencia.
 - b. Una columna en la que Vd. Indica el grado de acuerdo sobre la pertinencia de dicho indicador para cada unidad de competencia, siendo: **1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo**
- 3º.** Se deja un espacio abierto para recoger su opinión sobre si es necesario incluir algún indicador más en cada una de las unidades

Le agradezco de antemano su colaboración.

Un cordial saludo.

Si desea contactar conmigo: m.gomezdelpulgar@yahoo.es

Señale la opción que corresponda:

EDAD:.....	SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER
AÑOS DE EXPERIENCIA ASISTENCIAL	☐ Menos de 2 años ☐ Entre 5 y 10 años ☐ Entre 2 y 5 años ☐ Más de 10 años
UNIDAD EN LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE	☐ Hospitalización Interna Medicina ☐ Urgencias ☐ Atención primaria ☐ Gestión ☐ Hospitalización Cirugía ☐ Quirófano ☐ Uci ☐ Otros. Indique cual
TIPO DE PACIENTES CON LOS QUE TRABAJA	☐ Adultos ☐ Niños
AÑOS DE EXPERIENCIA DOCENTE EN UNIVERSIDAD	☐ No experiencia docente en universidad ☐ Entre 2 y 5 años ☐ Más de 10 años ☐ Menos de 2 años ☐ Entre 5 y 10 años
AÑOS DE EXPERIENCIA COMO TUTOR DE PRÁCTICAS (Cursos académicos en los que haya tutorizado estudiantes de enfermería)	☐ No experiencia como tutor ☐ Entre 2 y 5 cursos ☐ Más de 10 cursos ☐ Menos de 2 cursos ☐ Entre 5 y 10 cursos
EXPERIENCIA EN TRABAJO POR COMPETENCIAS (Formación Gestión por competencias, selección por competencias, etc.)	☐ NO ☐ SI ☐ En qué ámbito:

Indique su opinión sobre los si los siguientes indicadores describen la Unidad de competencia a la que hacen referencia. Señale la opción con el siguiente criterio: **1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)**

UNIDAD DE COMPETENCIA (UC) 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO				
	Grado de acuerdo*			
INDICADOR/ EVIDENCIA	1	2	3	4
El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de				
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población ¹				
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender				
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre. ²				
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.				
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes				
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común				
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes. ³				
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.				

¿Incluiría algún indicador más en la UC 1? Si la respuesta es afirmativa indiqueCuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

¹ Genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, culturales y de estilo de vida

² Utiliza los recursos necesarios para ello, observación, inspección, palpación, entrevista clínica; Aplica el modelo de enfermería que se utilice en el contexto donde desarrolla su actividad (VH, Patrones Funcionales Gordon, Etc.)

³ P.e: Describe los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la nomenclatura aceptada en cada contexto

Indique su opinión con los siguientes criterios:

*Indique de 1 a 4: 1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN				
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	Grado de acuerdo *			
	1	2	3	4
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos				
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.				
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades				
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas				
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.				
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno				
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.				

¿Incluiría algún indicador más en la UC 2? Si la respuesta es afirmativa indiqueCuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

Indique su opinión con los siguientes criterios:

*Indique de 1 a 4: 1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN				
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	Grado de acuerdo			
	1	2	3	4
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación				
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.				
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud				
4. Proporciona los cuidados desde una perspectiva integradora ⁴ y con una visión holística ⁵				
5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.				
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación				
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad				
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud				
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.				
10. Promover hábitos y conductas saludables				
11. Fomentar la educación para la salud				
12. Favorecer la autonomía de los pacientes				
13. Fomentar el autocuidado				
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.				
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones				
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.				
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.				
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería				

¿Incluiría algún indicador más en la UC3? Si la respuesta es afirmativa indiqueCuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

⁴ Perspectiva Bio-psico-social

⁵ concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen

Indique su opinión con los siguientes criterios:

*Indique de 1 a 4: 1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD				
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	Grado de acuerdo			
	1	2	3	4
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación				
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido				
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos				
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones ⁶				
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones				
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas				
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada				
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería				

¿Incluiría algún indicador más en la UC 4? Si la respuesta es afirmativa indique Cuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

⁶ Revisar bibliografía y literatura relacionada con cada situación mediante la utilización de las bases de datos y los recursos informáticos adecuados según la información que necesita recopilar para tomar decisiones y aplicar los cuidados basándose en la evidencia.

Indique su opinión con los siguientes criterios:

*Indique de 1 a 4: 1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN				
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	Grado de acuerdo			
	1	2	3	4
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria				
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional de salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad				
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados				
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria				

¿Incluiría algún indicador más en la UC 5? Si la respuesta es afirmativa indiqueCuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

Indique su opinión con los siguientes criterios:

*Indique de 1 a 4: 1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL				
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	Grado de acuerdo			
	1	2	3	4
1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita				
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores				
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.				
4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos				
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social				
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad				
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información				
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal ⁷ y relación interpersonal adaptándose a cada situación				
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos				
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas				
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes				
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran				
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación				

¿Incluiría algún indicador más en la UC6? Si la respuesta es afirmativa indiqueCuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

⁷ gestos, tonalidades, expresiones etc.

Indique su opinión con los siguientes criterios: *Indique de 1 a 4: 1: Nada de acuerdo/ 2: poco de acuerdo/ 3: De acuerdo. / 4: Muy de acuerdo (Señale con una X)

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES Y TRANSFERENCIA ⁸					
INDICADOR/ EVIDENCIA		Grado de acuerdo			
El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de		1	2	3	4
1.	Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario ⁹				
2.	Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.				
3.	Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.				
4.	Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta ¹⁰				
5.	Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.				
6.	Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.				
7.	Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente				
8.	Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia. ¹¹				
9.	Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo. ¹²				
10.	Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social ¹³				
11.	Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.				
12.	Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia ¹⁴				
13.	Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia				
14.	Aprender a aprender ¹⁵				

¿Incluiría algún indicador más en la UC 7? Si la respuesta es afirmativa indiqueCuál o Cuáles.

¿Cree que alguno de los indicadores no es relevante o no aporta información? ¿Cuál/es? (nº)

⁸ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación.

⁹ Prudencia

¹⁰ (2, 3 y 4 hacen referencia a la ADAPTABILIDAD Y FLEXIBILIDAD)

¹¹ Responsabilidad

¹² Motivación

¹³ Empatía

¹⁴ (12, 13 hacen referencia al autocontrol)

¹⁵ Según la comisión Europea, significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos. En esta competencia son cruciales la motivación y la confianza."

Comentarios y propuestas relacionados con esta encuesta

Debilidades de la encuesta:

Propuestas de mejora:

Otros:

**9.8. ANEXO n° 8: Programa del seminario sobre Evaluación de Competencias
celebrado el 22 de abril de 2010.**

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA

- *Desde Estación RENFE de Aravaca: Bus EMT 161.
- *Desde Estación RENFE de El Barrial: BUS EMT 162.
- *Desde Moncloa: BUS EMT 161. Isla 3. Dársena 31. BUS Llorente 657, BUS Llorente 657B, BUS Llorente 654, BUS Llorente 655.
- *Desde Chamartín: Bus Llorente 815



Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Madrid. España
C/ La Salle, 10 28023 - Madrid. Teléfono: 917401980. Fax: 913571730



22 de abril de 2010.

Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle

FECHA: 22 de abril de 2010 (MAÑANA)

HORA: 09.00H A 14H

LUGAR: Auditorio. Edificio B.

CENTRO SUPERIOR DE ESTUDIOS UNIVERSTARIOS LA SALLE (CSEULS)

DIRIGIDO A:

Profesionales de Enfermería, del ámbito asistencial, que participen en la formación de futuros enfermeros, y de la Gestión, que vayan a participar en procesos de selección y promoción de Profesionales de Enfermería.

OBJETIVOS:

- Conocer el contexto actual de la formación por competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior (“Bolonia”).
- Realizar una aproximación a la elaboración de mapas de competencias en Enfermería.

METODOLOGÍA:

Conferencia inicial sobre el contexto de los estudios de Enfermería en el marco del EEES, la formación basada en competencias y la evaluación por competencias.

Participación en talleres sobre elaboración de un instrumento de evaluación de competencias.

PROGRAMA:

09.00h. Apertura de la jornada.

Dr. Fernando Gómez Muñiz (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud del CSEULS)

Dña. Natalia Díaz Sánchez (Directora de RRHH del CSEULS)

09.15h. Conferencia “Los estudios de enfermería en el contexto de la convergencia europea: formación basada en competencias y su evaluación”

Dña. Mercedes Gómez del Pulgar G^a-Madrid. (Coordinadora Académica y Responsable del departamento de EEES del CSEULS)

10.30h. Presentación y distribución de los talleres.

10.50h. Café

11.15h. Grupos de trabajo

12.45h. Presentación de las conclusiones de los grupos de trabajo y discusión

13.45h. Cierre de la jornada.

Dr. Fernando Gómez Muñiz (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud del CSEULS)

FECHA: 22 de abril de 2010 (TARDE)

HORA: De 16.00 a 20.30h

LUGAR: Auditorio. Edificio B.

CENTRO SUPERIOR DE ESTUDIOS UNIVERSTARIOS LA SALLE (CSEULS)

DIRIGIDO A:

Profesionales de Enfermería, del ámbito asistencial, que participen en la formación de futuros enfermeros, y de la Gestión, que vayan a participar en procesos de selección y promoción de Profesionales de Enfermería.

OBJETIVOS:

- Conocer el contexto actual de la formación por competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior (“Bolonia”)
- Realizar una aproximación a la elaboración de mapas de competencias en Enfermería.

METODOLOGÍA:

Conferencia inicial sobre el contexto de los estudios de Enfermería en el marco del EEES, la formación basada en competencias y la evaluación por competencias.

Participación en talleres sobre elaboración de un instrumento de evaluación de competencias.

PROGRAMA:

16.00h. Apertura de la jornada.

Dr. Fernando Gómez Muñiz (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud del CSEULS)

Dña. Natalia Díaz Sánchez (Directora de RRHH del CSEULS)

16.15h. Conferencia “Los estudios de enfermería en el contexto de la convergencia europea: formación basada en competencias y su evaluación”

Dña. Mercedes Gómez del Pulgar G^a-Madrid. (Coordinadora Académica y Responsable del departamento de EEES del CSEULS)

17.15h. Presentación y distribución de los talleres.

17.30h. Café

17.50h. Grupos de trabajo

19.20h. Presentación de las conclusiones de los grupos de trabajo y discusión

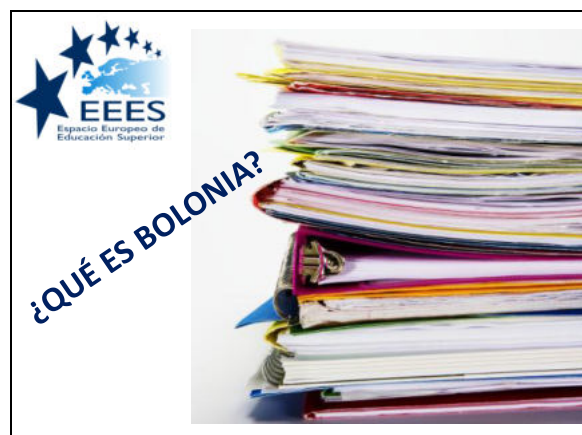
20.20. Cierre de la jornada.

Dr. Fernando Gómez Muñiz (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud del CSEULS)

9.9. ANEXO nº 9: Contenidos de la conferencia sobre Evaluación de Competencias en Enfermería celebrada durante el seminario del 22 de abril de 2010.



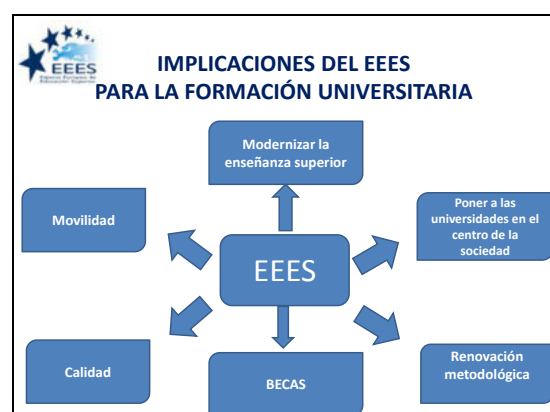
1



2



3

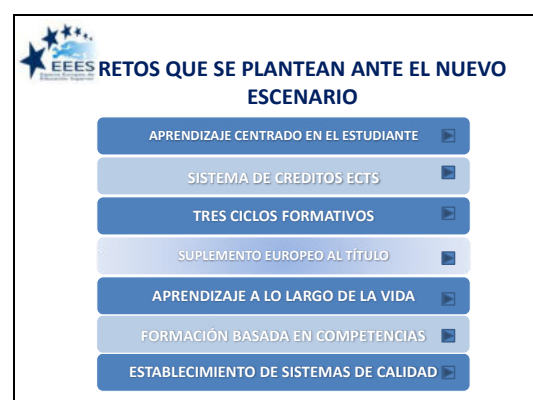


4

IMPLICACIONES DEL EEES PARA LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA

- El EEES supone modernizar la enseñanza superior europea y poner a las universidades en el centro de la sociedad.
- Se dota a la Universidad de mayor autonomía.
- Se pone el acento en la renovación metodológica.
- Se incentiva la calidad a través de sistemas de rendición de cuentas y de evaluación por objetivos.
- Se potencia el sistema de becas y la eliminación de trabas burocráticas como visados y permisos para así impulsar la movilidad de estudiantes, profesores e investigadores entre las universidades de toda Europa.

5



6



APRENDIZAJE CENTRADO EN EL ESTUDIANTE

- EL ALUMNO. Cambio de perspectiva : el centro de la actividad pasa a ser los que “aprende el alumno” y no lo “que enseña el profesor”

7



SISTEMA DE CRÉDITOS ECTS

- Establecimiento de un sistema común de créditos (ECTS) para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados.⁽¹⁾
- El crédito, es la unidad de referencia sobre la que se estructura y organizan los currículos formativos en la mayor parte de los países⁽²⁾
- “Unidad de valoración de la actividad académica, en la que se integran armónicamente tanto las enseñanzas teóricas y prácticas, otras actividades académicas dirigidas, y el volumen de trabajo que el estudiante debe realizar para superar cada una de las asignaturas”⁽³⁾

(1) Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio español
(2) Documento Marco del MEC sobre “La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior”
(3) Acuerdo de la CUEE de diciembre de 2000.

8

ORDENACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS OFICIALES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

18770 REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

9



10



SUPLEMENTO EUROPEO AL TÍTULO

- Con información sobre la formación adquirida y las competencias profesionales
- Mecanismo para adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable y promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos.
- Permite, a pesar de la divergencia existente entre los modelos universitarios de los diferentes países europeos, que los conocimientos y capacidades adquiridas sean reconocidos académicamente en toda Europa, así como profesionalmente al ser conocidos por los potenciales empleadores.

(4) Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al título.

11



Aprendizaje a lo largo de la vida (lifelong learning)

- Como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida.

12

EEES **Desarrollo de sistemas de garantía de la calidad**

- Se debe demostrar que se cumple el contrato que se establece con las memorias de verificación
- Se deben disponer de mecanismos de certificación y de acreditación
- La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), establecerá los protocolos de verificación y acreditación necesarios conforme a lo dispuesto en el RD 1393/2007 ⁽⁵⁾

(45) ANECA: <http://www.aneca.es/actividades/evaluacion/evaluacionensefianza/verifica.aspx>

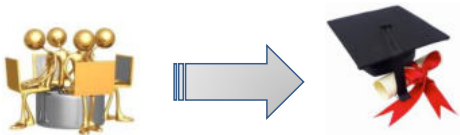
13

EEES **COMPETENCIAS**



14

EEES **FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS**



ÁMBITO EMPRESARIAL → **UNIVERSIDAD**

15

EEES **Las Competencias en el EEES**

- Es importante tener claro lo que se quiere decir cuando se habla de competencia.
- Una de las propuestas del EEES es basar la enseñanza en adquisición de competencias.
- Surge la necesidad de diseñar metodologías en este sentido y por tanto instrumentos que evalúen el proceso enseñanza-aprendizaje.



16

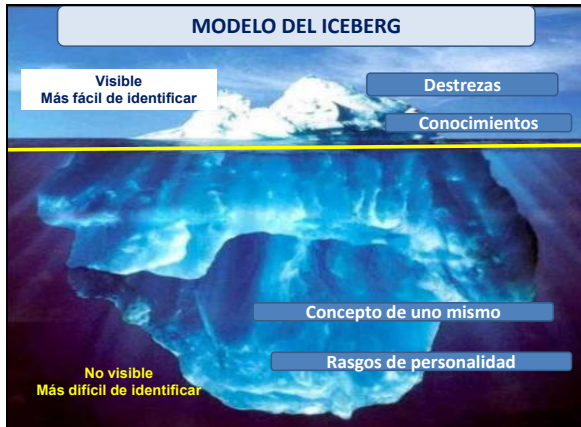
EEES **Múltiples definiciones**

David McClelland: 1970
Investiga sobre la motivación Humana. Es el propulsor del concepto actual de competencia.

Spencer y Spencer, 1993:
"Característica subyacente en una persona que está causalmente relacionada con el desempeño, referido a un criterio superior o efectivo, en un trabajo o situación"
(Modelo del Iceberg)

17

MODELO DEL ICEBERG



Visible
Más fácil de identificar

Destrezas
Conocimientos

No visible
Más difícil de identificar

Concepto de uno mismo
Rasgos de personalidad

18



Más definiciones

Rodríguez y Feliú, 1996:

“Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad.”

19



Las competencias en el ámbito empresarial

- El empleado competente en su trabajo es aquel que sabe lo que tiene que hacer en el momento oportuno y que, además, lo hace (Boyatzis, 1982)



20



Las Competencias en el ámbito sanitario



*“Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los **conocimientos**, **habilidades** y **actitudes** asociados a las **buenas prácticas** de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”*

Artículo 42. Ley de Cohesión y Calidad del SNS

21



Competencias...



22



Las competencias en Enfermería

REFERENTES

- Proyecto tuning ⁽⁶⁾
- Libro Blanco del Título de grado en Enfermería (ANECA) ⁽⁷⁾
- REAL DEC RETO 1393/2007 ⁽⁸⁾
- ORDEN CIN 2134/2008 ⁽⁹⁾

⁽⁶⁾ González, J. Wagenaar, R. Tuning Educational structures in Europe. Informa final fase 2. Bilbao. Universidad de Deusto. 2005

⁽⁷⁾ http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_lun05_enfermeria.pdf

⁽⁸⁾ <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdf/A44037-A44048.pdf>

⁽⁹⁾ <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdf/A31680-31683.pdf>

23



PROYECTO TUNING

Cambio de paradigma:

De la educación centrada en la enseñanza a la educación centrada en el aprendizaje

- Educación más centrada en el estudiante
- Transformación del papel del educador
- Cambio en el enfoque de las actividades educativas
- Cambio en la organización del aprendizaje

24

PROYECTO TUNING

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES.

COMPETENCIAS INSTRUMENTALES

1. Capacidad de análisis y síntesis
2. Capacidad de organizar y planificar
3. Conocimientos generales básicos
4. Conocimientos básicos de la profesión
5. Comunicación oral y escrita en la propia lengua
6. Conocimiento de una segunda lengua
7. Habilidades básicas de manejo del ordenador
8. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas)
9. Resolución de problemas
10. Toma de decisiones Actividades.

25

PROYECTO TUNING

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES.

COMPETENCIAS INTERPERSONALES

11. Capacidad crítica y autocrítica
12. Trabajo en equipo
13. Habilidades interpersonales
14. Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar
15. Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas
16. Apreciación de la diversidad y multiculturalidad
17. Habilidad d trabajar en un contexto internacional
18. Compromiso ético

26

PROYECTO TUNING

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES.

COMPETENCIAS SISTÉMICAS

19. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
20. Habilidades de investigación
21. Capacidad de aprender
22. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
23. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
24. Liderazgo
25. Conocimiento de culturas y costumbres de otros países
26. Habilidad para trabajar de forma autónoma
27. Diseño y gestión de proyectos
28. Iniciativa y espíritu emprendedor
29. Preocupación por la calidad
30. Motivación de logro

27

Competencias TUNING

Y LA CAPACIDAD DE “DES- APRENDER”...



28

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

18770 REAL DECRETO 1393/2002 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

T1. Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.

T2. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.

T3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.

T4. Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.

T5. Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.

29

LIBRO BLANCO

TÍTULO DE GRADO DE ENFERMERÍA

Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación

GRUPO I: Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera

GRUPO II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas

GRUPO III: Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos

GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas

GRUPO V: Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación)

30

EEES MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

12388 ORDEN CIN/2134/2009, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

- En el apartado 3, en el cual se describen 18 "objetivos-Competencias"
- 27 competencias:
 - ✓ De la 1 a la 10 : módulo de formación básica común;
 - ✓ De la 11 a la 25, a Ciencias de la Enfermería
 - ✓ De la 26 y 27 hacen referencia a las prácticas tuteladas y trabajo fin de grado.

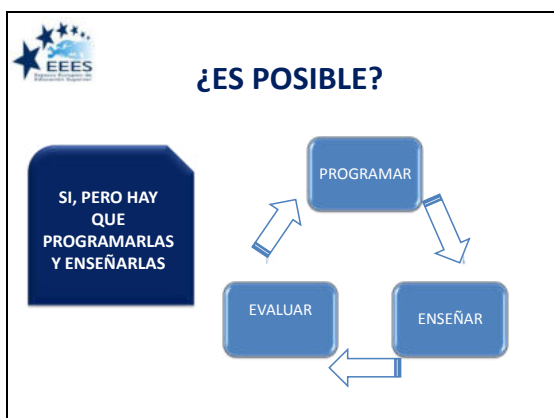
31

EEES

EVALUAR COMPETENCIAS



31



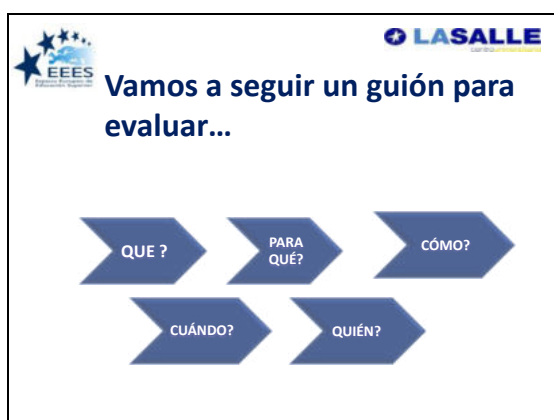
32

EEES **LASALLE**

PROGRAMAR, ENSEÑAR, EVALUAR...

- Si el currículo se diseña en base a competencias, éstas deben ser el objetivo de la evaluación del aprendizaje.
- La evaluación es un instrumento para la mejora de los estudiantes.
- También para mejorar los métodos docentes.

33



34

EEES ¿QUÉ EVALUAR?

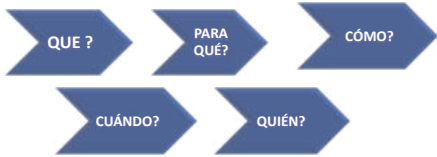
COMPETENCIAS DEL GRADUADO EN ENFERMERÍA



35

EEES **LASALLE**

Vamos a seguir un guión para evaluar...



36

EEES

¿PARA QUÉ EVALUAR?

- Para detectar y potenciar las competencias que posee.
- Para detectar las que no posee.
- Para desarrollarlas.

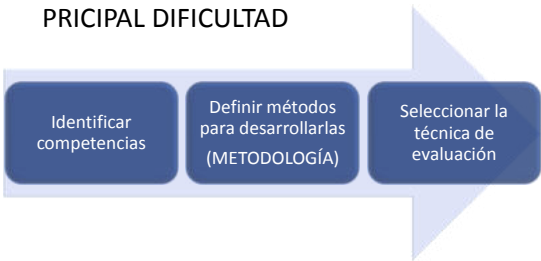


37

EEES

¿CÓMO EVALUAR?

PRICIPAL DIFICULTAD



38

EEES

Dificultad principal ¿Cómo evaluar?



39

EEES

Algunas técnicas de evaluación...

➤ Observación	➤ Guías estructuradas
➤ Entrevista	➤ Cuestionarios y escalas
➤ Encuestas	➤ Exámenes
➤ Test	➤ Análisis de proyectos
➤ Portafolios	➤ Pruebas de simulación
➤ Guías no estructuradas	➤ Otros...

40

EEES

¿QUIÉN EVALUA?



41

EEES

¿CUANDO?

- Al finalizar los estudios de Grado en Enfermería.
- Justo antes de su incorporación al ámbito laboral



42

EEES

“El futuro pertenece al competente. Pertenecen a los que son muy, muy buenos en lo que hacen. No a los que tienen buenas intenciones”



Brian Tracy.

43

EEES

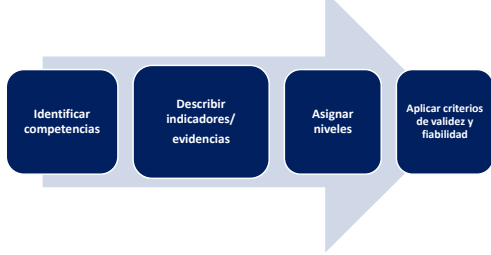
ELABORACIÓN DE MAPAS DE COMPETENCIAS PARA SU EVALUACIÓN



44

EEES

ELABORACIÓN MAPA COMPETENCIAS



45

EEES

INSTRUMENTO: ESCALA DE EVALUACIÓN

La Escala consiste en una serie de categorías ante cada una de las cuales, el evaluador debe indicar el grado en que se encuentra presente determinada característica, o la frecuencia con que ocurre determinada acción.

46

EEES

OBJETIVAR LA COMPETENCIA



47

RELACION ENTRE CG Y UC

CG CIN	ELEMENTOS	DIMENSIÓN	UC (r/c dimensión)
G1	Procedimientos técnicos de cada uno de los ámbitos.	CONOCIMIENTO	UC3
G1	Necesidades de las personas que atienden.	CONOCIMIENTO	UC1
G1	Avances científicos de cada momento	CONOCIMIENTO	UC4
G1	Niveles de calidad y seguridad	CONOCIMIENTO	UC1
G1	Normas deontológicas y legales.	CONOCIMIENTO	UC1
G1	Aplica los procedimientos técnicos de cada uno de los ámbitos	HABILIDAD	UC3
G1	Detecta las necesidades de las personas que atienden.	HABILIDAD	UC1
G1	Aplica los avances científicos a cada situación	HABILIDAD	UC4
G1	Motivación : tiene una motivación por estar actualizado en los avances científicos	ACTITUDES/ VALORES/ TRANSFERENCIA	TODAS
G1	Contextualizar. Adecúa la atención a las necesidades del momento	ACTITUDES/ VALORES/ TRANSFERENCIA	TODAS
G1	Respeto	ACTITUDES/ VALORES/ TRANSFERENCIA	TODAS
G1	Responsabilidad	ACTITUDES/ VALORES/ TRANSFERENCIA	TODAS

48



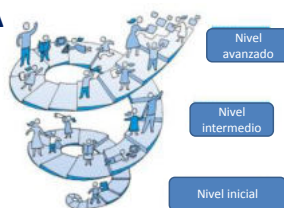
MAPAS DE COMPETENCIAS

UNIDAD COMPET	INDICADOR	NIVEL DE LOGRO				
		0	1	2	3	4
UC1 VALORACIÓN	1.					X
	2.			X		
	3.				X	
	4.					X

49



DEFINICIÓN DE NIVELES DE LOGRO O NIVELES DE COMPETENCIA



50



CRITERIOS.

Ejemplos a tener en cuenta

- Frecuencia (Siempre, más del 50% de las veces, menos del 50% de las veces)
- Autonomía (necesita o no ayuda)
- Tiempo requerido (demuestra la evidencia en el tiempo requerido)
- Utilización de recursos (utiliza más, menos o los recursos adecuados)
- Autonomía/ ayuda.
- Complejidad (situación más o menos difícil)

51



EJEMPLO DE DEFINICIÓN DE NIVELES

	Profundización	Autonomía	Complejidad
1er nivel de dominio	Básico	Necesita orientación y supervisión. Actividades de aprendizaje mayoritariamente guiadas.	Afronta situaciones sencillas y resuelve problemas habituales en contextos estructurados.
2n nivel de dominio	Intermedio	Asume riesgos y toma decisiones en el contexto de nuevas situaciones.	Interviene en situaciones menos estructuradas y de creciente complejidad.
3er nivel de dominio	Avanzado	Asume riesgos y emprende actuaciones con independencia.	Se desarrolla en situaciones complejas, buscando soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y transferibilidad de las mismas.

Adaptació de Villa, S.; Poblete, M. (2004 i 2007)

52



PANEL DE EXPERTOS

OBJETIVO	PLANTEAMIENTO
➤ DEFINIR LOS NIVELES DE LOGRO O NIVELES DE COMPETENCIA	➤ DISCUSIÓN EN GRUPO DE 5 PERSONAS SOBRE LOS CRITERIOS PARA DEFINIR LOS NIVELES 30' ➤ PUESTA EN COMÚN Y CONSENSO DE LAS DEFINICIONES 30' ➤ ASIGNACIÓN DE NIVELES A LOS INDICADORES SEGÚN LA DEFINICIÓN 30'

53



VELES DE LOGRO O NIVEL DE COMPETENCIA

- NIVEL 1: NIVEL MÁS ALTO DE COMPETENCIA
- NIVEL 2: NIVEL INTERMEDIO
- NIVEL 3: NIVEL MÁS BAJO DE COMPETENCIA

54



VALIDEZ Y FIABILIDAD

- Es necesario que los instrumentos cumplan con las dos premisas siguientes:
 - **VALIDEZ:**
 - ¿Estamos evaluando lo que queremos?
 - Validez de contenido
 - Valorar si los indicadores reflejan con claridad la competencia.
 - **FIABILIDAD**

56



EJEMPLO

UNIDAD DE COMPETENCIA (UC) 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO			
INDICADOR/ EVIDENCIA	NIVEL		
	1	2	3
El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de			
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población		✓	
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender			✓
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre.			✓
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.	✓		
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes		✓	
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común			✓
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes.		✓	
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.			✓

55

9.10.ANEXO n° 10: Cuestionario para determinar el nivel mínimo exigible para cada uno de los Resultados de Aprendizaje validados.

RECOGIDA DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN SOBRE COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA

Estimado Compañero, estamos realizando una investigación sobre Evaluación de competencias en Estudiantes del Grado en Enfermería.

Este estudio no tiene fines lucrativos sino meramente Académicos. Se garantiza la máxima confidencialidad

*Se pretende establecer el **nivel mínimo de competencia exigible para los estudiantes del Título de Grado en Enfermería en el momento de finalizar sus estudios y justo antes de incorporarse al ámbito laboral.***

El objetivo de la recogida de datos es validar, mediante tu opinión como experto, los niveles de logro (niveles de competencia), mínimos exigibles, para cada uno de los indicadores o evidencias.

Estos indicadores están recogidos en diferentes unidades de competencia.

Este documento consta de dos partes

- 1. Datos generales que describen tu perfil profesional.*
- 2. Fichas en las que figure tu opinión sobre los ítems que se quieren valorar. Estas fichas constan de:*
 - a. Un listado de indicadores que describen la unidad de competencia a la que hacen referencia.*
 - b. El nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrado el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral.*

Los niveles se describen a continuación:

➤ **Nivel 3: Nivel Bajo (Inicial)**

➤ **Nivel 2: Nivel Medio (Intermedio)**

➤ **Nivel 1: Nivel Alto (Avanzado)**

- ✓ **NIVEL 3** (nivel bajo o **inicial de competencia**): La **frecuencia** de realización del indicador será **SIEMPRE** (el indicador estará presente), el estudiante **será autónomo** MÁS DEL 50% de las veces que realice lo que establece el indicador, HASTA EL 50% DE LAS VECES ($\leq 50\%$)

de las veces) realizará lo establecido en el **momento adecuado** y HASTA EL 50% DE LAS VECES ($\leq 50\%$ de las veces) utilizará los **recursos adecuados**.

- ✓ **NIVEL 2** (nivel medio o **intermedio** de competencia): La **frecuencia** de realización del indicador será **SIEMPRE** (el indicador estará presente), el estudiante **será autónomo SIEMPRE**, realizará lo que tenga que hacer en el momento adecuado **MÁS DEL 50%** de las veces (**>50% de las veces**) y la **utilización de los recursos** se adecuará también **MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES**. (**>50% de las veces**)
- ✓ **NIVEL 1** (nivel alto o **avanzado** de competencia): La **frecuencia** de realización del indicador será **SIEMPRE** (el indicador estará presente), el estudiante **será autónomo SIEMPRE**, realizará lo que tenga que hacer en el **momento adecuado SIEMPRE** y la **utilización de los recursos** se adecuará **MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES** (**>50% de las veces**).

Para cada nivel se tienen en cuenta cuatro criterios que se valoran en cada uno de los indicadores:

- **FRECUENCIA**
- **AUTONOMÍA**
- **MOMENTO ADECUADO DE REALIZACIÓN**
- **UTILIZACIÓN ADECUADA DE RECURSOS**

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	$\leq 50\%$ DE LAS VECES	$\leq 50\%$ DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	50% DE LAS VECES

Agradezco de antemano tu colaboración.

Un cordial saludo.

Si deseas contactar conmigo: mgomez@lasallecampus.es

INFORMACIÓN GENERAL

Señale la opción que corresponda:

EDAD:	SEXO	☐ MUJER	☐ HOMBRE
CENTRO DE TRABAJO	☐ PÚBLICO	☐ PRIVADO	
AÑOS DE EXPERIENCIA ASISTENCIAL	☐ Menos de 2 años ☐ Entre 5 y 10 años ☐ Entre 2 y 5 años ☐ Más de 10 años		
UNIDAD EN LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE	☐ Hospitalización Interna ☐ Urgencias ☐ Atención primaria ☐ Gestión Medicina ☐ Hospitalización Cirugía ☐ Quirófano ☐ Uci ☐ Otros. Indique cual		
TIPO DE PACIENTES CON LOS QUE TRABAJA	☐ Adultos ☐ Niños		
AÑOS DE EXPERIENCIA DOCENTE EN UNIVERSIDAD	☐ No experiencia docente en universidad ☐ Entre 2 y 5 años ☐ Más de 10 años ☐ Menos de 2 años ☐ Entre 5 y 10 años		
AÑOS DE EXPERIENCIA COMO TUTOR DE PRÁCTICAS (Cursos académicos en los que haya tutorizado estudiantes de enfermería)	☐ No experiencia como tutor ☐ Entre 2 y 5 cursos ☐ Más de 10 cursos ☐ Menos de 2 cursos ☐ Entre 5 y 10 cursos		
EXPERIENCIA EN TRABAJO POR COMPETENCIAS (Formación, Gestión por competencias, selección por competencias, etc.)	☐ NO ☐ SI ☐ En qué ámbito:		

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA (UC) 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población ¹			
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender			
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre. ²			
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.			
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes			
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común			
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes. ³			
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.			

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50%_DE LAS VECES	≤50%_DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

¹ Genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, culturales y de estilo de vida

² Utiliza los recursos necesarios para ello, observación, inspección, palpación, entrevista clínica; Aplica el modelo de enfermería que se utilice en el contexto donde desarrolla su actividad (VH, Patrones Funcionales Gordon, Etc.)

³ P.e: Describe los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la nomenclatura aceptada en cada contexto

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos			
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.			
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades			
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas			
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.			
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno			
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.			

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación			
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.			
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud			
4. Proporcionar los cuidados desde una perspectiva integradora ⁴ y con una visión holística ⁵			
5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.			
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación			
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad			
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud			
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.			
10. Promover hábitos y conductas saludables			
11. Fomentar la educación para la salud			
12. Favorecer la autonomía de los pacientes			
13. Fomentar el autocuidado			
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.			
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones			
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.			
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.			
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería			

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

⁴ Perspectiva Bio-psico-social

⁵ concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación			
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido			
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos			
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones ⁶			
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones			
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas			
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada			
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería			

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

⁶ Revisar bibliografía y literatura relacionada con cada situación mediante la utilización de las bases de datos y los recursos informáticos adecuados según la información que necesita recopilar para tomar decisiones y aplicar los cuidados basándose en la evidencia.

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria			
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional del salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad			
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados			
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria			

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50%_DE LAS VECES	≤50%_DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita			
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores			
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.			
4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos			
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social			
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad			
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información			
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal ⁷ y relación interpersonal adaptándose a cada situación			
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos			
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas			
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes			
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran			
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación			

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES	≤50% DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

⁷ gestos, tonalidades, expresiones etc.

Indique el nivel de competencia que debe haber alcanzado y demostrar el estudiante en el momento de finalizar sus estudios, justo antes de incorporarse al ámbito laboral. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BAJO** según la definición de niveles que aparece en la página 1 y en la 2ª tabla de esta página (**Señale con una X**)

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES, VALORES Y TRANSFERENCIA⁸			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario ⁹			
2. Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.			
3. Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.			
4. Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta ¹⁰			
5. Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.			
6. Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.			
7. Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente			
8. Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia. ¹¹			
9. Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo. ¹²			
10. Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social ¹³			
11. Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.			
12. Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia ¹⁴			
13. Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia			
14. Aprender a aprender ¹⁵			

⁸ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación

⁹ Prudencia

¹⁰ (2, 3 y 4 hacen referencia a la ADAPTABILIDAD Y FLEXIBILIDAD)

¹¹ Responsabilidad

¹² Motivación

¹³ Empatía

¹⁴ (12, 13 hacen referencia al autocontrol)

¹⁵ Según la comisión Europea, significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos. En esta competencia son cruciales la motivación y la confianza.”

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BAJO	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	≤50%_DE LAS VECES	≤50%_DE LAS VECES
Nivel 2 MEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES	>50% DE LAS VECES
Nivel 1 ALTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% DE LAS VECES

Comentarios y propuestas relacionados con este documento

Fortalezas

Debilidades

Propuestas de mejora:

Otros:

**9.11.ANEXO 11: Frecuencias Absolutas y Frecuencias Relativas para
consensuar el nivel mínimo exigible para cada resultado de aprendizaje.**

UNIDAD DE COMPETENCIA 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población	45,8% (27)	42,4% (25)	11,9% (7)
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender	42,4% (25)	54,2% (32)	3,4% (2)
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre.	47,5% (28)	40,7% (24)	11,9% (7)
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.	25,9% (15)	62,1% (36)	12,1% (7)
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes	47,5% (28)	40,7% (24)	11,9% (7)
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común	43,6% (24)	32,7% (18)	23,6% (13)
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes.	47,5% (28)	45,8% (27)	6,8% (4)
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	64,4% (38)	25,4% (15)	10,2% (6)

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN

RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos	45,8% (27)	50,8% (30)	3,4% (2)
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.	59,3% (35)	32,2% (19)	8,5% (5)
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades	52,5% (231)	27,1% (16)	20,3% (12)
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas	30,5% (18)	61% (36)	8,5% (5)
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.	15,3% (9)	78% (46)	6,8% (4)
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno	16,9% (10)	59,3% (35)	23,7% (14)
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	72,9% (43)	13,6% (8)	13,6% (8)

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación	37,3% (22)	50,8% (30)	11,9% (7)
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.	39% (23)	45,8% (27)	15,3% (9)
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud	39% (23)	39% (23)	22% (13)
4. Proporcionar los cuidados desde una perspectiva integradora[1] y con una visión holística[2]	51,7% (30)	24,1% (14)	24,1% (14)
5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.	16,9% (10)	67,8% (40)	15,3% (9)
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación	20,3% (12)	66,1% (39)	13,6% (8)
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad	40,7% (24)	37,3% (22)	22% (13)
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud	38,6% (22)	31,6% (18)	29,8% (17)
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.	42,4% (25)	40,7% (24)	16,9% (10)
10. Promover hábitos y conductas saludables	52,5% (31)	30,5% (18)	16,9% (10)
11. Fomentar la educación para la salud	50,8% (30)	33,9% (20)	15,3% (9)
12. Favorecer la autonomía de los pacientes	44,1% (26)	45,8% (27)	10,2% (6)
13. Fomentar el autocuidado	44,8% (26)	39,7% (23)	15,5% (9)
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.	49,2% (29)	33,9% (20)	16,9% (10)
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones	71,2% (42)	11,9% (7)	16,9% (10)
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.	39% (23)	54,2% (32)	6,8% (4)
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.	25,4% (15)	54,2% (32)	20,3% (12)
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería	66,1% (39)	15,3% (9)	18,6% (11)

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD

RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación	23,7% (14)	37,3% (22)	39% (23)
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido	39% (23)	45,8% (27)	15,3% (9)
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos	13,6% (8)	61% (36)	25,4% (15)
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones	40,7% (24)	27,1% (16)	32,2% (19)
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones	32,2% (19)	55,9% (33)	11,9% (7)
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas	32,2% (19)	50,8% (30)	16,9% (10)
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada	27,1% (16)	57,6% (34)	15,3% (9)
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería	37,3% (22)	45,8% (27)	16,9% (10)

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN

RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria	5,1% (3)	59,3% (35)	35,6% (21)
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional del salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad	27,1% (16)	52,5% (31)	20,3% (12)
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados	13,6% (8)	44,1% (26)	42,4% (25)
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria	35,6% (21)	49,2% (29)	15,3% (9)

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL

RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita	57,6% (34)	32,2% (19)	10,2% (6)
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores	50,8% (30)	42,4% (25)	6,8% (4)
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.	45,8% (27)	45,8% (27)	8,5% (5)
4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos	62,7% (37)	18,6% (11)	18,6% (11)
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social	39% (23)	45,8% (27)	15,3% (9)
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad	45,6% (26)	35,1% (20)	19,3% (11)
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información	50% (29)	41,4% (24)	8,6% (5)
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal y relación interpersonal adaptándose a cada situación	47,5% (28)	49,2% (29)	3,4% (2)
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos	37,3% (22)	40,7% (24)	22% (13)
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas	29,3% (17)	48,3% (28)	22,4% (13)
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes	52,5% (31)	39% (23)	8,5% (5)
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran	37,3% (22)	54,2% (32)	8,5% (5)
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación	22% (13)	66,1% (39)	11,9% (7)

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES, VALORES Y TRANSFERENCIA

RESULTADO DE APRENDIZAJE	NIVEL		
	1	2	3
1. Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario	72,9% (43)	8,5% (5)	18,6% (11)
2. Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.	50,8% (30)	39% (23)	10,2% (6)
3. Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.	34,5% (20)	53,4% (31)	12,1% (7)
4. Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta	40,7% (24)	54,2% (32)	5,1% (3)
5. Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.	67,8% (40)	18,6% (11)	13,6% (8)
6. Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.	66,1% (39)	23,7% (14)	10,2% (6)
7. Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente	50,8% (30)	39% (23)	10,2% (6)
8. Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia.	59,3% (35)	28,8% (17)	11,9% (7)
9. Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo.	72,9% (43)	13,6% (8)	13,6% (8)
10. Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social	22% (13)	66,1% (39)	11,9% (7)
11. Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.	33,9% (20)	61% (36)	5,1% (3)
12. Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia	27,1% (16)	54,2% (32)	18,6% (11)
13. Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia	42,4% (25)	42,4% (25)	15,3% (9)
14. Aprender a aprender	61% (36)	15,3% (9)	23,7% (14)

**9.12. ANEXO 12: “Escala ECOEnf”. Instrumento para la evaluación de Los
Objetivos-Competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería
deben adquirir según la Orden CIN 2134/2008 de 19 de Julio.**

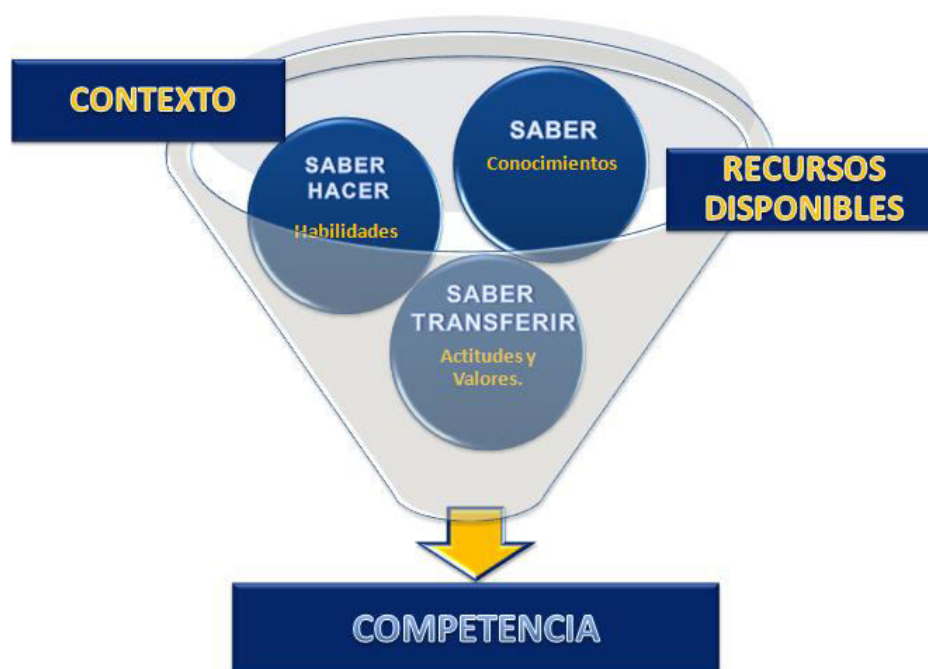


ESCALA “ECOEnf”

**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS
OBJETIVOS-COMPETENCIAS QUE LOS ESTUDIANTES DE
GRADO EN ENFERMERÍA DEBEN ADQUIRIR SEGÚN LA
ORDEN CIN 2134/2008
DE 19 DE JULIO**

DEFINICIÓN DE COMPETENCIA

“Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes, para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles”.



Definición de Competencia. Gómez del Pulgar M.(Tesis Doctoral. 2011)

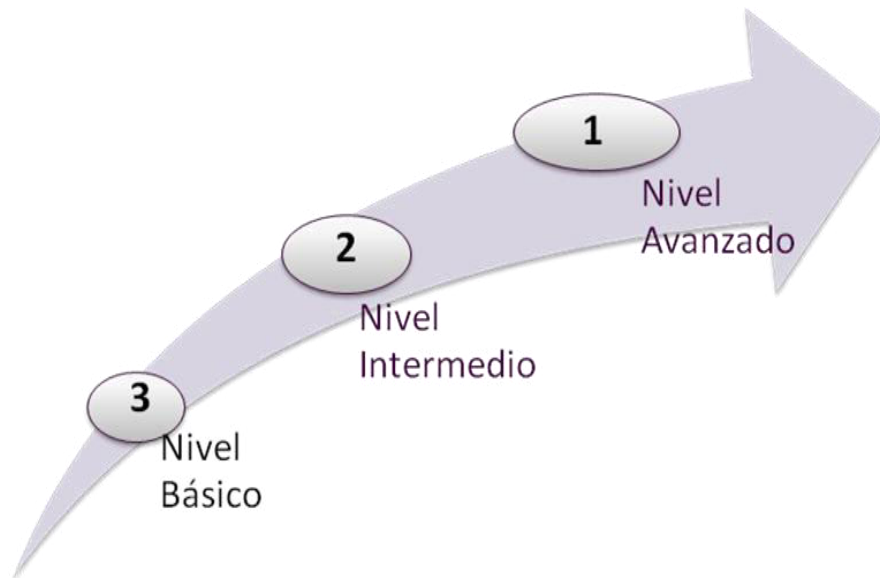
El objetivo de esta evaluación es establecer el nivel de competencia que poseen los estudiantes del Título de Grado en Enfermería en el momento de finalizar sus estudios y justo antes de incorporarse al mercado laboral.

La escala: Para ello se establecen 7 unidades de competencia.

Para cada una de ellas se describe un listado de indicadores (Resultados de Aprendizaje) que demuestran esa unidad.

La evaluación consiste en determinar el nivel de logro que demuestra el estudiante de Grado en Enfermería, **para cada uno de los** Resultados de Aprendizaje que contiene la unidad a la que hacen referencia.

Los niveles se describen a continuación:



Para cada nivel se tienen en cuenta cuatro criterios que se valoran en cada uno de los indicadores: **FRECUENCIA, AUTONOMÍA, MOMENTO ADECUADO DE REALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN ADECUADA DE RECURSOS**

NIVEL 3 (nivel básico o **inicial de competencia**): La **frecuencia** de realización del indicador será **SIEMPRE** (el indicador estará presente), el estudiante **será autónomo** MÁS DEL 50% de las ocasiones que realice lo que establece el indicador, HASTA EL 50% DE LAS OCASIONES (**$\leq 50\%$ de las ocasiones**) realizará lo establecido en el **momento adecuado** y HASTA EL 50% DE LAS OCASIONES (**$\leq 50\%$ de las ocasiones**) utilizará los **recursos adecuados**.

- ✓ **NIVEL 2** (nivel medio o **intermedio** de competencia): La **frecuencia** de realización del indicador será **SIEMPRE** (el indicador estará presente), el estudiante **será autónomo SIEMPRE**, realizará lo que tenga que hacer en el momento adecuado MÁS DEL 50% de las

OCASIONES (>50% de las ocasiones) y la **utilización de los recursos** se adecuará también MÁS DE LA MITAD DE LAS OCASIONES. (>50% de las ocasiones)

- ✓ **NIVEL 1** (nivel alto o **avanzado** de competencia): La **frecuencia** de realización del indicador será **SIEMPRE** (el indicador estará presente), el estudiante **será autónomo SIEMPRE**, realizará lo que tenga que hacer en el **momento adecuado SIEMPRE** y la **utilización de los recursos** se adecuará MÁS DE LA MITAD DE LAS OCASIONES (>50% de las ocasiones).

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	<50% de las ocasiones	<50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

Instrucciones para la utilización del instrumento de evaluación de competencias

La evaluación final se traducirá en un valor numérico que oscilará de 0% al 100% (de 0 a 10 puntos) si se cumplen todos los criterios al evaluar las distintas unidades de competencias.

Para poder llegar a otorgar un valor numérico, es preciso establecer algunos criterios más que deberán ser determinados por cada departamento de Enfermería o de Prácticas encargado del seguimiento de los estudiantes.

Para ello se sugieren las siguientes pautas:

Definir el porcentaje sobre el total de la escala que se va a asignar a cada una de la Unidades de competencias que se evalúan. Si se considera que el máximo es el 100%, la **suma de la evaluación de todas las Unidades de Competencia podrá dar como máximo esta puntuación.**

Para cada una de la Unidades de Competencia también habrá que determinar:

- a) *Los resultados de aprendizaje (RA) que obligatoriamente deben coincidir con los mínimos exigibles.*
- b) *El porcentaje sobre el total de los ítems que componen la Unidad de competencia que deben estar correctos*
- c) *Peso sobre el total de la evaluación que se asigna a cada una de las UC definidas.*

Unidad de competencia	Peso sobre el total de la evaluación	Resultados de aprendizaje mínimos a superar en cada UC	Resultados de aprendizaje obligatorios incluidos en los mínimos a superar
UC 1 Valoración Diagnóstico			
UC 2			
UC3			
UC 4			
UC5			
UC 6			
UC 7			
TOTAL DE LA EVALUACIÓN	100% (10 puntos sobre 10)		

Para traducir esta valoración en una puntuación numérica, se seguirán las siguientes pautas:

(Sigamos el ejemplo para la UC 1)

Unidad de competencia	Peso sobre el total de la evaluación	Resultados de aprendizaje mínimos a superar en cada UC	Resultados de aprendizaje obligatorios incluidos en los mínimos a superar
UC 1 (8 Resultados de Aprendizaje)	20%	Mínimo 5 RA Aprox 70% de la unidad	2 y 8

1. El total de la Unidad de competencia 1 puntúa un 20% (un 2 punto sobre 10)
2. Si los todos los resultados de aprendizaje que la integran coincidieran con la plantilla de nivel mínimo exigible, el alumno obtendría un 2.
3. Por lo tanto si sólo han superado 5 Resultados de aprendizaje de los 8 , habría superado el 70%.
4. Entre estos 5 resultados superados correctamente deben estar incluidos el nº 2 y el nº 8, porque se han considerado como obligatorios para esta Unidad de Competencia. En esta caso la puntuación que se otorgaría sería la resultante de calcular el 70% de 20 (porque esta UC tiene un valor máximo de 20%)
5. Por la tanto, el alumno obtendría de esta parte 14% sobre el 100% del total de la escala (o lo que es lo mismo un 1.4 sobre 10).

Estos puntos se seguirán con todas y cada una de la Unidades de Competencia a evaluar y al final obtendríamos un valor correspondiente a la suma de ellas que podría considerarse como la nota del estudiante.

UC1+ UC2+ UC3+ UC4+UC5+UC6+UC7= NOTA NUMÉRICA.

PUNTUACIÓN TOTAL

ALUMNO	
NOMBRE:	
APELLIDOS:	
UNIVERSIDAD	
CURSO	
PROFESOR TUTOR DE PRÁCTICAS DE LA UNIVERSIDAD	
CENTRO DE PRÁCTICAS	
UNIDAD DONDE REALIZA SUS PRÁCTICAS	
PERIODO DE PRÁCTICAS	
TUTOR DE PRÁCTICAS DEL CENTRO CLÍNICO	

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje (Señale con una X).
Siguiendo los siguientes criterios:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA (UC) 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de...	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población ¹			
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender			
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre. ²			
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.			
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes			
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común			
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes. ³			
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.			

EVALUACION DE LA UC 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	

¹ Genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, culturales y de estilo de vida

² Utiliza los recursos necesarios para ello, observación, inspección, palpación, entrevista clínica; Aplica el modelo de enfermería que se utilice en el contexto donde desarrolla su actividad (VH, Patrones Funcionales Gordon, Etc.)

³ P.e: Describe los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la nomenclatura aceptada en cada contexto

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje (**Señale con una X**).
Siguiendo los siguientes criterios:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos			
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.			
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades			
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas			
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.			
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno			
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.			

EVALUACION DE LA UC 2: PLANIFICACIÓN	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje. **NIVEL 1: ALTO; NIVEL 2: MEDIO; NIVEL 3: BASICO** Siguiendo los siguientes criterios (Señale con una X)

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación			
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.			
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud			
4. Proporciona los cuidados desde una perspectiva integradora ⁴ y con una visión holística ⁵			
5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.			
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación			
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad			
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud			
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.			
10. Promover hábitos y conductas saludables			
11. Fomentar la educación para la salud			
12. Favorecer la autonomía de los pacientes			
13. Fomentar el autocuidado			
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.			
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones			
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.			
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.			
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería			

EVALUACION DE LA UC 3: INTERVENCIÓN	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	

⁴ Perspectiva Bio-psico-social

⁵ concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje (**Señale con una X**).
Siguiendo los siguientes criterios:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación			
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido			
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos			
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones ⁶			
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones			
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas			
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada			
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería.			

EVALUACION DE LA UC 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	

⁶ Revisar bibliografía y literatura relacionada con cada situación mediante la utilización de las bases de datos y los recursos informáticos adecuados según la información que necesita recopilar para tomar decisiones y aplicar los cuidados basándose en la evidencia.

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje (**Señale con una X**).
Siguiendo los siguientes criterios:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria			
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional del salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad			
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados			
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria			

EVALUACION DE LA UC 5: GESTIÓN	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje (Señale con una X).
Siguiendo los siguientes criterios:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita			
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores			
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.			
4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos			
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social			
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad			
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información			
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal ⁷ y relación interpersonal adaptándose a cada situación			
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos			
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas			
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes			
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran			
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación			

⁷ Gestos, tonalidades, expresiones etc.

EVALUACION DE LA UC 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	

Indique el nivel de logro demuestra el estudiante respecto a cada Resultado de Aprendizaje (**Señale con una X**).
Siguiendo los siguientes criterios:

Niveles	Frecuencia de realización	Autonomía personal	Momento adecuado de realización	Utilización adecuada de recursos
Nivel 3 BASICO	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones	≤50% de las ocasiones
Nivel 2 INTERMEDIO	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones	>50% de las ocasiones
Nivel 1 AVANZADO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	>50% de las ocasiones

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES, VALORES Y TRANSFERENCIA ⁸			
INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario ⁹			
2. Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.			
3. Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.			
4. Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta ¹⁰			
5. Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.			
6. Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.			
7. Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente			
8. Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia. ¹¹			
9. Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo. ¹²			
10. Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social ¹³			
11. Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.			
12. Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia ¹⁴			
13. Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia			
14. Aprender a aprender ¹⁵			

⁸ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación

⁹ Prudencia

¹⁰ (2, 3 y 4 hacen referencia a la ADAPTABILIDAD Y FLEXIBILIDAD)

¹¹ Responsabilidad

¹² Motivación

¹³ Empatía

¹⁴ (12, 13 hacen referencia al autocontrol)

¹⁵ Según la comisión Europea, significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos. En esta competencia son cruciales la motivación y la confianza."

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES Y TRANSFERENCIA	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

CÁLCULO DE LA NOTA FINAL DE LA EVALUACIÓN

EVALUACION DE LA UC 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

EVALUACION DE LA UC 2: PLANIFICACIÓN	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

EVALUACION DE LA UC 3: INTERVENCIÓN	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

EVALUACION DE LA UC 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

EVALUACION DE LA UC 5: GESTIÓN	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

EVALUACION DE LA UC 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES, VALORES Y TRANSFERENCIA	
Resultados de aprendizaje correctos obligatoriamente	Establecidos previamente
Porcentaje mínimo a superar (nº de resultados de aprendizaje mínimo que deben estar correctos)	Establecidos previamente
Total de Resultados de aprendizaje superados correctamente	A Cumplimentar por el Evaluador
Valor de la Unidad de Competencia sobre 100% (o sobre 10 puntos)	Establecidos previamente
Nota del estudiante para esta Unidad de Competencia	A cumplimentar por el evaluador

UNIDAD DE COMPETENCIA	CALIFICACIÓN
UC1 VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO	
UC2 PLANIFICACIÓN	
UC3 INTERVENCIÓN	
UC4 EVALUACIÓN Y CALIDAD	
UC5 GESTIÓN	
UC6 COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL	
UC7 ACTITUDES, VALORES Y TRANSFERENCIA	
TOTAL	

Tutor externo

Profesor Universidad

Fdo. Nombre:

Fdo. Nombre:

Fecha:

Fecha:

9.13. ANEXO 13: Nivel de Logro Mínimo Exigible, en la “Escala ECOEnf” para los estudiantes de Enfermería al finalizar el Grado.



**NIVEL DE LOGRO MÍNIMO EXIGIBLE,
EN LA “ESCALA ECOEnf”, PARA LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
AL FINALIZAR EL GRADO**

UNIDAD DE COMPETENCIA (UC) 1: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los factores que influyen en la salud de la población ¹	X		
2. Identificar las características del individuo, familia o grupo social al que se va a atender		X	
3. Detectar las Necesidades de salud, así como los problemas reales y potenciales de los individuos, familias o grupos sociales a los que atiende independientemente del contexto en el que se encuentre. ²	X		
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.		X	
5. Reconocer la información significativa para la identificación de datos relevantes	X		
6. Realizar análisis de prioridad con un criterio lógico y sentido común	X		
7. Realizar un diagnóstico de la situación del paciente de manera integral de acuerdo con la metodología enfermera considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes. ³	X		
8. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	X		

UNIDAD DE COMPETENCIA 2: PLANIFICACIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Establecer objetivos que den respuesta a los diagnósticos		X	
2. Definir los cuidados de enfermería necesarios para dar respuesta al diagnóstico realizado.	X		
3. Establecer una secuencia de intervenciones de enfermería por prioridades	X		
4. Utilizar los recursos disponibles para realizar las intervenciones programadas		X	
5. Prever la disponibilidad de los recursos necesarios para la puesta en marcha de las intervenciones necesarias para dar respuesta a la situación planteada.		X	
6. Programar los tiempos de realización de cada actividad según las características del paciente y su entorno		X	
7. Cumplimentar los registros correspondientes con las evidencias del proceso realizado.	X		

¹ Genéticos, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, culturales y de estilo de vida

² Utiliza los recursos necesarios para ello, observación, inspección, palpación, entrevista clínica; Aplica el modelo de enfermería que se utilice en el contexto donde desarrolla su actividad (VH, Patrones Funcionales Gordon, Etc.)

³ P.e: Describe los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la nomenclatura aceptada en cada contexto

UNIDAD DE COMPETENCIA 3: INTERVENCIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Aplicar los procedimientos técnicos oportunos para cada situación		X	
2. Adaptar la prestación de los cuidados y de la atención a la persona, familia o grupo social siguiendo los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de enfermería.		X	
3. Aplicar los cuidados de enfermería siguiendo las guías de práctica clínica o asistencial para cada problema de salud		X	
4. Proporciona los cuidados desde una perspectiva integradora ⁴ y con una visión holística ⁵	X		
5. Adecuar los tiempos de realización de cada actividad a la situación del paciente y a los ritmos marcados en cada contexto.		X	
6. Adaptar las intervenciones al contexto social y cultural de cada paciente y situación		X	
7. Promover la participación de los pacientes en cualquier tema relacionado con su proceso salud-enfermedad	X		
8. Movilizar Conductas preventivas dirigidas a evitar problemas de salud	X		
9. Prestar una atención orientada a la protección de la salud y a conseguir el bienestar de las personas, familia o grupos.		X	
10. Promover hábitos y conductas saludables	X		
11. Fomentar la educación para la salud	X		
12. Favorecer la autonomía de los pacientes	X		
13. Fomentar el autocuidado	X		
14. Respetar y cumple el Código deontológico de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.	X		
15. Respetar la intimidad y confidencialidad en todas y cada una de sus intervenciones	X		
16. Aplicar principios de razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y en la toma de decisiones.		X	
17. Utilizar los recursos disponibles rentabilizándolos al máximo.		X	
18. Registrar procedimientos, observaciones y cuidados de enfermería	X		

⁴ Perspectiva Bio-psico-social

⁵ concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen

UNIDAD DE COMPETENCIA 4: EVALUACIÓN Y CALIDAD			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Reconocer los indicadores de Calidad definidos para su área de actuación			X
2. Realizar el seguimiento de las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo al plan establecido	X		
3. Evaluar críticamente el impacto de la atención y los cuidados de enfermería mediante el análisis de indicadores establecidos		X	
4. Utilizar evidencia científica actualizada en la aplicación de los cuidados a los pacientes y en la toma de decisiones ⁶	X		
5. Detectar necesidades de mejora durante el proceso para futuras intervenciones		X	
6. Establecer propuestas de mejora de ante las debilidades detectadas		X	
7. Elaborar informes con los resultados de la evaluación realizada		X	
8. Implementar las acciones encaminadas a mejorar los resultados de las intervenciones de enfermería		X	

UNIDAD DE COMPETENCIA 5: GESTIÓN			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria		X	
2. Utilizar adecuadamente los recursos del sistema nacional del salud y de la comunidad autónoma disponibles con la mayor eficacia y efectividad		X	
3. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados			X
4. Utilizar adecuadamente los sistemas de información sanitaria		X	

⁶ Revisar bibliografía y literatura relacionada con cada situación mediante la utilización de las bases de datos y los recursos informáticos adecuados según la información que necesita recopilar para tomar decisiones y aplicar los cuidados basándose en la evidencia.

UNIDAD DE COMPETENCIA 6: COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL			
RESULTADO DE APRENDIZAJE El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
	1	2	3
1. Asegurar una comunicación clara y precisa tanto verbal como escrita	X		
2. Expresarse con claridad y precisión con los individuos, familia y grupos sociales adaptando el código al nivel de comprensión de los receptores	X		
3. Expresarse con claridad y precisión con los otros miembros del equipo de salud para explicitar las dificultades que se le presentan en el desarrollo de las actividades.	X		
4. Realizar la acogida del paciente y familia al ingreso siguiendo los protocolos establecidos	X		
5. Brindar apoyo emocional y espiritual al individuo, familia o grupo social		X	
6. Acompañar a la familia del paciente durante el proceso de enfermedad	X		
7. Asegurarse de que el paciente y/o familia ha entendido la información	X		
8. Relacionarse con el paciente aplicando correctamente las técnicas de comunicación verbal y no verbal ⁷ y relación interpersonal adaptándose a cada situación	X		
9. Animar al individuo, familia o grupo social a que compartan la información que pueda ser relevante para resolver la situación o evitar riesgos		X	
10. Orientar a los pacientes hacia la toma de decisiones más adecuadas		X	
11. Demostrar la capacidad de escucha activa tanto con los pacientes como con los miembros del equipo y dar respuestas consecuentes	X		
12. Utilizar adecuadamente el lenguaje específico de ciencias de la salud en las situaciones que lo requieran		X	
13. Establecer actuaciones dirigidas a superar los factores que interfieren en la comunicación cuando suponen una limitación		X	

⁷ Gestos, tonalidades, expresiones etc.

UNIDAD DE COMPETENCIA 7: ACTITUDES Y TRANSFERENCIA ⁸				
	INDICADOR/ EVIDENCIA El estudiante al finalizar sus estudios de Grado es capaz de	NIVEL		
		1	2	3
1.	Actuar con cautela, sentido común y Solicitar ayuda cuando lo cree necesario ⁹	X		
2.	Modificar la conducta personal para conseguir el objetivo cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el contexto.	X		
3.	Adaptar su atención y cuidados a los diferentes escenarios, situaciones, medios y persona.		X	
4.	Contextualizar cada actuación a la situación que se presenta ¹⁰		X	
5.	Demostrar respeto por el paciente, familia, comunidad y por el equipo multi e interdisciplinar, independientemente de sus diferencias.	X		
6.	Demostrar interés por actualizarse en aquello que se relaciona con su actividad.	X		
7.	Poseer Iniciativa: Actuar proactivamente	X		
8.	Comprometerse por el adecuado cumplimiento de sus obligaciones en pro de la excelencia. ¹¹	X		
9.	Demostrar interés en todas y cada una de sus actuaciones manteniendo ese interés hasta la consecución del objetivo. ¹²	X		
10.	Identificarse mental y afectivamente con el estado de ánimo del individuo, familia o grupo social ¹³		X	
11.	Controlar las emociones personales y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se está sometido a situaciones de estrés.		X	
12.	Actuar con eficacia en situaciones de presión y de mucha exigencia ¹⁴		X	
13.	Confiar en sí mismo: Convencerse de la capacidad de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, en sus áreas de incumbencia	X		
14.	Aprender a aprender ¹⁵	X		

⁸ Se refiere a la capacidad de crear su propia competencia adaptándose a la situación

⁹ Prudencia

¹⁰ (2, 3 y 4 hacen referencia a la ADAPTABILIDAD Y FLEXIBILIDAD)

¹¹ Responsabilidad

¹² Motivación

¹³ Empatía

¹⁴ (12, 13 hacen referencia al autocontrol)

¹⁵ Según la comisión Europea, significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos. En esta competencia son cruciales la motivación y la confianza."

9.14.ANEXO 14: GLOSARIO

GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVES

ACREDITACIÓN

Proceso por el que una agencia garantiza que las enseñanzas conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial, cumplen los requisitos preestablecidos de calidad.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Es la acción o situación planificada por el docente destinada a recoger información en distintos momentos del proceso educativo con el propósito de comprobar el nivel de logro de determinados aprendizajes de los estudiantes.

CAPACIDAD Y COMPETENCIA

La capacidad se refiere a la Potencia, a algo que puede llevarse a efecto pero que dependerá de la propia persona y de las circunstancias. Potencial de aprendizaje que posee una persona. Condición necesaria para el desarrollo de la competencia pero no suficiente. La Competencia se refiere al desempeño mostrado ante una determinada situación en la que entran en juego la motivación, la disponibilidad, las habilidades intelectuales, el conocimiento, la experiencia previa, las actitudes y los valores.

COMPETENCIA

Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS.

Son aquellas que forman parte del perfil de exigencias de un trabajo determinado en función de las particularidades de éste.

Aquellas relacionadas con disciplinas concretas, con un ámbito o titulación estando, en este sentido, orientadas a la consecución de un perfil específico del graduado o graduada.

COMPETENCIAS GENÉRICAS

Competencias compartidas por todas las materias o ámbitos de conocimiento que son comunes a la mayoría de titulaciones, aunque con una incidencia diferente y contextualizada en cada una de las titulaciones en cuestión.

CONTEXTO PROFESIONAL.

Describe, con carácter orientador, los medios de producción, productos y resultados del trabajo, información utilizada o generada y cuantos elementos de análoga naturaleza se consideren necesarios para enmarcar la realización profesional.

CRITERIOS DE REALIZACIÓN.

Expresan el nivel aceptable de la realización profesional que satisface los objetivos de las organizaciones productivas y constituye una guía para la evaluación de la competencia profesional. Serían los resultados de aprendizaje.

CUALIFICACIÓN PROFESIONAL

El conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación, así como a través de la experiencia laboral.

ESCALA DE VALORACIÓN.

Es un instrumento mediante el cual el observador emite un juicio sobre la manera, la forma, el grado, la frecuencia o la intensidad en que se presentan las diversas características predeterminadas, mediante una escala numérica, gráfica o verbal.

ESTÁNDAR:

El nivel de ejecución optima al que se aspira para alcanzar un nivel

ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

Plan en el cual se especifica la forma en que serán recolectadas las evidencias para determinar el nivel de logro del aprendizaje teniendo en cuenta las actividades e instrumentos que se aplican en determinados momentos para medir los indicadores de evaluación. Los componentes de la estrategia de evaluación son: Las actividades de evaluación, las Técnicas de Evaluación y los instrumentos de Evaluación.

EVALUACIÓN CONTINUA

Sistema de evaluación que toma en cuenta, además de los posibles exámenes, el trabajo desarrollado por el alumno mediante la participación en clases teóricas o prácticas, seminarios, talleres, proyectos, informes, trabajos en grupos u otras actividades.

EVALUAR

Señalar el valor de algo. Estimar, apreciar, calcular el valor de algo. Estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos.

Implica un proceso sistemático y riguroso con el objetivo de recopilar datos, interpretarlos, realizar una valoración de los mismos con el fin de establecer mejoras.

EVIDENCIA O REGISTRO

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

INDICADOR

Dato o conjunto de datos, que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Herramienta que utiliza el profesor destinada a documentar los aspectos, a verificar y sus resultados, en relación con las habilidades, destrezas y conocimientos que poseen los estudiantes en un proceso de enseñanza aprendizaje.

LISTA DE CONTROL DE EVIDENCIAS

Consisten en una relación de características, previamente preparada, que se refiere a aspectos del comportamiento, a actuaciones en un área determinada o a características de una realización acabada. El observador se limita a registrar la presencia o ausencia de las características predeterminadas.

MEJORA CONTINUA

Concepto empleado en los modelos de gestión, que implica un esfuerzo continuado de la organización para avanzar en la calidad

MÉTODO DE ENSEÑANZA

Forma de proceder que tienen los profesores para desarrollar su actividad docente.

MODALIDAD DE ENSEÑANZA

Los distintos escenarios donde tienen lugar las actividades a realizar por el profesorado y el alumnado a lo largo de un curso

NIVEL MINIMO EXIGIBLE:

Sería nuestro estándar de calidad al finalizar el grado.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Son afirmaciones relativas a la docencia, redactadas desde el punto de vista de aquello que intentará cubrir el profesorado con un determinado bloque de aprendizaje (módulo, materia, asignatura, etc.). Están escritos desde el punto de vista del profesor. Pueden incluir conocimientos y habilidades de manera aislada.

PROGRAMA FORMATIVO

Conjunto de enseñanzas organizadas que conducen a la obtención de un título o grado junto a todos los elementos normativos, técnicos, humanos y materiales que lo envuelven y lo llevan a alcanzar los objetivos establecidos por el organismo responsable del mismo.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

Son afirmaciones sobre las que se espera que un estudiante pueda conocer, comprender y ser capaz de demostrar después de haber completado un proceso de aprendizaje (módulo, asignatura, materia, curso, etc.). Se centran en lo que el estudiante ha alcanzado en vez de en cuáles son las intenciones del profesor. Se centran en aquello que puede demostrar el estudiante al finalizar la actividad de aprendizaje.

En nuestro estudio son los criterios de realización, indicadores o ítems observables de la escala.

UNIDAD DE COMPETENCIA

Las unidades de Competencia definen las grandes funciones para el desempeño de la actividad del profesional de enfermería. Cada unidad de competencia está referida a una de estas grandes funciones en la que quedarán englobadas las competencias profesionales requeridas para su desempeño eficaz.

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Es el procedimiento mediante el cual se llevará a cabo la evaluación del aprendizaje.

TÉCNICA DE OBSERVACIÓN

Son procedimientos que se utilizan para la evaluación de conductas o realizaciones mientras se producen (ejecuciones, debates, exposiciones, presentaciones, etc.) o bien para la evaluación de productos ya acabados (trabajos escritos, proyectos, etc.).

RÚBRICA

Instrumentos de medición en los cuales se establecen criterios y estándares por niveles, mediante la disposición de escalas, que permiten determinar la calidad de la ejecución de los estudiantes en unas tareas específicas.

10. BILIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 1393/2007 por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 260, (30-10-2007)
2. Real Decreto 861/2010 por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007 por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Real Decreto 861/2010 de 2 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 161, (3-7-2010).
3. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento Marco. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2003
4. De Miguel M. La evaluación como eje del cambio del EEES. En: Primeras Jornadas Internacionales sobre EEES, Evaluación. 4 y 5 de febrero de 2010. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2010. pp. 13-19
5. Bunk G.P. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la R.F.A. Revista Europea de Formación Profesional. 1994; 2:8–14.
6. Le Boterf G. Ingeniería de las competencias. Barcelona: Gestión 2000; 2001
7. García-San Pedro M.J. El concepto de competencias y su adopción en el contexto universitario. Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 2009; 16:11-28.
8. Tejada J. Acerca de las competencias profesionales I. Herra. Rev. Form. Empl. 1999; 56: 20-30.
9. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la Lengua Castellana. Madrid: Gredos; 1967.

10. Prieto J. Prólogo. En: Levi-Leboyer C. La gestión de las competencias. Barcelona: Gestión 2000; 1997.
11. Diccionario de pedagogía. Barcelona: Editorial OIKOS-TAU; 1976.
12. Diccionario de las ciencias de la educación Vol. 1 (A-M). Madrid: Editorial Diagonal/Santilla; 1983
13. Milena Morales S. La educación de competencias para la convivencia en una sociedad plural [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia; 2007.
14. ¿Qué entendemos por competencias laborales? [Internet]. Organización Internacional del Trabajo; 2000 [Consulta: 28 de Noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/man_cl/pdf/cap2.pdf
15. McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973; 28: 1-14.
16. Adams K. Competency's American origins and the conflicting approaches in use today. Competence. En: Mertens L. Competencia laboral, sistemas surgimiento y modelos. [Internet]. Montevideo: CINTERFOR; 1997. [consultado 20 de marzo 2010] Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/index.htm>
17. Lévy-Leboyer C. Gestión de las competencias. Barcelona: Gestión 2000; 1997.
18. Boyatzis R.E. The competency manager: a model for effectiveness performance. Nueva York: John Wiley & Sons; 1982.
19. Modelo de Gestión por Competencias del Sistema sanitario Público de Andalucía. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006.
20. Spencer L.M., Spencer S.M. Competence at work, models for superior performance. New York: John Wiley & Sons; 1993.
21. Feliú Salazar P., Rodríguez Trujillo N. Manual descriptivo y de aplicación de la prueba de estilo (PEG01). Caracas: Psico Consult; 1996.

22. Perrenoud C. Construir competencias desde la escuela. Santiago de Chile: Dolmen; 1999.
23. Lasnier F. Réussir la formation par compétences. Montreal: Guérin; 2000.
24. De la Cruz M.A. Taller sobre el proceso de aprendizaje-enseñanza de competencia. Zaragoza: Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Zaragoza; 2005.
25. Le Boterf G. De la compétence: essai sur un attracteur étrange. París: Editions d'Organisation; 1995.
26. Pereda S., Berrocal F., López M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. Dir. Organ. Rev. Dir., Organ. Adm. Empres. 2002; 28:43-54.
27. Roe R.A. What makes a competent psychologist?. Eur Psychol. 2002; 7(3):192-202.
28. Cualificaciones y de la Formación Profesional. Ley 5/2002 de 19 de junio. Boletín Oficial del Estado nº 147, (20-06-2002).
29. González J., Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto, Universidad de Groningen; 2003.
30. AQU CATALUNYA. Marc general per a la integració europea. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2004.
31. ANECA. Glosario de términos de ANECA. [Internet]. Consultado el 24 de agosto de 2010. Disponible en <http://www.aneca.es/media/163138/pei0607glosario.pdf>
32. Rué J., Martínez M. Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior. Cerdanyola del Vallès: IDES-UAB; 2005.
33. Unión Europea. Recomendación del parlamento europeo y del consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente. [Internet]. Bruselas: Diario oficial de la Unión Europea; 2005. [consultado el 26 ene 2010]. Disponible en: http://www.crue.org/export/sites/Crue/procbolonia/documentos/antecedentes/9._Competencias_clave_para_aprendizaje_permanente.pdf

34. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de grado en pedagogía y Educación social. Volumen 1. Madrid. ANECA. 2005.
35. Allen J., Ramaekers G., Van der Velden R. La medición de las competencias de los titulados superiores. En: Guía para la evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009.
36. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128, (29-05-2003).
37. Consejo Internacional de enfermeras. El valor de la enfermería en un mundo cambiante. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras; 1996.
38. Tobón S. Formación basada en competencias. Bogotá: ECOE Ediciones; 2004.
39. Kennedy D., Hyland A., Ryan N. Writing and using learning outcomes: a practical guide. En: Froment E., Kohler J., Purser L., Wilson L. (eds.). EUA Bologna Handbook – Making Bologna. Work. [monografía en internet]. Berlin: Raabe Verlag; 2006. [consultado el 26 ene 2010]. Disponible en: <http://www.bologna.msmt.cz/files/learning-outcomes.pdf>
40. Le Boterf G. De la competence a la navigation professionnelle. París: Les Editions d'Organisations; 1996.
41. Pereda S., Berrocal F. Técnicas de Recursos Humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2001.
42. Delors J, Al Mufti IA, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek, et al. La educación encierra un tesoro. [monografía en Internet]. París: UNESCO; 1996. [consultado el 26 ene 2010]. Disponible en http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF
43. FERRÁNDEZ A, TEJADA J, Jurado de los Santos P, Navío A, Ruiz C. El formador de Formación Profesional y Ocupacional. Barcelona: Octaedro; 2000.
44. Instituto Nacional de Empleo. Calidad y Formación: binomio inseparable. [Monografía en Internet] Madrid. INEM. 2003. [consultado el 2 de febrero de 2010]

Disponible en:
<https://www.redtrabaja.es/es/portalttrabaja/resources/pdf/TTnet/libroCALIDAD.pdf>

45. Domínguez G. La Sociedad del Conocimiento y las organizaciones educativas como generadoras de conocimiento: el nuevo «continuum» cultural y sus repercusiones en las dimensiones de una organización. *Rev. Complut. Educ.* 2001; 12(2):485-528.
46. Brown A. Designing effective learning programs for the development of a broad occupational competence. En: *Key qualifications in work and education*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998. p: 165-181
47. Tejada Fernández J., Navío Gámez A. El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación. *Rev. Iberoam. Educ.* [Internet]. 2005. 37(2):1-15. [consultado el 04 febrero 2010]; Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1089Tejada.pdf>
48. Yániz C. Convergencia Europea de las titulaciones universitarias. El proceso de adaptación: fases y tareas. *Revista de la red estatal de docencia universitaria*. 2004; 4(1):3-14.
49. González J., Wagenaar R. Tuning Educational structures in Europe. Proyecto Runing. Informe final fase 2. [Internet]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2005. [consultado el 26 ene 2011]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100011&script=sci_arttext
50. Vargas J. Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. *Rev. Iberoam. Educ.* [Internet] 2001 [consultado el 20 mar 2010]. Disponible en <http://www.rieoei.org/deloslectores/186Vargas.PDF>
51. Mertens L. La gestión por competencia laboral en la empresa y la formación profesional. Madrid. OEI. [Internet] 2000 [consultado el 20 mar 2010]. Disponible en <http://www.oei.es/oeivirt/fp/iberfop01.htm>
52. Echeverría B. Configuración actual de la profesionalidad. *Let. Deusto*. 2001; 91 (31): 35-55.

53. Mertens L. Competencia laboral, sistemas surgimiento y modelos. CINTERFOR [Internet] 1997 [consultado el 20 mar 2010]. Disponible en <http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/pdf/mertens.pdf>
54. Luhmann N. Sistemas sociales. México. Alianza. 1991. Citado en Mertens, L. Competencia laboral, sistemas surgimiento y modelos. Montevideo: CINTERFOR [Internet]; 1997. [consultado el 20 de marzo de 201] Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/pdf/mertens.pdf>
55. National Council for Vocational Qualifications. Guide to national vocational qualifications. Londres. NCVQ. 1991. Citado en Mertens, L. Competencia laboral, sistemas surgimiento y modelos. Montevideo: CINTERFOR [Internet]; 1997. [consultado el 20 de marzo de 201] Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/pdf/mertens.pdf>
56. Stewart, J., Hamlin, B. Competence-based qualifications: the case against change. Journal European Industrial Training. 1992; 16 (7): 21-32.
57. Gonzci A., Athanasou J. Instrumentación de la educación basada en competencias: perspectiva de la teoría y la práctica en Australia. México: Limusa. 1996. Citado en Mertens, L. Competencia laboral, sistemas surgimiento y modelos. Montevideo: CINTERFOR [Internet]; 1997. [consultado el 20 de marzo de 201] Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/pdf/mertens.pdf>
58. Hager P. Competency standards – a help or a hindrance? An Australian perspective. Journal of Vocational Education and Training. 1995. Citado en Mertens L. Competencia laboral, sistemas surgimiento y modelos. Montevideo: CINTERFOR [Internet]; 1997. [consultado el 20 de marzo de 201] Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/pdf/mertens.pdf>

59. Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo. [INTERNET] OEI. [Consultado el 26 de marzo de 2010] disponible en : <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/03a02.htm#aa>
60. Pereda S., Berrocal F. Gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1999.
61. Blanco A. Trabajadores competentes. Introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: ESIC; 2007.
62. Alles M.A. Diccionario de comportamientos. Gestión por competencias. México: Granica; 2007.
63. De Miguel M. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2006.
64. Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo. Declaración de La Sorbona de 25 de mayo. [Internet] 1998. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Sorbona_ES.pdf
65. El Espacio Europeo de Educación Superior. Declaración de Bolonia de 19 de junio. [Internet] 1999. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf
66. Hacia el Área de la Educación Superior Europea. Declaración de Praga, 19 de mayo. [Internet] 2001 [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Praga_ES.pdf
67. Instituciones Europeas de la Enseñanza Superior. Perfilando el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. [Internet] 2001. Marzo: 29-30. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: <http://www.eees.es/pdf/Salamanca2001.pdf>
68. Student Goteborg Declaration de 25 de marzo. [Internet] 2001. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: <http://www2.uca.es/orgobierno/ordenacion/convergencia/documentos/EEES005.pdf>

69. Educación Superior Europea. Declaración de Berlín de 19 de septiembre [Internet] 2003. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Berlin_ES.pdf
70. El Espacio Europeo de Educación Superior-Alcanzando las metas. Declaración de Bergen 19-20 de mayo. [Internet] 2005. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Bergen_ES.pdf
71. Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world. Declaración de Londres 18 de mayo [Internet] 2007. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/London_Communique18May2007.pdf
72. The Bologna Process 2020. The European Higher Education Area in the new decade. Declaración de Leuven/Louvain-la-Neuve, 28-29 April. [Internet] 2007. [consultado el 16 octubre 2009] Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Leuven_Louvain-la-Neuve_Communique_April_2009.pdf
73. Feixas M. De Bolonia a Berlín. RIFOP. 2004; 18(1):149-162.
74. García F., Morant J.L. Declaración de Bolonia. El espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: ACTA; 2005.
75. Sánchez Delgado, Gairín J. Planificar la formación en el Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: ICE Universidad Complutense; 2008.
76. Delgado A.M, Borge M, García J, Oliver R, Salomon L. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2005. [consultado 4 noviembre de 2009] Disponible en: <http://www.ub.edu/ees/documents/pdfes/mec/competencias-evaluacion-continua.pdf>
77. Real Decreto 1125/2003, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio español. Real Decreto 1125/2003 de 5 de septiembre. Madrid. Boletín Oficial del Estado nº 224. (18-09-2003)

78. CRUE. Declaración de Bologna: Adaptación del sistema universitario español a sus directrices. [Internet] 2000 [Consultado el 23 de octubre de 2009] disponible en: http://www.crue.org/export/sites/Crue/procbolonia/documentos/doccrue/14_diciembre_2000.pdf
79. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Madrid. Boletín Oficial del Estado nº 307. (24-12-2001).
80. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Madrid. Boletín Oficial del Estado nº 89. (13-04-2007)
81. Real Decreto 1044/2003, por el que se establece procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al título. Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto. Madrid Boletín Oficial del Estado nº 218. (11-09-2003)
82. Hacer realidad un espacio europeo del aprendizaje permanente. Comunicación de la Comisión de 21 de Noviembre. [Internet] 2001. [Consultado el 23 de octubre de 2009] disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:ES:PDF>
83. Rubio E. Aprendizaje a lo largo de la vida. Vivir y trabajar en una Europa del conocimiento. CEE: Participación Educativa; 2007.
84. European Association for Quality Assurance in Higher Education. Standards and guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. Helsinki; 2005
85. Aneca.es [página principal de internet] Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación. ANECA. [Actualizado enero 2011; Consultado 7 de enero de 2010] Disponible en: <http://www.aneca.es/>
86. ANECA. Ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (grado y máster): Programa VERIFICA [Internet] 2008 [Consultado 7 de enero de 2010] Disponible en:

http://213.27.167.36/media/164042/verifica_protocoloyplantilla_gradomaster_080904.pdf

87. Aqu.cat [página principal de internet] Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya, AQU Catalunya. C.2011 [Actualizado enero 2011; citado 7 de enero de 2010] Disponible en: <http://www.aqu.cat/>
88. Acsug.com [página principal de internet] Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia (ACSUG). Santiago de Compostela. [Consultado 7 de enero de 2010] Disponible en: <http://www.acsug.com/>
89. Aneca.es [página principal de internet] Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación. ANECA. [Actualizado enero 2011; Consultado 7 de enero de 2010] Programa AUDIT. Disponible en: <http://www.aneca.es/Programas/AUDIT>
90. ANECA. –Guía para el diseño de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de la formación universitaria”. [Internet] 2007. [Consultado el 7 de enero de 2010] Disponible en: http://www.aneca.es/content/download/9521/110565/file/audit_doc01_guidiseno_070621.pdf
91. ANECA.: –Directrices, definición y documentación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de la formación universitaria” [Internet] 2007. [Consultado el 7 de enero de 2010] Disponible en: http://www.aneca.es/content/download/9522/110570/file/audit_doc02_directrices_070621.pdf
92. ANECA: –Herramientas para el Diagnóstico en la implantación de Sistemas de Garantía Interna de calidad de la formación universitaria” [Internet] 2007. [Consultado el 7 de enero de 2010] Disponible en: http://www.aneca.es/content/download/9523/110575/file/audit_doc03_herramientas_070621.pdf
93. Madrid.org. Comunidad de Madrid [página principal de internet] Madrid: Agencia de Calidad, Acreditación y Prospectiva de las Universidades de Madrid ACAP.

[Actualizado enero 2011; Consultado 7 de enero de 2010] Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142432140988&language=es&pagename=PortalEducacion%2FPage%2FEDUC_listado

94. Villa Sánchez A, Poblete Ruiz M. Practicum y evaluación de competencias. Profesorado. Rev de currículum y formación del profesorado, 8 (2): 1-19
95. Real Decreto 1224/2009, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral. Real Decreto 1224/2009 de 17 de julio. Madrid. Boletín Oficial del Estado nº 205. (25-08-09)
96. Perrenoud. Construir competencias desde la escuela. Santiago de Chile: LOM Ediciones S.A; 2003.
97. Sarramona J. Las competencias básicas en la Educación Obligatoria. Barcelona: CEAC; 2004.
98. Tanguy L. Les Usages sociaux de la notion de compétence. En: J. C. Ruano-Borbálán J C. Éduquer et former. París: Sciences Humaines, 2001.
99. Belloto ML. Las competencias profesionales del nutricionista deportivo. [Tesis doctoral]Lleida: Universidad de Lleida. 2006.
100. Villardón L. Evaluación del aprendizaje para promover el desarrollo de competencias. Educatio siglo XXI. 2006 (24): 57 – 76.
101. Hoffman J. La evaluación: mito y desafío: una perspectiva constructivista. Porto Alegre: Mediação; 1999.
102. Castillo S. Vocabulario de evaluación educativa. Madrid: Pearson-Prentice Hall; 2003.
103. Pimienta J. Evaluación de los aprendizajes. Un enfoque basado en competencias. México: Pearson Educación; 2008.
104. Scriven M. The Methodology of Evaluation. Chicago: Rand McNally; 1967.

105. De la Orden A. Evaluación y Optimización Educativa. En: Salmeron H. Evaluación Educativa: Teoría, metodología y aplicaciones en áreas de Conocimiento. Granada: Grupo Editorial Universitario. 1997. P. 13-28
106. Catalano A. Enseñar y evaluar en formación por competencias laborales: orientaciones conceptuales y metodológicas. Buenos Aires: CINTERFOR. 2006
107. Santos Guerra M. A. La evaluación, un proceso de diálogo, comprensión y mejora. Archidonda: Ed. Aljibe; 1993.
108. Cabello Martínez M. J. Didáctica y educación de personas adultas. Málaga: Ed Aljibe; 1997
109. Cano E. La evaluación de competencias en la educación superior. Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado. 2008. 12 (3): 1-16
110. NCES. Defining and Assessing Learning: Exploring Competency-Based Initiatives. [Internet] 2002. [consultado 12 enero 2010] Disponible en: <http://nces.ed.gov/pubs2002/2002159.pdf>
111. Guía evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema. Universitari de Catalunya; 2009.
112. Miller G E. The assessment of skills/competences/performance. Academic Medicine. 1990. 65: 63-67.
113. Simon M, Forgette-Giroux R. A rubric for scoring postsecondary academic skills. Practical Assessment, Research & Evaluation, 2007. 7(18): 1-7. [Consultado 31 de agosto de 2010]. Disponible en: http://uctl.canterbury.ac.nz/files/staff/articles/rubrics/Simon_2001_A-Rubric-for-Scoring-Postsecondary-Academic-Skills.pdf
114. Vera Vélez, L. Medición, “assessment” y evaluación del aprendizaje Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas; 2003
115. Herman J, Aschbacher, P, Winters, L. Guía práctica para una evaluación alternativa. E. U. A: ASCD, CRESST. y Universidad de California; 1997

116. Torres, J.; Perera, V. La rúbrica como instrumento pedagógico para la Tutorización y evaluación de los aprendizajes en el Foro online en educación superior. Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación. 2010. 36: 141 – 149.
117. Sellán M.C. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea. Madrid: FUDEN; 2009
118. Martínez Martín M L. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. Rev Educación Médica. 2007 10(2): 93-96.
119. Donahue M.P. Historia de la Enfermería. St. Louis, Missouri: Mosby Company; 1985.
120. Mc Innes E.M. St. Thomas' Hospital. London: Special trustees for St. Thomas Hospital; 1990.
121. Rubio y Galí F. Cartas del Dr. Rubio y Galí a las curadoras del Instituto de Terapéutica operatoria. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos; 1916
122. Sellán, M.C. La Psicologización del cuidado: Kraukismo, Psicología y Enfermería. Revista Historia de la psicología, 2006, 27 (2-3), 127-134
123. Álvarez Sierra, J. Galería de enfermeras famosas. Doña Salvadora D'Anglada. Primera enfermera del Instituto Rubio. Caridad, ciencia y arte. 1964. 5: 4-5.
124. Alcubilla, M. Diccionario de administración. Madrid: imprenta del Boletín jurídico Administrativo; 1902
125. Valle, J.I. y García Martínez, M.J. Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX, Rol de enfermería, 1994. 187: 61-67
126. Ventosa, F. Barbero-sangrador-flebotomiano. Híades. Revista de Historia de la enfermería. 2000. 7: 209-217
127. Real Orden de 26 de junio, por la que se establecen los estudios y prácticas de la carrera de Practicante. Real Orden de 26 de junio de 1860. Gaceta de Madrid nº 186, de 04/07/1860

128. Real Orden del 13 de mayo, por la que se aprueba el programa de formación de la carrera de Practicante. Real Orden del 13 de mayo de 1902. Gaceta de Madrid nº 154 (03-06-1902)
129. Real Orden del 7 de mayo, por la que se aprueba el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. Real Orden del 7 de mayo de 1915. Gaceta de Madrid nº 141 (21-05-1915).
130. Real decreto de 28 de febrero por el que se aprueban las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas enfermeras de la Asociación de la Cruz Roja Española, y el programa anexo para la enseñanza de dichas Damas enfermeras. Real decreto de 28 de febrero de 1917 .Gaceta de Madrid nº 60 (01-03-1917).
131. Herrero Portilla N, editora. Los Cuidados Enfermeros en la Guerra Civil española. Actas del VI Congreso Nacional y I Internacional de Historia de la Enfermería: La Enfermería Profesional; 2003 abril;3-5. Alcalá de Henares (Madrid): Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá; 2003
132. Siles González J. Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 1996.
133. Orden del 26 de noviembre de 1945, por la que se establecen los Estatutos del Consejo De Previsión y Socorros Mutuos de Auxiliares Sanitarios y de sus Colegios Oficiales con tres secciones: Enfermeras, Practicantes y Matronas. Orden del 26 de noviembre de 1945. Boletín Oficial del Estado nº 339, de 05/12/1945
134. Decreto de 27 de junio de 1952, por el que se organizan los estudios de la carrera de enfermería. Decreto de 27 de junio de 1952 Boletín Oficial del Estado nº 209. (27-06-1952)
135. Orden de 4 de Agosto de 1953, por la que se dictan las normas para la nueva organización de los estudios de enfermería. Orden de 4 de Agosto de 1953. Boletín Oficial del Estado nº 244. (01-09-1953).

136. Orden de 4 de julio de 1955, por la que se dictan las normas para la nueva organización de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Orden de 4 de julio de 1955. Boletín Oficial del Estado nº 214. (02-08-1955)
137. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Decreto 2319/1960 Boletín Oficial del Estado nº 302. (17-12-1960)
138. Decreto 2293/73 por el que se regulan las Escuelas Universitarias. Decreto 2293/73 de 17 de agosto. Boletín Oficial del Estado nº231. (26-09-1973)
139. Orden de 26 de abril, por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Orden de 26 de abril de 1973. Boletín Oficial del Estado nº 102. (28-04-1973)
140. Real Decreto 2128/77 sobre integración en la Universidad de las de las Escuelas de Ayudantes Técnicos sanitarios como Escuelas Universitarias de enfermería en la Universidad. Madrid. Real Decreto 2128/77 de 23 de julio. Boletín Oficial del Estado nº 200. (2-08-1977)
141. Orden de 31 de octubre. Directrices para la elaboración de planes de estudios para las escuelas universitarias en enfermería. Orden de 31 de octubre de 1977. Boletín Oficial del Estado nº 283. (26-11-1977)
142. Real Decreto 1466/1960, de 26 de octubre. por el que se establece el Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre. Boletín Oficial del Estado nº:278. (20-11-1960)
143. Real Decreto 111/1980, de 11 de enero. Sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Real Decreto 111/1980. BOE nº 20. (23-01-1980)
144. Orden de 15 de julio, por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. ORDEN de 15 de julio de 1980 BOE nº 176. (23-07-1980)

- 145.** Reforma Universitaria (LRU). Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto. Palma de Mallorca, 1983. BOE nº 209. (01-09-1983)
- 146.** Real Decreto 1497/1987, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre. BOE nº 298. (14-12-87)
- 147.** Real Decreto 1667/1990, por el que se rectifica el anexo del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las Directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél. Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre. BOE nº 311 (28-12-1990).
- 148.** Real Decreto 1267/1994, por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos. Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio. BOE nº 139 (11-6-1994).
- 149.** Real Decreto 1561/1997, por el que se modifican parcialmente diversos Reales Decretos por los que se establecen títulos universitarios oficiales y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquellos. Real decreto 1561/1997, de 10 de octubre. BOE nº 264 (4-11-1997)
- 150.** Real Decreto 371/2001, por el que se modifican parcialmente diversos Reales Decretos por los que se establecen títulos universitarios oficiales y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquéllos. Real Decreto 371/2001, de 6 de abril. BOE nº 101 (27-4-2001)
- 151.** Orden CIN 2134/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Orden CIN 2134/2008 de 3 de julio- BOE nº 174. (19-07-2008)

152. Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 28/2009, de 30 de diciembre. BOE nº 315. (31-12-2009).
153. Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006, de 26 de julio. Boe Nº 178. (27-07-2006)
154. Hernandez Yañez, J.F. La Enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.
155. Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del Consejo Internacional de Enfermeras para la enfermera generalista. Serie: Normas y competencias. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003.
156. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de enfermera: definición de trabajo. Nueva Zelanda: Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo de Representantes Nacionales; 1987.
157. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1977.
158. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2000.
159. Gutiérrez Martí R, Ferrús Estopà L, Subirana Casacuberta M, Pellejà Adalid L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2006.
160. Conseil National de l'Art Infirmier. Livre blanc de la profession infirmière. Bruxelles: Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement; 1992.
161. Décret nº 93-345, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Décret nº 93-345, du 15 mars 1993. NOR : SANP9300793D (15-03-1993)

162. Nursing & Midwifery Council. Standards of proficiency for pre-registration nursing education. London: Nursing & Midwifery Council; 2004.
163. An Bord Altranais (ABA)". Review of scope of practice for nursing and midwifery: final report / An Bord Altranais. [Internet] 2000 [Consultado 18 noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/45072/1/6797.pdf>
164. Decreto-Lei nº 437/91. Regime Legal da carreira de enfermagem. Decreto-Lei nº 437/91, de 8 noviembre 1991. Diário da República.Ministério de Saúde nº 257. (08-11-1991)
165. Ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. BOE nº 280 (22-11-2003)
166. REAL DECRETO 1231/2001, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre. Boe nº 269. (09-11-2001)
167. Oliveros, L.. Identificación de Competencias: una estrategia para la formación en el Espacio Europeo de Educación superior. Revista Complutense de Educación. 2006. 1(17): 101-118.
168. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de Grado en Enfermería.. ANECA. 2004.
169. Doris M.; Romero Q. Significado de la Evaluación por competencias para una gestión de calidad desde la perspectiva del personal del departamento de Enfermería. Enfermería. Gestión Sanitaria. 2009 [Consultado el 7 dic 2010] disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1904/3/Significado-de-la-Evaluacion-por-competencias-para-una-gestion-de-calidad-desde-la-perspectiva-del-personal-del-departamento-de-Enfermeria->
170. Zarate Grajales Rosa A.. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. [revista Internet]. 2004 [Consultado 2010 Dic 7] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/r44_articulo_42-46.php

171. Urbina Laza O., Soler Cárdenas S. Otero Ceballos M. Evaluación del desempeño del Profesional de Enfermería del Servicio de Neonatología. *Educ Med Sup.* 2006. 20 (1) [Consultado 7 Dic 2010] disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems04106.pdf

172. Redman, R.W., Lenburg, C.B., Hinton Walker, P. Competency Assessment: Methods for Development and Implementation in Nursing Education.[Revista internet] 1999 [Consultado 7 Dic 2010] 2, (4) [aprox 10 p.], Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/InitialandContinuingCompetenceinEducationandPracticeCompetencyAssessmentMethodsforDeve.aspx>

173. EdCaN. Competency standards in professional nursing: a summary of literature published since 2000. Australia: Alison Evans Consulting. 2008.

174. Lenburg, C. The Framework, Concepts and Methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model. *Online Journal of Issues in Nursing.* [Rev internet] 1999 [Consultado 7 Dic 2010] : 2 (4) [aprox 15 pps] Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/COPAModel.aspx>

175. Nursing Midwifery Council. Introduction of Essential Skills Clusters for Pre-registration Nursing programmes. Circular 07. Marzo 2007. [Consultado 8 Dic 2010] Disponible en: http://www.nmc-uk.org/Documents/Circulars/2007circulars/NMCCircular07_2007.pdf

176. Policy plus evidence, issues and opinions in healthcare. Nursing competence: what are we assessing and how should it be measured? Policy plus evidence, issues and opinions in healthcare. 2009 nº 8. [Consultado 8 Dic 2010] Disponible en <http://www.kcl.ac.uk/content/1/c6/05/68/69/PolicyIssue18.pdf>

177. Benner, P. From Novice to expert. Upper Saddle River, NJ..Prentice Hal. 2001

178. Dreyfus H, Dreyfus S. From Socrates to expert systems: the limits and dangers. *Philosophy.* 2002 24 (1) 1-19

179. Juvé, M.E.; Huguet, M.; Monterde, D.; Sanmartín, M.J.; Martí, N.; Cuevas, B.; Fuente, C. de la; Alvarez, G.; Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito sanitario. *Nursing*, 2007. 25 (4): 56-61
180. Brykczynski, K. "De principiante a expert: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica". En: Marriner, A.; Raile, M. *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Mosby. 2007. p: 140-166.
181. McQuillan M. K. Coleman GA. *Competency in school nurse practice*. Conecticut. Connecticut State Department of Education. 2009
182. Benner, P.; Tanner, C. Chesla, C. *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics*. New York: Springer; 1996.
183. Juvé Udina, M.E. and Cols. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing*. 2007. 25, (7): 50-61
184. Professional and Practice Development NMAHPs' Forum, Scotland. *Clinical Competency Self-Assessment Tool*. Scotland. [Internet] 2009. [Consultado 15 Nov 2010] Disponible en : http://www.ppdnf.org/projects/competency_selfassessmenttool_2010.pdf
185. Professional and Practice Development NMAHPs' Forum, Scotland *Benchmarking for Practice Development: A Framework for Developing Practice*. Scotland. [Internet] 2001. [Consultado 15 Nov 2010] Disponible en : http://www.ppdnf.org/projects/ppdnf_benchmarkingtool.pdf
186. Professional and Practice Development NMAHPs' Forum, Scotland . *Competencies for Practice Development Nurses Consultation*. Scotland. [Internet] 2003. [Consultado 15 Nov 2010] Disponible en : http://www.ppdnf.org/projects/ppdnf_competenciesconsult2.pdf
187. Bord Nursing Board. *Competence Assessment Tool for Nurses Educated & Trained Overseas in non-EU Countries and guidance on the provision of adaptation and assessment to nurses from overseas*. Dublín: An Bord Altranais, 2003.

188. Argomaniz J. Basurto S., Betolaza E., Correyero F., De Lorenzo E., Martín J., y cols. Competencias Profesionales: Una guía para la formación enfermera. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria. Osakidetza/Sevicio vasco de salud. 2004.
189. Serrano, F. Diseño de instrumentos de evaluación de competencias prácticas que mejoren la calidad de las prácticas clínicas. Unidad de Calidad. Universidad de Córdoba. 2010.
190. Nieto JM, Delgado A, Herrero ML, López J, Rodríguez M, Martín JM, y cols. Organización por competencias de las prácticas Clínicas de enfermería comunitaria: guía Docente de práctica. Proyecto de innovación educativa: IE33. Cadiz: Vicerrectorado de Tecnologías de la Información e Innovación Docente Dirección de Innovación, Convergencia y Formación. Universidad de Cadiz. 2009.
191. Irigoin M., Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo : Cinterfor, 2002.
192. Chaves, MM. Ccompetencias profesionales de los enfermeros: el método Developing a Curriculum como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. Enfermería Global. 2010. 18: 1-18 [Consultado 16 mayo 2010] disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/administracion2.pdf>
193. Mertens L. DACUM (desarrollo de un currículum) y sus variantes SCID y AMOD. CINTERFOR: 1977. [Consultado 16 mayo 2010] Disponible en: http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/banco/id_nor/dacum/index.htm
194. Garanhani ML et al. Princípios pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de Enfermagem. En: Dellarozza MSG, Vannuchi MTO. O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade. São Paulo: HUCITEC. 2005; 3: 35-57.
195. Leininger MM. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

196. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho da enfermagem: a cisão entre o planejamento e a execução dos cuidados. Rev. Bras. de Enf. 2002. 55(4): 392-8.
197. Pulpón Segura AM, Solá Polá M, Martínez Carretero JM, Gisper Magarola R. Evaluar la competencia clínica: futuro inmediato para enfermería. Rev. ROL de Enfermería 1999 ; 22 (6) 475-478.
198. Reibnitz KS, Prado ML. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. Texto Contexto Enf. 2003. 12 (1): 26-33.
199. Dutra JS. Gestão de Pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas, 2002.
200. Brito MJM. A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte. [Tesis Doctoral]. Belo Horizonte. Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
201. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamiento de recursos matialis. IN: Kurcgant, P (org) Gerenciamiento de enfermagem. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan; 2005. pp.157-170
202. Torres Esperón JM , Urbina Laza O. Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba. [Rev internet] Educ Med Sup. 2006 [citado el 2009 sep 18] 20(1) [aprox 36] disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems02106.htm
203. Liu M, Kunaiktikula W, Senaratanaa W, Tonmukayakula O, Eriksen L. Development of competency inventory for registered nurses in the people's republic of china: Scale development. International Journal of Nursing Studies. 2007. 44 (5): 805–813.
204. Liu M. , Yin L. , Ma E., Lo S. ,Zeng L. Competency Inventory for Registered Nurses in Macao: instrument validation. Journal of Advanced Nursing. 2009. 65(4): 893–900

- 205.** Morolong BG, Chabeli MM. . Competence of newly qualified registered nurses from a nursing college. *Curationis*. 2005. 28(2):38-50
- 206.** Lynn 1986. Determination and Quantification of content validity. *Nursing Research*: 1986 - 35 (6): 382-386.
- 207.** Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007. 30(4):459-67.
- 208.** Nunnally JC. *Psychometrics*. New York: McGraw-Hill; 1978.
- 209.** Gronlund, N.E. *Measurement and Evaluation in Teaching*, Nueva York: MaCmillan Publishing Company; 1985.
- 210.** DeVellis, R.F. (1991), *Scale development: Teory and applications*, Newberry Park: Sage Publications;1991.
- 211.** Kerlingery F.N, Lee H.B., *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: MacGraw Hill; 2002.
- 212.** Centro de Efectividad Organizacional. Eficacia y Eficiencia.[internet] [Consultado 10 may 2010] Disponible en: http://www.ceo.org.mx/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=20

11. RELACIÓN DE TABLAS

RELACIÓN DE TABLAS.

<i>Tabla 1. Comparación entre los conceptos de capacidad, cualificación y competencia profesional (Bunk, G.P., 1994).....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 2. Comparación entre diferentes nociones de la competencia.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 3. Definiciones del término “competencia”</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 4. Términos cercanos a competencia.</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 5. Diferencias de normas entre tipos de Competencia. (Mertens, 1997).....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 6. Definiciones para el término evaluación según Santiago Castillo</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 7. “Elementos diferenciales entre la evaluación tradicional y la evaluación centrada en competencias” (Mario de Miguel, 2006)63.....</i>	<i>106</i>
<i>Tabla 8. Modalidades de enseñanza en función de su finalidad. (Fuente: Mario de Miguel, 2006).....</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 9. Métodos de enseñanza en función de su finalidad. (Fuente: Mario de Miguel, 2006).....</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 10. Relación entre modalidades y métodos de enseñanza (Mario de Miguel, 2006).....</i>	<i>113</i>
<i>Tabla 11. Relación entre métodos de enseñanza y procedimientos e evaluación de los aprendizajes. (Mario de Miguel, 2006)</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 12. Ejemplo de lista de control. Elaboración propia.</i>	<i>126</i>
<i>Tabla 13. Ejemplo de Escala de Evaluación. Elaboración propia.</i>	<i>127</i>
<i>Tabla 14. Ejemplo matriz de Rúbrica. Elaboración propia.</i>	<i>129</i>
<i>Tabla 15. Denominación de los actuales Profesionales de Enfermería según la etapa histórica. Elaboración Propia</i>	<i>136</i>

<i>Tabla 16. Exigencias para la formación de enfermeras en la escuela de St. Thomas (McInnes, 1990) ¹²⁰</i>	138
<i>Tabla 17. Modelo de formación de la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría Fuente: (Sellán, 2009). Elaboración Propia.</i>	139
<i>Tabla 18. Estudios necesarios para aspirar al Título de Matrona. Fuente Sellán 2009</i>	143
<i>Tabla 19. Estudios necesarios para aspirar al Título de Practicante. Fuente Sellán 2009.</i>	144
<i>Tabla 20. Comparación entre los primeros programas de enseñanza para Enfermeras y Practicantes... Fuente: Sellán, 2009.</i>	146
<i>Tabla 21. Competencias Profesionales” de Enfermeras, Practicantes y Matronas, según la Orden de 26 de noviembre de 1945. Fuente: Sellán, 2009.</i>	148
<i>Tabla 22. Plan de Estudios de ATS según la Orden del 4 de Agosto de 1953. Elaboración Propia.</i>	151
<i>Tabla 23. Plan de Estudios de ATS según la Orden de 4 de Julio de 1955. Elaboración propia.</i>	152
<i>Tabla 24. Competencias Profesionales de ATS, Enfermeras y Matronas. Decreto 2319/60</i>	153
<i>Tabla 25. Competencias Profesionales de Enfermeras y ATS en instituciones abiertas. (Orden 26 de abril de 1973)</i>	154
<i>Tabla 26. Competencias de Enfermeras y ATS en instituciones cerradas según la Orden de 26 de abril de 1973. Sellán, 2009.</i>	155
<i>Tabla 27. : Directrices para la elaboración del plan de estudios de Diplomado Universitarios en Enfermería según la Orden de 31 de octubre de 1977. Elaboración Propia..</i>	157
<i>Tabla 28. Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería según la Orden 31 de octubre de 1977 (Elaboración propia)</i>	158
<i>Tabla 29. Directrices Generales para el plan de estudios de Diplomado Universitario en Enfermería según el Real Decreto 1466/1990.</i>	159

<i>Tabla 30. Plan de Estudios del Diplomado Universitario en Enfermería según el RD 1466/1990. Elaboración Propia.</i>	<i>160</i>
<i>Tabla 31. Plan de Estudios Universidad Complutense de Madrid. Año 1993. Fuente UCM. Elaboración propia.....</i>	<i>163</i>
<i>Tabla 32. Plan de Estudios de la Universidad Complutense de Madrid desde el año 2001 al año 2009</i>	<i>165</i>
<i>Tabla 33. Distribución de los créditos de los estudios de Grado en la planificación. Fuente: RD1393/2007 y RD 861/2010. Elaboración propia.....</i>	<i>169</i>
<i>Tabla 34. Distribución de los Créditos para el Título Oficial de Grado en Enfermería según la Orden CIN 2134/2008.....</i>	<i>169</i>
<i>Tabla 35. Distribución de Créditos para el plan de estudios de Grado en Enfermería en la UCM. Elaboración propia.....</i>	<i>170</i>
<i>Tabla 36. Plan de estudios del Grado en Enfermería UCM. Curso 2010-2011. Fuente: UCM. Elaboración propia.</i>	<i>171</i>
<i>Tabla 37. Competencias Genéricas Transversales. Proyecto Tuning. Elaboración propia.....</i>	<i>185</i>
<i>Tabla 38. Competencias Genéricas. Real Decreto 1393/2007. Elaboración propia.</i>	<i>186</i>
<i>Tabla 39. Competencias Genéricas de Enfermería según el Libro Blanco de Enfermería (ANECA).....</i>	<i>188</i>
<i>Tabla 40. Grupo I. Competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la Enfermera</i>	<i>190</i>
<i>Tabla 41. GRUPO II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.....</i>	<i>191</i>
<i>Tabla 42. GRUPO III: Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos ...</i>	<i>191</i>
<i>Tabla 43. GRUPO IV: Conocimiento y competencias cognitivas</i>	<i>192</i>

<i>Tabla 44. GRUPO V: Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación).....</i>	<i>192</i>
<i>Tabla 45. GRUPO VI: Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo ...</i>	<i>193</i>
<i>Tabla 46. Objetivos-competencias que los estudiantes de Grado en Enfermería deben adquirir según la ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio</i>	<i>195</i>
<i>Tabla 47. Competencias Formación Básica Común según la ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio.....</i>	<i>196</i>
<i>Tabla 48. Competencias Ciencia Enfermera según la ORDEN CIN 2134/2008 de 3 de julio</i>	<i>199</i>
<i>Tabla 49. Relación entre fases del estudio, objetivos, material y métodos y resultados</i>	<i>240</i>
<i>Tabla 50. Descripción de tareas correspondientes a la fase 1.....</i>	<i>241</i>
<i>Tabla 51. Relación entre Funciones del Profesional de Enfermería y Unidades de Competencia.</i>	<i>249</i>
<i>Tabla 52. Plantilla de apoyo para la definición de elementos competenciales, dimensiones y su relación con las Unidades de competencia.</i>	<i>251</i>
<i>Tabla 53. Reparto de Competencias entre los Grupos del Panel de expertos nº 1 .</i>	<i>252</i>
<i>Tabla 54. Reparto de Unidades de Competencia entre los Grupos del Panel de expertos nº 2.....</i>	<i>254</i>
<i>Tabla 55. Descripción de tareas correspondientes a la fase 2.....</i>	<i>255</i>
<i>Tabla 56. Descripción de tareas correspondientes a la fase 3.....</i>	<i>261</i>
<i>Tabla 57. Ejemplo de Rúbrica. Fuente: Villa y Poblete</i>	<i>263</i>
<i>Tabla 58. Grupos del panel de expertos organizado durante el seminario de evaluación de competencia.....</i>	<i>264</i>
<i>Tabla 59. Niveles de Logro establecidos para la rúbrica</i>	<i>264</i>
<i>Tabla 60. Plantilla para la relación entre criterios de evaluación y niveles de logro</i>	<i>265</i>

<i>Tabla 61. Descripción de tareas correspondientes a la fase 4.....</i>	<i>267</i>
<i>Tabla 62. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 1: “Valoración y Diagnóstico”.....</i>	<i>274</i>
<i>Tabla 63. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 2: “Planificación”... </i>	<i>274</i>
<i>Tabla 64. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 3: “Intervención”....</i>	<i>275</i>
<i>Tabla 65. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 4: “Evaluación y Calidad”</i>	<i>276</i>
<i>Tabla 66. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 5: “Gestión”.....</i>	<i>276</i>
<i>Tabla 67. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 6: “Comunicación y Relación Interpersonal”</i>	<i>277</i>
<i>Tabla 68. Listado de Resultados de aprendizaje para la UC 7: “Actitudes, Valores y Transferencia</i>	<i>278</i>
<i>Tabla 69. Índice de Validación de Contenido para cada una de la UC.....</i>	<i>279</i>
<i>Tabla 70. Índice de Kappa para cada Unidad de Competencia</i>	<i>280</i>
<i>Tabla 71. Años de experiencia de los Profesionales que participan en la fase 2 ...</i>	<i>281</i>
<i>Tabla 72. Alfa de Cronbach para el total del Instrumento y para cada una de las UC</i>	<i>283</i>
<i>Tabla 73. Rúbrica obtenida del consenso con los expertos.....</i>	<i>286</i>
<i>Tabla 74. Rúbrica consensuada con los criterios de evaluación para los niveles de consecución.....</i>	<i>288</i>
<i>Tabla 75. Nivel mínimo exigible para la UC 1: “Valoración y Diagnóstico”.....</i>	<i>295</i>
<i>Tabla 76. Nivel mínimo exigible para la UC 2: “Planificación”</i>	<i>296</i>
<i>Tabla 77. : Nivel mínimo exigible para la UC 3: “Intervención”</i>	<i>297</i>
<i>Tabla 78. Nivel mínimo exigible para la UC 4: “Evaluación y Calidad”</i>	<i>298</i>
<i>Tabla 79. Nivel mínimo exigible para la UC 5: “Gestión”.....</i>	<i>299</i>
<i>Tabla 80. Nivel mínimo exigible para la UC 6: Comunicación y Relación Interpersonal.....</i>	<i>300</i>

<i>Tabla 81. Nivel mínimo exigible para la UC 7: “Actitudes, Valores y Trasferencia”.</i>	
.....	301
<i>Tabla 82. N° de Resultados de aprendizaje validados para cada UC.....</i>	303
<i>Tabla 83. Rúbrica con niveles y criterios de evaluación.....</i>	305
<i>Tabla 84. Criterios previos para la evaluación de los estudiantes.</i>	307
<i>Tabla 85. Criterios de evaluación propuestos por el Departamento de Enfermería de la UCM (a modo de ejemplo).</i>	308

12. RELACIÓN DE FIGURAS

RELACIÓN DE FIGURAS.

<i>Figura 1. Componentes de la Competencia (Pereda y Berrocal, 2001)</i>	<i>43</i>
<i>Figura 2. Concepto de competencias de Boyatzis en el iceberg conductual.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 3. Iceberg Conductual según Pereda y Berrocal 60.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 4. Clasificación de competencias según su dificultad de detección.</i>	<i>55</i>
<i>Figura 5. Desarrollo Cronológico del EEES</i>	<i>62</i>
<i>Figura 6. Estructura de las enseñanzas universitarias oficiales según el RD1393/2007</i>	<i>68</i>
<i>Figura 7. Las competencias del ámbito empresarial a la formación basada en competencias.....</i>	<i>79</i>
<i>Figura 8. Modelo de enseñanza-aprendizaje según Mario de Miguel</i>	<i>84</i>
<i>Figura 9. Modelo Tyleriano. (Fuente Pimienta, 2008)</i>	<i>88</i>
<i>Figura 10. Modelo científico (Fuente Pimienta, 2008)</i>	<i>89</i>
<i>Figura 11. El Modelo CIPP, de Stufflebeam (Fuente Pimienta, 2008).....</i>	<i>91</i>
<i>Figura 12. Modelo centrado en el cliente. (Fuente Pimienta, 2008)</i>	<i>92</i>
<i>Figura 13. Modelo sistémico (De la Orden, 1997) (Fuente: Pimienta, 2008).....</i>	<i>96</i>
<i>Figura 14. Estructura Jerárquica para la evaluación. (NCES, 2002)101; 111.....</i>	<i>121</i>
<i>Figura 15. Pirámide de Miller (Miller, 1990)111; 112.....</i>	<i>121</i>
<i>Figura 16. Pirámide de Miller (Miller, 1990)¹¹¹;.....</i>	<i>183</i>
<i>Figura 17. Contexto: Grado en Enfermería ¹¹²</i>	<i>183</i>
<i>Figura 18. Definición de Competencia. Elaboración Propia.</i>	<i>223</i>
<i>Figura 19. Fases del estudio.....</i>	<i>237</i>

<i>Figura 20. Tipo de entidad en la que trabajan los profesionales que participan en la fase 2.....</i>	<i>281</i>
<i>Figura 21. Tipo de pacientes a los que atienden los profesionales encuestados en la fase 2.....</i>	<i>282</i>
<i>Figura 22. Tipo de entidad en la que trabajan los profesionales que participan en la fase 4.....</i>	<i>289</i>
<i>Figura 23. Porcentaje de Profesionales según la unidad donde desempeñan su labor</i>	<i>290</i>
<i>Figura 24. Tipo de pacientes a los que atienden los profesionales encuestados en la fase 4.....</i>	<i>291</i>
<i>Figura 25. Frecuencias relativas y absolutas para los años de experiencia que poseen los Profesionales de Enfermería de la fase 4 en al ámbito asistencial</i>	<i>291</i>
<i>Figura 26. Años de experiencia docente de los participantes en la fase 4.....</i>	<i>292</i>
<i>Figura 27. Experiencia mínima de los participantes en la fase 4 como tutores de prácticas.....</i>	<i>293</i>
<i>Figura 28. Años de experiencia de los participantes como Tutor de prácticas</i>	<i>293</i>
<i>Figura 29. Niveles de logro para los resultados de aprendizaje.....</i>	<i>304</i>
<i>Figura 30. La evaluación en el Proceso de Enseñanza- Aprendizaje</i>	<i>317</i>