

Marco teórico y conceptual para de competencias del profesional hospitalario. Parte I

El objetivo de este artículo es presentar el marco teórico y conceptual empleado en el desarrollo del proyecto COM VA[®] de definición y evaluación de competencias asistenciales y de gestión asistencial del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario.

El marco teórico recoge principalmente los trabajos de la Dra. Benner y de los profesores Dreyfus en relación con el modelo de adquisición de competencia que define 5 niveles de pericia, de aprendiz a experto.

El marco conceptual explora los significados y las interrelaciones de los términos competencia, expertez, pericia, experiencia e inteligencia, entre otros.

El artículo incluye también una revisión sobre los principales aspectos relacionados con los instrumentos y los métodos de evaluación de competencias.

Palabras clave: Competencias. Expertez. Toma de decisiones. Marco conceptual. Complejidad. Enfermería.

Introducción

La gestión por competencias es una herramienta estratégica que tiene como principal objetivo identificar el talento de cada una de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar sus resultados. La gestión por competencias se centra en el impulso de la innovación para el liderazgo transformacional, ya que permite a los profesionales conocer su propio perfil de competencias, las áreas de mejora competencial en las que invertir en formación o las competencias requeridas para un puesto, entre otros aspectos.

En marzo de 2005, el Institut Català de la Salut (ICS) inició la puesta en marcha del Proyecto COM VA[®] de

definición y evaluación de competencias profesionales, enmarcado en las líneas estratégicas de la división hospitalaria, y en el que han participado más de 500 profesionales de enfermería de los hospitales del ICS (Hospital Universitario [HU] Vall d'Hebron [Barcelona], HU de Bellvitge [L'Hospitalet de Llobregat], HU Germans Trias i Pujol [Badalona], HU Arnau de Vilanova [Lleida], HU Dr. Josep Trueta [Girona], HU Joan XXIII [Tarragona], Hospital Verge de la Cinta [Tortosa] y Hospital de Viladecans).

El objetivo de este artículo es presentar el marco teórico y conceptual que se ha empleado como base del programa COM-VA[®], de definición y evaluación de competencias asistenciales y de gestión

asistencial del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario.

Este marco recoge los principales conceptos y proposiciones que deberían considerarse en todo proyecto de definición y/o evaluación de competencias profesionales.

¿Competencia o competencias?

El término competencia puede conceptualizarse desde 2 acepciones básicas. La primera incluye la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación. La competencia en este sentido ("ser competente") es atribuible a cada persona de manera

la definición y evaluación de enfermería en el ámbito

María Eulàlia Juvé^a, Mateu Huguet^a, David Monterde^a, María José Sanmartín^b, Nuria Martí^c, Blanca Cuevas^d, Carlos de la Fuente^e y Guillem Alvarez^e

^aDivisión Hospitalaria. Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona. España. ^bDirección de enfermería. Hospital Arnau de Vilanova. ICS. Lleida. España.

^cDirección de enfermería. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ICS. Badalona. Barcelona. España.

^dDirección de enfermería. Hospital Verge de la Cinta. ICS. Tortosa. Tarragona. España. (En la actualidad, la Sra. Cuevas es Directora de Enfermería del Hospital de Mora d'Ebre, Tarragona. España.)

^eDivisión de Recursos Humanos. ICS. Barcelona. España.

singular. La competencia así entendida engloba las características y cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva y diferenciada, es decir, que pueden contribuir a explicar el “valor añadido” que cada profesional aporta a su práctica y a los resultados clínicos de los pacientes.

La competencia también puede entenderse, como segunda acepción, en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo así de otros. Desde esta perspectiva, las competencias son un marco de referencia, unos estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada y que permiten establecer el área de responsabilidad y el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad. Desde esta concepción del término, en la literatura anglosajona se distinguen claramente 2 grandes grupos de competencias: las competencias en la prestación del servicio y las competencias asociadas al desarrollo profesional.

El proyecto COM VA[®] se centra inicialmente en la definición y evaluación de las competencias de prestación del servicio, denominadas *competencias asistenciales*.

Se parte de la premisa de que el profesional de enfermería, como profesional autónomo, tiene las 4

funciones clásicamente definidas –asistencia, docencia, investigación y gestión–, pero en el proyecto se ha priorizado la definición y la evaluación de las competencias asistenciales y de gestión asistencial por tratarse de las áreas de actividad principal de los profesionales de enfermería en los hospitales.

¿Competencia o expertez?

El modelo de adquisición de habilidades (MAH) de Stuart y Hubert Dreyfus, desarrollado en el marco del programa de investigación en inteligencia artificial de la Universidad de California en Berkeley durante la década de 1970, describe el proceso de evolución hacia la expertez a través de la aplicación de los conocimientos teóricos primero, y de la acumulación, el análisis y la discriminación de experiencias vividas después. El modelo, inicialmente pensado para replicar los procesos humanos de toma de decisiones en la tecnología, y desarrollado a partir de la observación y el estudio de la actuación (*performance*) en situaciones reales, define 5 niveles de expertez o pericia: aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto.

La competencia (*competency*) y la expertez son, en este sentido, conceptos sinónimos.

Las principales premisas del modelo de los hermanos Dreyfus son:

- La adquisición de expertez (o 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 (proeficiente y experto) sólo se consiguen con la práctica continuada y reflexiva.
- La distribución de la expertez en la población profesional suele seguir una curva normal.

En sus trabajos, la Dra. Patricia Benner utiliza este modelo para explicar la forma en que los profesionales de enfermería hospitalarios adquieren pericia clínica a través de las diferentes fases. Conforme éstos adquieren experiencia, se genera una “sabiduría” clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados.

- A grandes trazos, el *aprendiz* actúa de forma rudimentaria, mecánica, limitada y bastante inflexible. No tiene experiencia en las circunstancias en las que debe desarrollar su labor. No sabe actuar o actúa desorganizadamente ante un imprevisto y replica, sin demasiados razonamientos, aquello que ha aprendido en la formación teórica. “La conducta regida por reglas, típica del aprendiz, es en extremo limitada e inflexible. El

núcleo de la dificultad radica en el hecho de que, dado que el aprendiz no tiene experiencia en la situación que afronta, es preciso darle directrices claras para que sea capaz de encauzar su actuación” (Benner, p. 48).

- El *principiante* empieza a demostrar una ejecución marginalmente aceptable. Actúa de forma más flexible. “Se trata de profesionales que han afrontado un número suficiente de situaciones prácticas para darse cuenta de los componentes contextuales significativos [...], aunque no son totalmente capaces de hacerse cargo de la situación en su conjunto; todo es demasiado nuevo y, además, tienen que esforzarse en recordar las pautas que se les ha enseñado.” “El principiante requiere ayuda en el establecimiento de prioridades [...]. Los cuidados generales que dispensan a los enfermos aún requieren el consejo y la autorización de enfermeras más expertas” (Benner, pp. 50 y 52).

La gestión por competencias es una herramienta estratégica que tiene como principal objetivo identificar el talento de cada una de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar sus resultados.

- El *competente* es capaz de cuestionarse la aplicación de los conceptos aprendidos para adaptar su actuación a la situación concreta. Tiene una visión de los aspectos situacionales y sabe priorizar. Actúa de forma organizada y empieza a saber manejar situaciones imprevistas. “A la enfermera competente le falta la presteza y la flexibilidad de la enfermera proeficiente, pero tiene la sensación de que conoce el trabajo y de que está preparada para afrontar las numerosas contingencias de la práctica clínica. La planificación consciente, característica de esta fase, facilita una labor eficaz y una adecuada organización” (Benner, p. 54).
- El *proeficiente* tiene una visión global de la situación. Ha aprendido de las experiencias anteriores qué cabe esperar y cómo debe responder: la toma de decisiones es instantánea, coherente con el contexto. La percepción de matices es uno de los elementos que lo diferencian del profesional competente. El

proeficiente utiliza esta percepción de “intangibles” para acelerar los procesos de toma de decisiones y anticiparse en muchos casos al problema. “Debido a esta capacidad para identificar situaciones globales basadas en la experiencia, la enfermera proeficiente ya está en condiciones de anticipar los casos en los que no ocurre lo que estaba previsto. Esta comprensión global mejora las decisiones tomadas, y aunque se trata de decisiones menos elaboradas porque parte de una idea global de cuáles son los aspectos realmente importantes, suelen ser decisiones rápidas y acertadas” (Benner, p. 55). “El clínico proeficiente es el que con más asiduidad está en condiciones de reconocer el deterioro del estado del paciente antes de que se produzcan cambios significativos en sus constantes vitales” (Benner, p. 58).

- El *experto* tiene extraordinariamente desarrollada la capacidad analítica, pero

habitualmente su actuación no requiere de un principio analítico para que la comprensión de la situación se traduzca a una iniciativa idónea. La acumulación de experiencias le permite captar intuitivamente las situaciones y centrarse en el núcleo del problema. El profesional experto puede tener dificultades para expresar todo lo que sabe o por qué ha actuado de aquella manera determinada. Se caracteriza por una certeza perceptiva y una seguridad de criterio que, sin hacerle infalible, le permiten tomar las mejores decisiones y actuar en consecuencia. La persona realmente experta es reconocida por los demás de forma natural. El experto no tiene necesidad de hablar de su pericia; actúa de forma tan natural y espontánea que puede parecer lo contrario de lo que es; el experto es alguien excepcional. “La enfermera experta, que ha hecho un tremendo acopio de experiencia, capta por vía intuitiva todas las situaciones y se

centra en el núcleo correcto del problema, sin malgastar tiempo en una gran variedad de diagnósticos distintos o soluciones improcedentes” (Benner, p. 58). El experto combina adecuadamente una desarrollada intuición, generada con la práctica reflexiva en miles de casos, con una destacada capacidad analítica.

¿Experiencia = expertez?

Experiencia y expertez no son términos sinónimos, ya que la experiencia se asocia exclusivamente a los años trabajados.

En una revisión sistemática publicada en 2005 en *Annals of Internal Medicine* sobre la relación entre los años de experiencia, el nivel de pericia y los resultados clínicos, Choudhry et al describen una asociación negativa entre el tiempo trabajado y determinados indicadores de *performance* consistente entre las diferentes especialidades médicas. Aunque hay variaciones en cuanto a la magnitud de la asociación, esta relación se encuentra especialmente en la dimensión cognitiva, en cuanto a la adquisición de nuevos conocimientos. Analizan también la adherencia a las normas, estándares y guías de práctica clínica, e identifican una asociación igualmente negativa. Pero este resultado puede encontrar argumentos favorables en las bases del MAH de Dreyfus & Dreyfus, en las que se insiste en el hecho de que los niveles más altos de competencia son antagonistas a la ejecución imperativa de la norma, porque la toma de decisiones se basa en la discriminación de miles de casos concretos. “Es un hecho que si se obliga al profesional experto a supeditarse a los detalles, normas o reglas convencionales, su labor se resiente negativamente” (Benner, p. 64).

¿Qué determina la competencia?

El nivel de competencia depende de una serie de determinantes individuales y del contexto. Las características individuales que construyen la competencia se denominan *dimensiones competenciales*, y comprenden el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que se articulan en 5 áreas:

- Dimensión cognitiva y de aprendizaje.
- Dimensión técnica.
- Dimensión integradora.
- Dimensión relacional.
- Dimensión moral y afectiva.

• La *dimensión cognitiva y de aprendizaje* incluye, además de los conocimientos básicos, la capacidad de aprender de la experiencia vivida, la capacidad de generar preguntas y formular hipótesis sobre las experiencias de la práctica clínica, la curiosidad, la capacidad de atención, la gestión de la información, la autoadquisición de conocimientos, la capacidad de análisis y resolución de problemas abstractos, y la observación y autocritica de los propios procesos de pensamiento.

• La *dimensión técnica* engloba el conjunto de habilidades y destrezas manuales para la ejecución técnica y las habilidades mentales para la organización y la gestión del tiempo y de los recursos.

de pericia técnica, por ejemplo, no implica tener un elevado nivel competencial, si el grado es parco en las demás dimensiones.

Los componentes o dimensiones que configuran la competencia coinciden con los diferentes tipos de inteligencia descritos por Howard Gardner en su *Teoría de las inteligencias múltiples*, en la que describe 7 tipos de inteligencia: lingüística, logicomatemática, corporal-cinestésica, visuoespacial, musical, emocional (intra/interpersonal) y naturalista-ecologista.

Así, por ejemplo, la dimensión relacional incluye la inteligencia emocional, la lingüística y la corporal, y la dimensión técnica engloba la inteligencia espacial y la corporal.

Aunque están íntimamente relacionadas, competencia e inteligencia no son sinónimos. El concepto de inteligencia se refiere a la potencialidad, mientras que el concepto de competencia hace referencia a

integración y contraste de experiencias. Por este motivo, los niveles más elevados de pericia sólo se consiguen con la experiencia activa y la práctica reflexiva.

Las interpretaciones de las experiencias forman una red conceptual relacional a nivel cerebral, de desarrollo progresivo, que permiten los procesos de resolución de problemas en situaciones de ambigüedad, de incertidumbre, de estrés o de urgencia.

Es por esta razón que la toma de decisiones por parte de profesionales proeficientes o expertos sobrepasa u omite, en muchos casos, la norma. La actuación experta está guiada por el funcionamiento de las redes neurales.

Las redes neurales son un conjunto de unidades simples (casos) pero altamente interconectadas. Las redes neurales actúan como los sistemas complejos (organizando el caos). Son capaces de autoorganizarse, de manera que a partir de unos *inputs* (variables) pueden predecir de forma precisa

La gestión por competencias se centra en el impulso de la innovación para el liderazgo transformacional, ya que permite a los profesionales conocer su propio perfil de competencias, las áreas de mejora competencial en las que invertir en formación o las competencias requeridas para un puesto, entre otros aspectos.

• La *dimensión integradora* hace referencia a las estrategias de razonamiento clínico, la aplicación de los conocimientos a situaciones reales, la incorporación relacional de elementos de juicio clínico, científico y humano, así como la gestión de la incertidumbre.

• La *dimensión relacional* explica la capacidad para compartir/transmitir conocimientos, habilidades y actitudes (capacidad docente), las aptitudes para el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación y la capacidad para gestionar situaciones conflictivas.

• La *dimensión moral y afectiva* incluye los aspectos relacionados con la inteligencia emocional, la capacidad para cuidar y atender, la sensibilidad y el respeto hacia los demás y la tolerancia al estrés.

La competencia se construye de las interrelaciones entre estas dimensiones. El equilibrio interdimensional aumenta el perfil competencial. Tener un nivel alto

la aplicación. La competencia implica el uso de las inteligencias en una situación o contexto determinados.

La relación entre competencia y contexto está bien descrita en la literatura científica. Algunas hipótesis sostienen que se establece una relación de dependencia inversa entre la expertez y el contexto, de manera que el grado de influencia del entorno en el desarrollo de la competencia individual tiene menos peso cuanto más elevado es el nivel de expertez de un individuo.

Expertez: ¿cultura o genética?

Tradicionalmente, la competencia se ha asociado a una formación intensa en un área de conocimiento.

Pero la expertez se basa más en el conocimiento tácito que en el explícito, en los patrones de reconocimiento que configuran las redes neurales y explican la intuición como el resultado de un complejo proceso de aprendizaje (que no exclusivamente de formación) y de

el resultado esperado. Este proceso se denomina *entrenamiento*, y está íntimamente relacionado con la experiencia activa.

Hubert y Stuart Dreyfus (2004), en su trabajo *From Socrates to expert systems: the limits and dangers of calculative rationality* concluyen que la sociedad actual debe hacer un esfuerzo para diferenciar claramente entre sus miembros los que tienen expertez intuitiva de aquellos que sólo tienen lo que denominan inteligencia académica (*calculative rationality*). Afirman que debe favorecerse que, desde edades tempranas, las personas cultiven sus capacidades intuitivas con el fin de llegar a los niveles más elevados de expertez, en lugar de terminar siendo máquinas de lógica. Así, para preservar la expertez, es imprescindible potenciar la intuición a todos los niveles de la toma de decisiones, o, en caso contrario, el sentido común acabará siendo *una especie de conocimiento en extinción*.

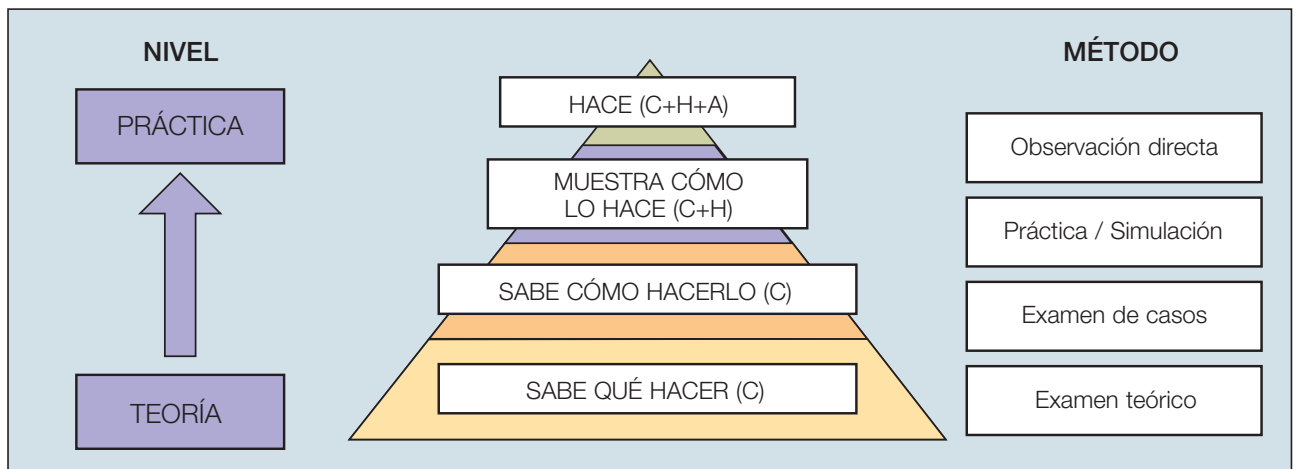


Fig. 1. Pirámide de Miller. C: conocimientos; H: habilidades; A: actitudes.

Evaluación de competencias: ¿cuáles son sus implicaciones?

La evaluación de competencias (ECO) es el proceso de determinación del nivel o intervalo de expertez en un contexto determinado.

Tradicionalmente, la ECO se ha realizado midiendo por separado los conocimientos, las habilidades y las actitudes en los niveles bajo e intermedio de la pirámide de Miller (fig. 1).

En el proyecto COM VA[®] se considera que para evaluar la competencia profesional es necesario comprender y asumir conceptos descritos anteriormente y sus relaciones.

Realizar una ECO sin tener en cuenta las premisas de los trabajos referenciados de los profesores Dreyfus y de la Dra. Benner, o sin valorar la importancia de las diferentes características individuales y del contexto en los procesos de adquisición de expertez, debería considerarse una práctica poco recomendable.

La ECO debe ser capaz también de discriminar positivamente a los profesionales verdaderamente expertos, de los competentes o los principiantes, entendiendo que las decisiones que toman los primeros pueden situarse más allá del cumplimiento estricto de las normas y los protocolos.

Además, en la ECO deben considerarse 2 componentes principales: el instrumento de evaluación y el método.

Las características del instrumento de ECO han de ajustarse a las de cualquier

herramienta de medida: autenticidad (incluyendo los conceptos relevantes al constructo de interés), viabilidad (un instrumento perfecto puede resultar inservible si no puede aplicarse a la práctica), validez (lógica, de contenido y de criterio o de constructo) y fiabilidad (concordancia interobservador, consistencia y estabilidad temporal).

Los métodos de evaluación cualitativos buscan la objetividad, pero para garantizarla suelen desarrollarse herramientas orientadas a evaluar tareas con unos listados tan exhaustivos de

criterios de evaluación que acaban no siendo trasladables a la práctica. Estos métodos son criticados por su reduccionismo y porque su orientación a tareas omite aspectos fundamentales como los procesos de toma de decisiones e ignora la complejidad de la ejecución en situaciones reales.

Los métodos de evaluación cualitativos conceptualizan las competencias como entidades holísticas, incorporando aspectos éticos y contextuales y considerando la posibilidad que puede existir más de una manera de hacer las

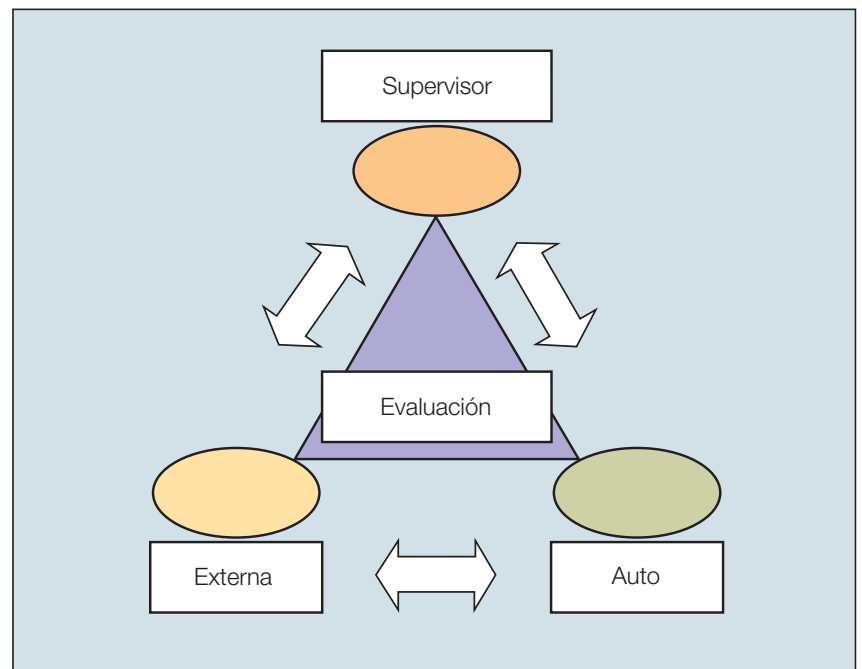


Fig. 2. Triangulación de evaluadores.

cosas bien, teniendo en cuenta la complejidad de la ejecución, pero a la vez implican integrar la subjetividad del evaluador.

Evaluar competencias implica explicitar por parte del evaluador las evidencias de la ejecución y la determinación del grado de competencia del evaluado.

Los profesionales en su práctica combinan un amplio abanico de habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para ofrecer un enfoque cohesionado en el proceso de atención a los pacientes.

Por lo tanto, la competencia no debería evaluarse separada del contexto donde se toman las decisiones. Esto implica que la competencia no puede evaluarse indirectamente, sino que debe inferirse de la ejecución en el contexto de la práctica clínica.

No existe un método de evaluación que sea totalmente objetivo, porque todo proceso de evaluación de competencia implica 2 fuentes potenciales de sesgo: la subjetividad del evaluador y la socialización entre evaluador y evaluado.

Las fórmulas para minimizar el impacto de estos 2 efectos (subjetividad y socialización) en el resultado final de la evaluación están bien descritas y engloban principalmente: a) el uso de instrumentos con un alto grado de validez y fiabilidad; b) la determinación del umbral de competencia; c) el uso de métodos de evaluación directos, y d) la triangulación de evaluadores.

El establecimiento del umbral de competencia es siempre un ejercicio cualitativo. En el proyecto COM VA[®] el umbral de competencia se ha establecido en relación con el modelo de adquisición de habilidades.

La observación de la práctica en el contexto en el que se ejecuta parece ser la opción metodológica más directa. Puede tratarse de una observación participante (el evaluador interactúa con el evaluado) o de una observación externa.

La triangulación o combinación de evaluadores parece ser la principal fuente de reducción de la subjetividad en la ECO. La triangulación de evaluaciones, con el condicionante de exclusión del

outlier, obliga a todos los evaluadores a maximizar la rigurosidad de su evaluación, pues el resultado final se obtiene de la media de las 2 medidas más coincidentes, descartando la más dispar. La triangulación metodológica busca también neutralizar los posibles sesgos, favoreciendo el equilibrio de tendencias. El método de autoevaluación (sesgo de percepción) tiende a favorecer al evaluado; la evaluación del superior jerárquico y la evaluación por compañeros (*peer*) pueden tender a favorecer, a perjudicar o ser neutrales (sesgo de socialización); finalmente, la evaluación externa tiende a la neutralidad, pero presenta el riesgo de sesgo contextual.

Estas tendencias pueden actuar como fuerzas antagónicas que se equilibran para dar el resultado final (fig. 2).

Evaluación de competencias: conclusión

La ECO no sólo depende de la fiabilidad y de la validez de los instrumentos, sino también del uso adecuado de la herramienta de evaluación, de su impacto educacional, de su aceptabilidad, del impacto económico y de la transparencia del proceso. La ECO no es sólo un problema de medición, sino que tiene una estrecha relación con el diseño y la implantación de estrategias globales de información, formación y participación de todas las partes implicadas.


La ECO como fórmula de valoración para la carrera profesional, para los procesos de selección o el establecimiento y adecuación de perfiles a puestos de trabajo debería regirse por los principios que tiendan a minimizar el efecto subjetivo de toda evaluación:

1. ECO integrada, evaluando como un conjunto los conocimientos, las habilidades y las actitudes, y directa, mediante la observación de la práctica clínica, situándose en el vértice de la pirámide de Miller.

2. El instrumento de evaluación ha de cumplir los criterios de autenticidad, viabilidad, validez y fiabilidad.

3. Para neutralizar la subjetividad conviene utilizar un método de

evaluación multimodal: como mínimo combinando evaluación del superior y autoevaluación, y siempre que sea necesario o posible, la evaluación por parte de un evaluador externo.

La legislación sanitaria actual regula la necesidad de establecer sistemas de gestión por competencias. Determinar las herramientas y métodos de definición y ECO más óptimos e impregnarse de los conceptos presentados es un reto para los gestores de todas las disciplinas de la salud. 

Bibliografía

- American Nurses Association. Standards of clinical nursing practice. Washington: ANA;1991.
- Benner P. Práctica progresiva en enfermería. (From novice to expert.) Barcelona: Grijalbo; 1987.
- Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 2005;142:260-73.
- Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. A project to establish a skills competency matrix for EU nurses. *Br J Nurs.* 2005;14:613-7.
- Dreyfus H, Dreyfus S. From Socrates to expert systems: the limits and dangers of calculative rationality. Disponible en: www.ist-socrates.berkeley.edu
- Dunn SV. The development of competency standards for specialist critical care nurses. *J Adv Nurs.* 2000;31:339-46.
- Gardner H. Frames of mind. London: Perseus Book Group; 1993.
- McMullan M, Endacott R, Gray M, Jasper M, Miller C, Scholes J, et al. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 2003;41:283-93.
- Nloson E. How many patients are needed to provide reliable evaluations of individual clinicians? *Med Care.* 2004;42:259-66.
- Ordre des infirmières de Québec. Normes et critères de compétence pour les infirmières. Québec: OIQ; 1985.
- Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Estándares de la práctica de la enfermería oncológica. Madrid: SEEO; 1997.
- Teixidor M, Pont E, Ferrer C, Martí N, Cruz R, Vila E, et al. Marc de referència professional per a la funció de supervisor d'infermeria. Barcelona: EUI Santa Madrona-Fundació la Caixa; 2003.
- Van der Vleuten C, Schuwirth L. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Edu.* 2005;39:309-17.
- VV.AA. Competències de la professió d'infermeria. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut; 1999.
- VV.AA. Competències de les professions sanitàries. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut; 2002.
- Watson R. Clinical competence assesment in nursing: a systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2002;39:421-31.