

MARZO de 2007

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

 **investen**
isciii

Entornos laborales saludables
Guías de buenas prácticas

Profesionalidad en la enfermería



Saludo de Doris Grinspun, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta guía de buenas prácticas en enfermería. Forma parte de una serie de guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables realizadas hasta la fecha por la comunidad de enfermeras. El objetivo de las guías es proporcionar la mejor evidencia posible, y de este modo respaldar la creación de entornos laborales saludables y prósperos.

Al aplicarlas, la excelencia en el servicio que han de prestar las enfermeras en su labor cotidiana se ve respaldada. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra idea de unas guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. Al gobierno de Ontario y Health Canada, por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar este programa y concedernos una generosa financiación. A Donna Tucker (Directora del programa desde el año 2003 hasta el año 2005) e Irmajean Bajnok (Directora del Centro para la Excelencia Profesional en la Enfermería y Directora del programa desde el año 2005), por aportar sus conocimientos y trabajar intensamente para promover la producción de estas guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. A todos los jefes de equipo de las guías para entornos laborales saludables y, para esta Guía en particular, a Margaret Keatings y Daina Mueller, por su gestión, compromiso y, sobre todo, por su gran experiencia. También a los miembros del equipo que generosamente han contribuido con su tiempo y conocimientos. No podríamos haber entregado un recurso de calidad sin ellos.

Agradecemos de antemano a toda la comunidad de la enfermera, tan comprometida y apasionada por la excelencia en los cuidados de enfermería y los entornos laborales saludables, y que ahora adoptará estas guías de buenas prácticas para implantarlas en sus lugares de trabajo. Le pedimos que evalúe su impacto y nos comunique lo que funciona y lo que no, para que podamos continuar aprendiendo gracias a ello y podamos revisar estas Guías según la evidencia y la práctica. Estos procesos están destinados a producir grandes resultados: comunidades de aprendizaje mutuo gracias al trabajo en equipo y al intercambio de experiencias y conocimientos. La sinergia resultante resonará por todo el movimiento de guías de buenas prácticas, en los lugares de trabajo, y alcanzará a las personas que reciben cuidados de enfermería.

La creación de entornos laborales saludables conlleva una responsabilidad individual y colectiva. Una implantación eficaz de estas directrices requiere el esfuerzo concertado de los administradores, el personal y las enfermeras de práctica avanzada, las enfermeras dedicadas a la elaboración de directrices, la formación y la investigación, y sus colegas de atención de sanitaria en otras disciplinas de la institución. También requiere el pleno apoyo institucional de la Dirección y sus consejeros delegados. Es nuestro deseo que comparta estas Guías con los miembros de su equipo. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros.

Juntos, podemos garantizar que las enfermeras y los demás profesionales sanitarios contribuyan en la creación de entornos laborales saludables. Es algo imprescindible para garantizar la calidad de la atención que se presta al paciente. Hagamos que los profesionales sanitarios, y las personas a las que atienden, sean los verdaderos beneficiarios de este gran trabajo.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD (c), OOnt.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.



*Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en
Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España*

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Enero 2011



Miembros del equipo de desarrollo

Andrea Baumann, RN, PhD

Panel Chair

Associate Vice-President
International Health, Faculty of Health Sciences
Director, McMaster University Site,
Nursing Health Services Research Unit
Hamilton, Ontario

Anne Moorhouse, RN, PhD

Deputy Chair

Professor
Collaborative Seneca-York University BScN Nursing
Program
Seneca College of Applied Arts & Technology
Toronto, Ontario

Jacqueline M. Andrew, RN, MSc

Professional Practice Coordinator
Hotel Dieu Grace Hospital
Windsor, Ontario

Beth Brunsdon-Clark, RN, BN, MN

Vice-President Programs and Patient Services
Chief Nursing Officer
Victoria General Hospital
Winnipeg, Manitoba

Cathy Burke, RN, MN

Regional Director of Professional Development – Nursing
Eastern Health
St. John's, Newfoundland

Heather Campbell, RN, BN, MS

Director of Practice and Policy
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Judy Costello, RN, MScN, CCN(c)

Director of Surgical Services
Toronto General Hospital
Toronto, Ontario

Audrey Danaher, RN, MSc

Senior Policy Analyst
Registered Nurses' Association of Ontario
(up to June 2005) and
Council of Ontario Universities (August 2005-)
Toronto, Ontario

Margaret Keatings, RN, MHSc

Vice-President, Professional Practice and
Chief Nurse Executive
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Martha MacLeod, RN, PhD

Associate Professor
Nursing Program
University of Northern British Columbia
Prince George, British Columbia

Martine Mayrand Leclerc, RN, MGSS/MHA, PhD

Professor and Coordinator, Nursing Graduate Programs
Nursing Department
Université du Québec en Outaouais
Gatineau, Québec

Marisa Neves, RN

Wound/Ostomy Resource Nurse
Home Health Care
Saint Elizabeth Health Care
Toronto, Ontario

Ann Rhéaume, RN, PhD

Associate Professor
École de science infirmière
Université de Moncton
Moncton, New Brunswick

**Monica Seawright, RPN
(Registered Practice Nurse)**

President
Registered Practical Nurses Association
Mississauga, Ontario

Jo Anne Shannon, RN

Labour Relations Officer
West District Service Team
Ontario Nurses Association
St. Catherines, Ontario

Colleen Van Berkel, RN, BNSc, MHSc

Manager
Public Health and Community Services Department
Applied Research and Evaluation Branch
Program Policy and Planning Division
City of Hamilton
Millgrove, Ontario

Kristin Cleverley, RN, BScN, MSc

Research Coordinator
Nursing Health Services Research Unit
McMaster University
Hamilton, Ontario

Responsabilidad del desarrollo de las Guías

La RNAO, con la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario (en lo sucesivo Ontario Ministry of Health and Long-Term Care), se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, implantación piloto, difusión y evaluación de guías de buenas prácticas en enfermería. Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo de enfermeras reunidas por la RNAO, que llevó a cabo su trabajo con toda libertad e independencia del Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

Equipo de proyecto

Irmajean Bajnok, RN, MSN, PhD

Director, RNAO Centre for Professional Nursing Excellence
Project Director (2005-)

Donna Tucker, RN, MScN

Project Director (2003-2005)

Dianna Craig, RN, BA, MEd

Panel Coordinator

Lisa Beganyi, BSc, BA

Project Assistant (August 2004 – September 2005)

Erica Kumar, BSc, GC, DipHlthProm

Project Assistant (September 2005-)



Información de contacto

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)
Proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. (Healthy Work Environments
Best Practice Guidelines Project Healthy Work Environments Best Practice Guidelines Project)
158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3
Página Web: : <http://www.rnao.org>

Agradecimientos a los colaboradores

Desde la RNAO queremos agradecer a los siguientes colaboradores su trabajo en la revisión y optimización de esta guía de buenas prácticas en enfermería:

Barbara Aileen Bowles, RN, BSN, PNC(C)

Staff Nurse
Niagara Health Systems
St. Catharines, Ontario

Sylvia Alloy-Kommusaar, RN

Supervisor
Extendicare Van Duele
Sault Ste. Marie, Ontario

Palese Alvisa, BN, RN, MSN, DN

Professor
Udine University
Udine, Italy

Tammy Armstrong, RN(EC), BS,MS, PhD(c)

Professor
Loyalist College
Belleville, Ontario

Margaret Astill, RN, BA, BScN, MScT

Educator, Mental Health
Bluewater Health
Sarnia, Ontario

Jacqueline A. Barrett, RN, BScN, MHSc

Director of Maternal Child, Emergency Department
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington, Ontario

Nancy A. Bauer, Hon BA, Hon B.Comm, RN, ET

Professional Practice Leader
Leamington District Memorial Hospital
Leamington, Ontario

Linda Bayly, RN, BScN, GNC(C)

Associate Director of Care, Nursing Consultant
AON Inc.
Peterborough, Ontario

Mary-Agnes Beduz, RN, BScN, MN

Director Nursing Education and Development
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Barbara Bickle, RN

Critical Care Nurse
North York General Hospital
Toronto, Ontario

Michelle Bott, RN, BScN, MN

Director, Professional Practice
Guelph General Hospital
Guelph, Ontario

Gwendolyn D. Bourdon, RN, BScN, MEd

Education Manager
Runnymede Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Tabatha Bowers, RN, BScN, MN, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist
The Scarborough Hospital
Scarborough, Ontario

Debbie Bruder, RN, BA, MHS

Education, Practice Leader
Grand River Hospital
Kitchener, Ontario

Karen Bruton, RN, ET

Clinical Resource Leader
Northumberland Hills Hospital
Cobourg, Ontario

Mary Anne Carson, RN, BScN

Health Protection Services
Regional Municipality of Halton
Oakville, Ontario

**Barbara G. Cassel, RN, BScN, MN,
GNC(C), NCA**

Advanced Practice Nurse
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Andrea T. Chonin, RN, MSN, EdD

Nurse Educator
Jackson Health System, Dept. of Education and
Development, Miami Beach, Florida

Elizabeth Chu, RN, BAS, BScN, MN

Director of Care
Tall Pines Long – Term Care Centre
Brampton, Ontario

Anne Clark, RN

Staff Nurse
Queensway Carleton Hospital
Ottawa, Ontario

Debra Clarke, RN, BScN

Clinical Practice Coordinator
Orillia Soldiers Memorial Hospital
Orillia, Ontario

Julie Clarke, RN, BScN

Learning Consultant
Lakeridge Health
Oshawa, Ontario

**Margarita Cleghorne,
Registered Practice Nurse**

Clinical Instructor
Wescom Solutions
Oshawa, Ontario

Patrick Clifford, BA, BSW, BEd, MSW, RSW

Coordinator Professional Practice, Research Administrator
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Marianne Cochrane, RN, BAS, MHSc(N)

Professor
Durham College
Oshawa, Ontario

Elizabeth Cooper, RN, MN

Clinical Nurse Specialist
IWK Health Care Centre
Halifax, Nova Scotia

Betty Cragg, RN, EdD

Interim Director, Professor
School of Nursing University of Ottawa
Ottawa, Ontario

Marta Crawford, RN, BN, MN

Consultant, Nursing Practice
College of Registered Nurses of Manitoba
Winnipeg, Manitoba

Tracey DasGupta, RN, BScN, MN(c), CON(C)

Advanced Practice Nurse, Practice Leader
Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre
Toronto, Ontario

Julie DeCicco, RN, BScN, MScN

Clinical Research Consultant
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Cécile Diby, RN BScN

Nursing Education Specialist
SCO Health Care Service
Ottawa, Ontario

Pat DiRaimo, RN, BScN, CDE

Manager Acute Medicine
Humber River Regional Hospital
Downsview, Ontario

Karen Eisler, RN, BScN, MScN, PhD(c)

Director of Nursing Practice
Saskatchewan Registered Nurses' Association
Regina, Saskatchewan

Cheryl Evans, RN, BScN, MScN

Nursing Professional Practice Consultant
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, Ontario

Michelle Farah, RN, BA

Staff Nurse
Oakville Trafalgar Memorial Hospital
Oakville, Ontario

Joyce Fenuta, RN BScN MHS

Clinical Leader, Manager
St. Michael's Hospital
Brampton, Ontario

Frances Flint, RN, MN

Director Nursing Practice
Sunnybrook Health Science Centre
Toronto, Ontario

Nancy Flynn, RN, BScN, MN(c)

Nurse Manager
Queensway Carleton Hospital
Ottawa, Ontario

Thomas Fulton, RN, MSc

Leader, Professional Practice and Chief Nursing Officer
Interior Health
Kelowna, British Columbia

Susan Garnett, RN, ENC(C), DOHN

Professional Practice Coordinator
Lennox and Addington County General Hospital
Napanee, Ontario

Ross Gass, RN, BA, MHS(c), ENC(C)

Director Emergency and Intensive Care
Norkfolk General Hospital
Simcoe, Ontario

Cyndi Gilmer, RN, MHS(c)(N)

Director – Ambulatory, Complex Continuing Care
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, Ontario

Chris Glen, RN

Staff Nurse
St. Joseph's Health Care
London, Ontario

Gillian Graham, RN(EC), PHCNP, MN

Primary Health Care Nurse Practitioner
OCAD Health and Wellness Centre
Toronto, Ontario

Linda Gould, RPN (Registered Practical Nurse)

Stroke Data & Evaluation Specialist
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontario

Susan Grant, RN, BScN

Professional Practice Leader
Ross Memorial Hospital
Lindsay, Ontario

Julie Gregg, RN, BScN, MAd Ed

Coordinator Member Relations and Development
College of Registered Nurses of Nova Scotia
Halifax, Nova Scotia

Lucie Grenier, RN, BAA, MAP

Directrice Générale Adjointe-affaires cliniques
Centre hospitalier affilié Universitaires de Québec
Québec City, Québec

Debbie Hanna-Bull, RN, BScN, MN

Clinical Nurse Educator-Medicine
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, Ontario

Cheryl Harris, RN

Project Manager, Policies and Procedures
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Cheryl Harrison, RN, BA, MHSc, CHE

Program Director
Ross Memorial Hospital
Lindsay, Ontario

Johanne Hayes, RN, BScN, MN(c)

Nurse Educator, General Internal Medicine
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Mississauga, Ontario

Linda Heffernan, RN

Staff Nurse, Emergency Room
Norfolk General Hospital
Simcoe, Ontario

Sandra Ireland, RN, BScN, MSc, PhD(c)

Chief of Nursing Practice
Hamilton General Hospital
Hamilton, Ontario

Grace St. Jean, BScN

Administrative Director Critical Care Program
Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital
Sudbury, Ontario

Elsabeth Jensen, RN PhD

Assistant Professor, Scientist
York University
Toronto, Ontario

Carolyn V.L. Johnson, BScN, RN, MEd

Policy and Documentation Coordinator, Professional
Practice Nursing
IWK Health Care Centre
Halifax, Nova Scotia

Lily Klein

4th Year Nursing Student
McMaster University
Hamilton, Ontario

Catherine Kohm, RN, MEd

Director of Nursing
Baycrest
Toronto, Ontario

Denise Konopaskie, RN, HBA, ACRPS

Advanced Certified Relapse Prevention Specialist
EQUINOX Counselling and Health Services
Keswick, Ontario

Irene Koutsoukis, RN, BScH, BA, BScN, MScN(c)

Sudbury, Ontario

Sara Lanshear, RN, BScN, MEd, PhD(c)

University of Western Ontario
President, Relevé Consulting Services
London, Ontario

Katherine Luke, RN, OHN, BScN, MHS

Program Manager, ONTraC
Provincial Blood Conservation Program
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Jill Mainland, RN

Manager Resident Care
Wellington Terrace Long Term Care Facility
Fergus, Ontario

Mariana Markovic, RN, BSc, CPN(C)

Professional Practice Specialist, Labour Relations Officer
Ontario Nurses Association
Toronto, Ontario

Mary-Lou Martin, RN, MScN, MEd

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Healthcare
Burlington, Ontario

Janice McCormick, RN, ENC(C)

Director of Emergency Services
Guelph General Hospital
Guelph, Ontario

Lynn McEwen, RN, BA, BScN

Nurse Educator
Bluewater Health
Sarnia, Ontario

Erin McKenna, RN, BScN, MSc

Director, Serious Injury Program
Workplace Safety and Insurance Board
Toronto, Ontario

Andrea Meghie, RN, BScN, MSN

Interim Clinical Leader Manager
St. Michael's Hospital and York University
Toronto, Ontario

Barb Mildon, RN, MN, CHE, CCHN(C)

Chief Nurse Executive & VP, Professional Practice
Fraser Health
Surrey, British Columbia

Carmen Millar, MScN, MAP

Director of Nursing
Hopital Charles LeMoynes
Greenfield Park, Québec

Toba Miller, RN, MScN, MHA, GNC(C)

Advanced Practice Nurse
The Ottawa Hospital – Rehabilitation Centre
Ottawa, Ontario

Deborah Mings, RN, MHSc, ACNP, GCN(C)

Clinical Nurse Specialist
St. Peter's Hospital
Hamilton, Ontario

Gail Mitchell, RN, BScN, MScN, PhD

Associate Professor
York University
Toronto, Ontario

Mitzi Grace Mitchell, RN, GNC(C), PhD(c)

Lecturer
York University, School of Nursing
Toronto, Ontario

Barbara Moyst, RN, IWWCC

Staff Nurse
Eastern Health
St. John's, Newfoundland

Debbie Moyst, RN, BN

Program Division Manager ER
Eastern Health
St. John's, Newfoundland

Brenda Mundy, RN, PNC(C)

Professional Practice Facilitator
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Jennifer Murdock, RN, BA, CCN(C), BScN

Professional Practice Nurse Consultant
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, Ontario

Elaine Murphy, RN, BA, CRM

Risk Manager
Ross Memorial Hospital
Lindsay, Ontario

**Sylvia Naughton, RN, Advanced Diploma
ER, TechNsg(c)**

Research Coordinator
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Coldwater, Ontario

Norma Nicholson, RN, BA, MA(Ed)

Service Manager
West Park Health Care Centre
Mississauga, Ontario

Charlotte Noesgaard, RN, BN, MScN

Assistant Professor, School of Nursing
McMaster University
Hamilton, Ontario

Janice Oberlin, RN, BScN, MA

Manager of Education
Ross Memorial Hospital
Lindsay, Ontario

Betty Oldershaw, RN, CPN(C)

Emergency Clinical Manager
Chatham Kent Health Alliance
Chatham, Ontario

David Parsons, RN, BN, NP

Nurse Practitioner
Hoyle's Escasoni (Eastern Health)
St. John's, New Foundland

Dr. Gladys Peachey, RN, BN, Med, MHS, PhD

Assistant Professor, School of Nursing
McMaster University
Hamilton, Ontario

Cynthia A. Peacock, RN, MSN, CNN

Nurse Educator
Jackson Health System
Miami, Florida

Heather Pollex, RN, BScN, MSc(T), EdD, CTD

Nursing Education Coordinator
University Health Network
Toronto, Ontario

Lynn Power, RN, BN, MN

Nursing Consultant
Association of Registered Nurses
of Newfoundland and Labrador
St. John's, Newfoundland

Anita Purdy, RN

Clinical Manager
Chatham-Kent Health Alliance
Chatham, Ontario

Lynne Purvis, RN, MScN

Lynne Purvis Consulting
Markham, Ontario

Holly Quinn, RN, BScN

Director of Clinical Programs
Bayshore Home Health
Mississauga, Ontario

Susan L. Ray, RN, PhD(c)

Clinical Nurse Specialist, Nurse Practitioner
University of Western Ontario
London, Ontario

Darren Richeont, RN, BN

Staff Nurse
Eastern Hospital
St. Johns, Newfoundland

Heather Riddell, RN, BScN, ENC(C)

Manager Emergency and Urgent Care
Brant Community Healthcare System
Brantford, Ontario

Lesreen Romain, RN, BScN, MSH

Clinical Leader
Lakeridge Health Corporation
Ajax, Ontario

**Marcy Saxe-Braithwaite, BScN,
MScN, MBA, CHE**

Vice President Programs and Chief Nursing Officer
Providence Continuing Care Centre
Kingston, Ontario

Maria C. Scattolon, RN, MSN, CNeph(c)

Educator
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

Joyce See, RN, MScN

Director, Community Health Services
Regional Municipality of Halton
Oakville, Ontario

Rhonda Seidman-Carlson, RN, BA, MN

Director, Nursing Placement, Development Practice
Baycrest
Toronto, Ontario

Colleen V. Small, RN, BScN, MA(ED)

Program Operational Director
Kingston General Hospital
Kingston, Ontario

Judy Smith, RN, BScN ENC(C)

Clinical Nurse Educator
York Central Hospital
Richmond Hill, Ontario

Carol Smith Romerel

Vice President Patient Care, Chief Nursing Officer
Ross Memorial Hospital
Lindsay, Ontario

Deborah Stewart, RN, BN

Labour Relations Officer
Manitoba Nurses Union
Winnipeg, Manitoba

Lynne Strathern, RN, BScN

Professional Practice Leader
St. Joseph's Health Centre
Toronto, Ontario

Peggy Swerhun, RN, COHN(C), CRSP, CIC

Consultant
Ontario Safety Association for Community Healthcare
Pickering, Ontario

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd

Clinical Nurse and Sessional Instructor
Mount Sinai Hospital and George Brown College
North York, Ontario

Shelley Tryon, RN, BScN, ENCC, MSN(c)

Professional Practice Educator
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington, Ontario

Donna Tucker, RN, MScN

Consultant
Toronto, Ontario

Cathy Walker, RN, BScN

Director of Professional Practice
CarePartners
Belgrave, Ontario

Sheldon Wolfson, RN, MHSc

Director, Services for Seniors
Regional Municipality of Halton
Oakville, Ontario

Aviso de responsabilidad y copyright

Aviso de responsabilidad

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) garantizan la exactitud de la información recogida en las guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

Este documento es de dominio público y puede emplearse y reimprimirse sin permiso especial, a excepción de los materiales con derechos de autor explicitados, para los que está prohibida la reproducción sin la autorización expresa de los titulares de los derechos de autor. La RNAO agradece que se les cite como fuente. El formato sugerido para la cita se indica a continuación.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Profesionalidad en la enfermería*. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado en exclusiva con un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la medicina, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales de la enfermería experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y traducción
Universidad de Orléans (Francia)*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba.*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
*Unidad de coordinación y desarrollo de la
Investigación en Enfermería, Investén-isciii.
Instituto Carlos III, España*

Pablo Uriel Latorre, DUE
*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España*

**Montserrat Gea Sánchez,
DUE, PhD candidate**
*Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis
Sanitaris. Lleida*

Ana Craviotto Vallejo, DUE
*Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid,
España*

Raquel Sánchez, DUE
*Hospital Universitario de Getafe, Madrid,
España*

Iosune Salinas
*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España*

Índice de contenidos

Antecedentes del proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables	17
Marco institucional del proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales	19
Antecedentes de la Guía sobre profesionalidad en la enfermería	24
Objetivos y ámbito de aplicación	26
Cómo utilizar este documento	27
Resumen de las recomendaciones	29
Recomendaciones e interpretación de la evidencia	31
Conocimientos	31
Espíritu de investigación	33
Responsabilidad	35
Autonomía	37
Promoción	39
Innovación y visión	41
Colegialidad y colaboración	43
Ética y valores	45
Proceso de revisión y actualización de las Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables	47
Referencias bibliográficas numeradas	48
Referencias bibliográficas (en orden alfabético por autor)	54

Las palabras marcadas con la letra G se encuentran recogidas en el Glosario de términos (Anexo A).

Anexo A: Glosario de términos	60
Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía	63
Anexo C: Proceso de revisión sistemática de la literatura sobre profesionalidad en enfermería del Instituto Joanna Briggs (JBI por sus siglas en inglés)	64
Anexo D: Proceso de búsqueda de literatura adicional sobre profesionalidad en enfermería: diciembre 2004 - enero 2005	67

Las palabras marcadas con la letra G se encuentran recogidas en el Glosario de términos (Anexo A).



Antecedentes del proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables

La RNAO, gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, en lo sucesivo MOHLTC, por sus siglas en inglés), comenzó en julio de 2003 a desarrollar guías de buenas prácticas basadas en la evidencia, con el objetivo de crear entornos laborales saludables⁶ para las enfermeras⁶. Al igual que cuando se toman decisiones clínicas, es importante que los encargados de crear entornos laborales saludables tomen sus decisiones basándose en la mejor evidencia posible.

El proyecto de guías de buenas prácticas⁶ para entornos laborales saludables responde a las prioridades identificadas por el Comité provincial mixto de enfermería (Joint Provincial Nursing Committee, en lo sucesivo JPNC, por sus siglas en inglés), y el Comité canadiense de asesoramiento en enfermería (en adelante Canadian Nursing Advisory Committee)¹. La idea de desarrollar y distribuir ampliamente una guía sobre entornos laborales saludables se propuso por primera vez en *Para garantizar los cuidados: Informe sobre la selección de personal y permanencia de enfermería en Ontario*² presentado al MOHLTC en el año 2000 y aprobado por el JPNC.

Los sistemas de atención sanitaria están sometidos a una presión que va en aumento, dado que han de controlar los costes e incrementar la productividad, al tiempo que dan respuesta a las numerosas demandas de las poblaciones en procesos de crecimiento y envejecimiento con tecnologías avanzadas y un consumismo más sofisticado. La reforma sanitaria de Canadá está enfocada a los principales objetivos definidos en el Primer acuerdo ministerial de 2000 de aplicación federal, provincial y territorial (Federal/Provincial/Territorial First Ministers' Agreement 2000)³ y en los Acuerdos en materia de salud de los años 2003⁴ y 2004⁵:

- Disponer del acceso oportuno a los servicios sanitarios en función de las necesidades.
- Un servicio de atención sanitaria seguro, orientado al paciente o usuario, eficaz y de calidad.
- Un sistema sanitario sostenible y asequible.

Las enfermeras constituyen un elemento indispensable para la consecución de estos objetivos. Es fundamental que exista un número adecuado de enfermeras para asegurar un acceso asequible a la atención sanitaria de manera oportuna y segura. Lograr entornos laborales saludables resulta primordial de cara a la seguridad, contratación y permanencia de las enfermeras.

Un gran número de informes y artículos han documentado las dificultades para contratar y conservar una buena plantilla de enfermería^{2, 6-10}. Algunos han sugerido que la base de la escasez de enfermeras actual es el resultado de entornos laborales insalubres¹¹⁻¹⁴. Se necesitan estrategias que mejoren los centros de trabajo de las enfermeras para reparar el daño producido por una década de reestructuraciones y reducciones de plantilla implacables.

Cada vez tenemos una mejor comprensión de la relación entre los entornos laborales de la enfermera, los pronósticos de los pacientes y los resultados de organización y funcionamiento del sistema¹⁵⁻¹⁷. Varios estudios han mostrado fuertes vínculos entre el personal de enfermería y los sucesos adversos de los pacientes.¹⁸⁻²⁸ La evidencia muestra que los entornos de trabajo saludables redundan en beneficios financieros para las instituciones ya que reducen el absentismo laboral, la pérdida de productividad, los costes de atención sanitaria de la institución²⁹ y los gastos derivados de los sucesos adversos para el paciente³⁰.

Lograr un entorno laboral saludable para las enfermeras requiere una *transformación*, “con intervenciones que aborden los factores subyacentes del lugar de trabajo y de la institución”³¹. Esta es la intención con la que hemos desarrollado estas directrices. Creemos que una completa implantación marcará la diferencia para las enfermeras, sus pacientes o usuarios y para las instituciones y comunidades en las que trabajan. Como es natural, al dedicar una especial atención a la creación de entornos laborales saludables, no solo se beneficia a las enfermeras, sino a otros profesionales sanitarios. Asimismo, creemos que las guías de buenas prácticas únicamente pueden implantarse con éxito cuando existen recursos y procesos de planificación adecuados, respaldo administrativo e institucional, y los medios precisos.

El proyecto se estructura en seis Guías principales de buenas prácticas para entornos laborales saludables

- Colaboración entre los equipos de enfermeras.
- Desarrollo y mantenimiento de manera eficaz de la contratación y la carga de trabajo.
- Desarrollo y mantenimiento del liderazgo de las enfermeras.
- Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: Desarrollo de la competencia cultural.
- Profesionalidad en la enfermería.
- Un lugar de trabajo saludable, seguro y confortable para la enfermera.

“ *Un entorno laboral saludable es...*

...un centro sanitario en el que se hace especial hincapié en la salud y bienestar de las enfermeras, la evolución de los pacientes o usuarios, el rendimiento de las instituciones, y los resultados para la sociedad. ”

Marco institucional del proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables

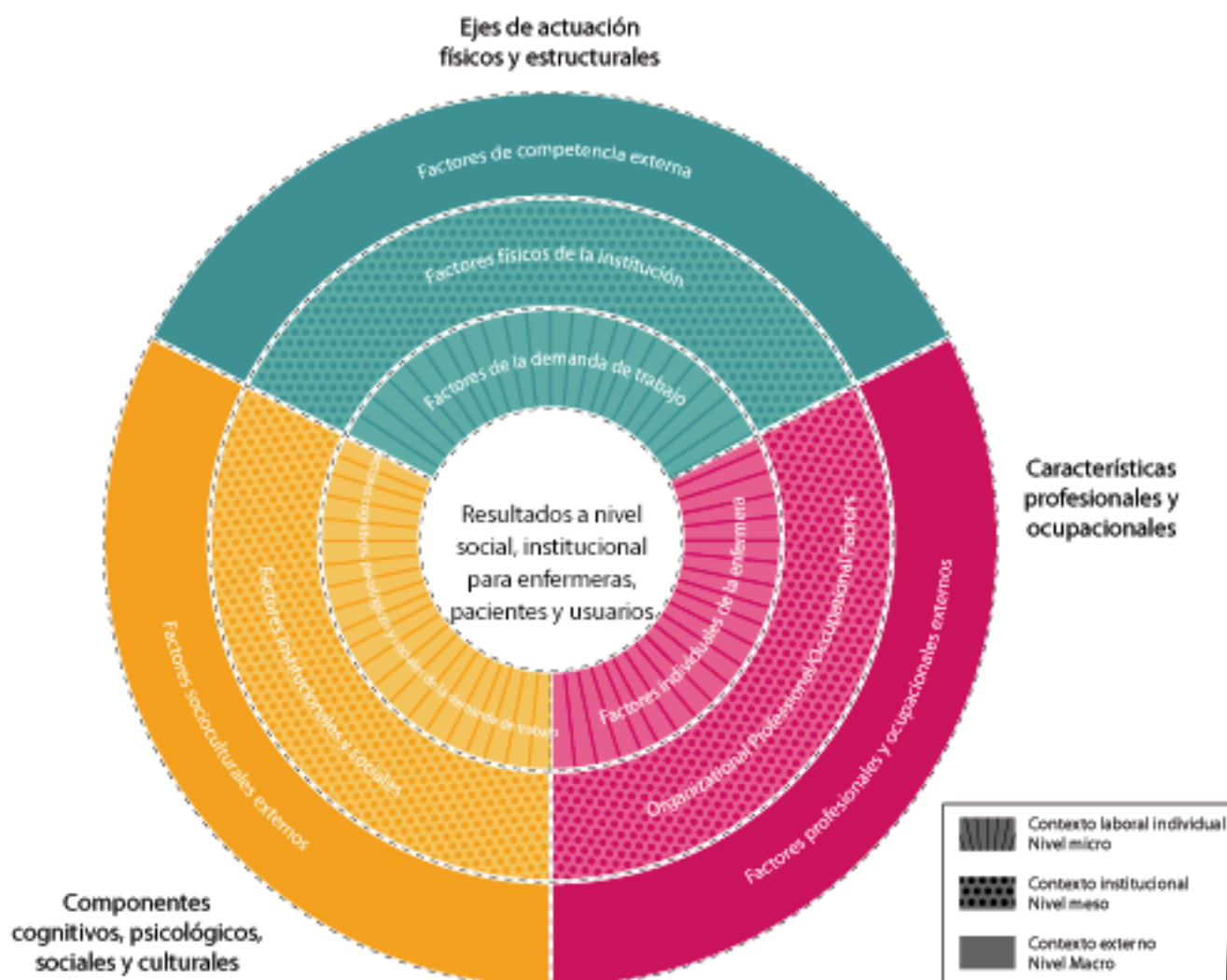


Figura 1. Modelo conceptual de entorno laboral saludable para las enfermeras: Componentes, factores y resultadosⁱ⁻ⁱⁱⁱ

Conseguir un entorno laboral saludable para las enfermeras es una tarea compleja y que abarca muchos campos, con numerosos elementos relacionados entre sí. Se precisa un modelo integral para poder desarrollar, implantar y evaluar un enfoque sistemático que permita fortalecer el entorno laboral de las enfermeras. Estos entornos saludables no son sino centros sanitarios en los que se da suma importancia a la salud y bienestar de las enfermeras, a los resultados de los pacientes y usuarios, al comportamiento de las instituciones y a los beneficios que para la sociedad supone todo ello.

En el modelo conceptual e integral de entornos laborales saludables para enfermeras, el lugar de trabajo saludable es fruto de la interdependencia entre los factores determinantes del sistema a varios niveles: individual (nivel micro), institucional (nivel meso) y externo (nivel macro). De esta manera se muestra en los tres círculos exteriores. En el centro de los círculos están los beneficiarios previstos de los entornos laborales saludables para las enfermeras: las enfermeras, los pacientes / clientes, las organizaciones y sistemas, y la sociedad en su conjunto, incluyendo comunidades más saludables^{iv}. Las líneas de este modelo son discontinuas para indicar las interacciones sinérgicas entre todos los niveles y componentes del modelo.

El modelo sugiere que el comportamiento de los individuos se ve influido y mediado por las interacciones entre individuos y entorno. Así pues, las acciones para promover entornos laborales saludables han de abarcar diferentes niveles y elementos del sistema. De igual manera, estas acciones han de servir de influencia para los factores del sistema y la interacción entre ellos, pero sobre todo para el propio sistema^{vvi}.

Los supuestos en los que se basa el modelo son los siguientes:

- Los entornos laborales saludables son fundamentales para que la atención sanitaria al paciente o usuario sea segura y de calidad.
- El modelo es aplicable en todos los centros sanitarios y en todos los ámbitos de la enfermería.
- Los factores individuales, institucionales y externos del sistema son los que determinan los entornos laborales saludables para las enfermeras.
- Los factores de los tres niveles afectan a la salud y bienestar de las enfermeras, a la calidad de los resultados de los pacientes o usuarios, al comportamiento institucional y del sistema, y a los resultados para la sociedad, tanto individualmente como mediante interacciones sinérgicas.
- En cada nivel hay características del trabajo físico y de las estructuras organizativas, características socioculturales, psicosociales y cognitivas, y características profesionales y ocupacionales.
- Cada profesión tiene sus propios factores profesionales y ocupacionales y, no obstante, los factores restantes son comunes para todas las ocupaciones y profesiones.

-
- i Adaptado de DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): December, 1221-1230; modificado por Laschinger, MacDonald & Shamian (2001); and further modified by Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, & Shamian (2003).
- ii Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001, June). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system*. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- iii O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.
- iv Hancock, T. (2000). The evolution, The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100(2):21-23.
- v Green, L.W., Richard, L. and Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): March/April, 270-281.
- vi Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management. In Diana L. Gustafson (ed.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax, Nova Scotia, Canada. Fernwood Publishing.

Características físicas y estructurales de las directrices

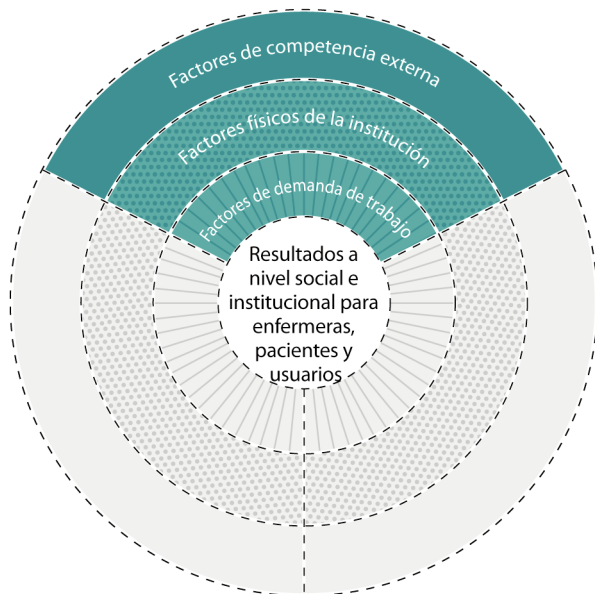


Figura 1A

Características físicas y estructurales de las directrices

- En el nivel individual, los factores de la demanda de trabajo físico recogen las exigencias del trabajo que requieren capacidades físicas y esfuerzo por parte del individuo. Estos factores incluyen la carga de trabajo, los cambios de turno, la carga de materiales pesados, la exposición a sustancias nocivas e infecciosas, y las amenazas a la seguridad personal.
- En el nivel organizativo, los factores físicos de la institución incluyen las características físicas y el entorno físico de la institución y también las estructuras organizativas y los procesos creados para responder a las exigencias físicas del trabajo. Algunos de esos factores son la contratación, un horario laboral flexible o la posibilidad de confeccionar uno propio, acceso a sistemas de elevación funcionales, políticas de salud y seguridad profesionales y seguridad personal.
- En el sistema o nivel externo, los factores de competencia externa incluyen modelos de atención sanitaria, financiación y marcos legales, comerciales, económicos y políticos (por ejemplo, políticas de migración, reformas del sistema sanitario) externos a la institución.

vii Grinspun, D. (2002). The Social Construction of Nursing Caring. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.

Componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales

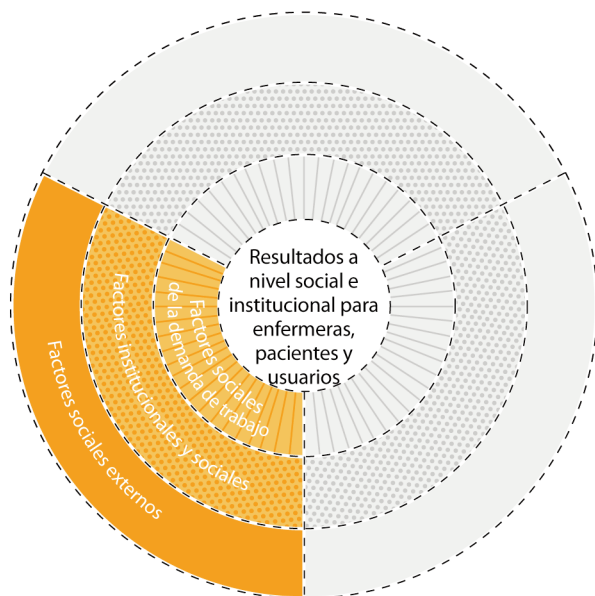


Figura 1B

Componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales

- En el nivel individual, los factores cognitivos y psicosociales de la demanda de trabajo incluyen los requisitos de trabajo que requieren capacidades cognitivas, psicológicas, sociales, y esfuerzo (por ejemplo, conocimiento clínico, capacidades de afrontamiento eficaz, capacidades de comunicación) por parte de cada individuo^{vii}. Entre estos factores se incluyen la complejidad clínica, la seguridad en el trabajo, las relaciones dentro del equipo, las necesidades emocionales, la carga de trabajo y que las funciones estén bien definidas.
- En el nivel institucional, los factores institucionales y sociales están asociados con el clima, la cultura y los valores dentro de la institución. Entre estos factores se encuentran la estabilidad institucional, las estructuras y prácticas relacionadas con la comunicación, las relaciones entre empleados y gestores, y una cultura que favorece un apoyo y aprendizaje constantes.
- En el nivel del sistema, los factores socioculturales externos contemplan las tendencias de los consumidores, las preferencias en los cambios de los cuidados, el cambio en las tareas que desempeña la familia, la diversidad de la población y de los profesionales, o una demografía en constante cambio. Todo ello influye en el funcionamiento de las instituciones e individuos.

Componentes profesionales y ocupacionales

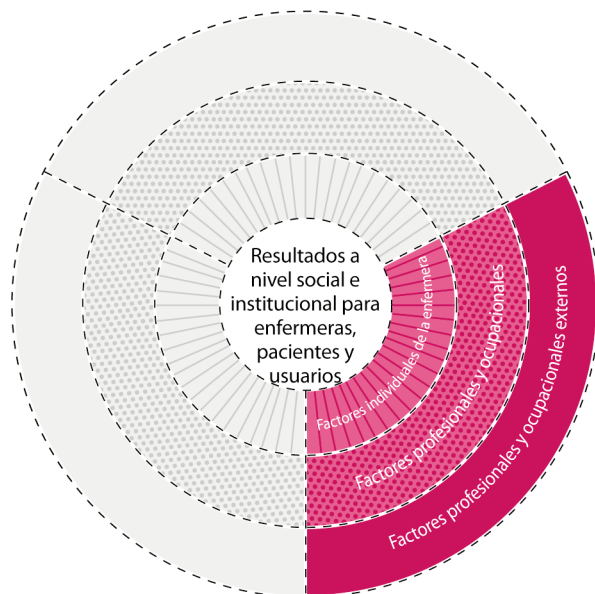


Figura 1C

Características profesionales y ocupacionales

- En el ámbito individual, los factores individuales de la enfermera incluyen las aptitudes personales, o bien sus capacidades y conocimientos adquiridos, que determinan su respuesta ante las exigencias físicas, cognitivas y psicosociales del trabajo. Estos factores incluyen el compromiso con los cuidados al paciente, la institución y la profesión; la ética y los valores personales; el ejercicio de reflexión; flexibilidad, capacidad de adaptación y autoestima; y conciliación entre la vida familiar y la personal.
- En el ámbito institucional, los factores profesionales y ocupacionales son propios de la naturaleza y del papel de la profesión u ocupación. Entre estos factores se encuentran el campo de aplicación de la práctica, el nivel de autonomía y el control sobre dicha práctica, así como las relaciones interdisciplinarias.
- En el nivel externo o del sistema, los factores profesionales externos incluyen las directrices y regulaciones en los ámbitos provincial / territorial, nacional e internacional que influyen en las directrices sanitarias y sociales y en las interacciones sociales dentro y a través de las distintas disciplinas y ámbitos.

Antecedentes de la Guía sobre profesionalidad en la enfermería

Los ámbitos de la práctica de la enfermería incluyen la atención clínica, la investigación, la formación, la elaboración de directrices y la administración. Las enfermeras cumplen con los valores de profesionalidad⁶ a diario en el contexto de la práctica. Si bien no hay consenso⁶, en la literatura sobre el significado del término “profesionalidad”, hay ciertas características o descriptores suficientemente extendidos. Ya en 1910, Abraham Flexner³² identificó varias características relacionadas con la profesionalidad, que siguen siendo pertinentes en la actualidad: conocimientos, especialización, responsabilidad intelectual e individual y una conciencia de grupo bien desarrollada. Desde entonces, autores de diversos campos han ofrecido diferentes perspectivas sobre lo que significa el término “profesionalidad”, incluido el conocimiento basado en principios científicos, la responsabilidad, la autonomía, la investigación, la colegialidad, la colaboración⁶, la innovación, la ética y los valores. Este documento presenta recomendaciones de buenas prácticas centradas en estas características.

Normalmente, la base de las guías de buenas prácticas es el concepto de evidencia. Según Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley y Law³³, evidencia es “cualquier aportación que establezca un hecho u ofrezca una buena razón para creer en algo”. La evidencia incluye los conocimientos adquiridos a partir de metodologías de investigación como los ensayos controlados aleatorizados o descripciones de fenómenos como los cuidados. El concepto de profesionalidad no ha sido examinado por la investigación cualitativa y cuantitativa tradicional. Generalmente suelen emplearse enfoques teóricos propios de las ciencias sociales y de humanidades. Sin embargo, estas fuentes de conocimiento son relevantes para comprender las características de la profesionalidad.

La investigación cualitativa⁶ suele proporcionar una visión más amplia de los cimientos de la evidencia científica, y por lo tanto suele poner de manifiesto el valor de la literatura no convencional (es decir, la literatura gris⁶). Aunque la literatura gris no cuenta con revisiones de expertos, no se publica por vías convencionales y no está basada en la investigación, proporciona información valiosa que proviene de una convergencia de pensamiento y experiencia.³⁴ La información que se recoge en esta Guía proviene de una revisión de toda la literatura relevante, e incluye estudios descriptivos y estudios de experimentación limitada. Fuentes incluidas:

- Revisión sistemática de la literatura sobre profesionalidad llevada a cabo por el Joanna Briggs Institute de Australia (véase el Anexo C).
- Búsqueda de literatura adicional llevada a cabo por miembros del equipo (en el Anexo D se recoge información acerca de las bases de datos, límites y palabras clave).

Esta Guía resume varias características que los autores y el equipo de expertos han identificado como fundamentales para el concepto de profesionalidad.

Los centros sanitarios se han convertido en un desafío en los últimos años debido a la reestructuración constante que sufren en el esfuerzo de lograr una mayor eficacia y productividad.^{35,36} Estos ambientes se han caracterizado por cambios vertiginosos y por las influencias en las estrategias de recursos humanos, como el movimiento hacia la mano de obra flexible. Los cambios han sido evidentes en todos los entornos, lo cual ha creado un entorno laboral caótico y en ocasiones inestable. Aunque reconocemos que a veces es difícil mantener la profesionalidad en un entorno sanitario en estado de cambio, esta Guía proporciona la base para un modelo que puede implantarse para ayudar a los profesionales con las complejidades de la práctica diaria. El documento vincula el

entorno con la práctica individual y también será de interés para los administradores y formadores. Proporciona un enfoque guiado para la revisión de la profesionalidad, e incluye sugerencias que mejorarán la comprensión de las complejidades de los conceptos y cómo pueden interactuar con el entorno laboral.

Aunque la profesionalidad es un concepto tradicional que ha sobrevivido al paso del tiempo, escribir una “Guía de buenas prácticas” al respecto ha sido todo un reto. No obstante, la Guía sólo pretende ser un esquema que aporte información adicional sobre el sentido del término “profesionalidad”. El concepto no se ha examinado detenidamente empleando los métodos habituales de investigación, debido en parte a su carácter multifacético. Tiene descriptores generales que no se acotan fácilmente para investigarlos de forma tradicional. Así, se podría argumentar que el concepto no puede conducir a una guía de buenas prácticas basada en la evidencia. Sin embargo, vale la pena explorar la literatura y recopilar la información en un formato que sea legible y útil para los facultativos en la práctica y para poder implantarla en el entorno clínico.

En la creación de este documento, la aportación de un equipo de expertos ha sido fundamental para otorgar validez a la información que se recoge. La combinación de la evaluación de la literatura y las aportaciones del equipo de expertos ha reforzado el rigor de la discusión. El equipo de expertos estaba integrado por un grupo de facultativos del mundo académico, los entornos clínicos y la administración. Cada miembro del equipo ofreció una perspectiva única y valiosa. Han representado todos los sectores de la salud, incluyendo hospitales; centros de salud comunitarios y hospitales de larga estancia. Contaron con representantes de asociaciones profesionales, sindicatos y organismos reguladores. Todos estaban considerados como expertos en sus respectivos campos y fueron elegidos por su competencia y sus conocimientos.

La Guía describe las características de la profesionalidad y la discusión de la evidencia y la literatura existentes sobre el tema, y concluye con declaraciones que ofrecen algunas estrategias para el éxito. Estas reflejan el pensamiento actual acerca de las características que se han destilado a partir de la revisión de la literatura y la opinión de los expertos. Las Guías son “estrategias de mejora de la calidad.”³⁷ En el documento *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*, EBM, Sackett et al.³⁸ definen las Guías como “declaraciones de fácil uso que reúnen la mejor evidencia externa y otros conocimientos necesarios para la toma de decisiones”.

La Guía se ha redactado para ayudar a cada profesional a reflexionar sobre su situación particular. Asimismo, ayudará a los formadores a transmitir el concepto de profesionalidad a los estudiantes de manera integral y significativa. Por último, ofrece una orientación a los administradores para que ofrezcan un entorno de apoyo que refuerce las características de la profesionalidad.

“ Definir un papel profesional es un requisito previo para establecer un control sobre la práctica.⁸ ”

Objetivos y ámbito de aplicación

Preámbulo

Esta guía de buenas prácticas se centra en la profesionalidad, que es fundamental para crear entornos laborales saludables para las enfermeras. Un entorno laboral saludable para las enfermeras es un centro sanitario en el que se hace especial hincapié en la salud y bienestar de las enfermeras, la calidad de la evolución de los pacientes o usuarios y el rendimiento de las instituciones. La profesionalidad en la enfermería es un ingrediente fundamental para conseguir un entorno laboral saludable y se habilita en el contexto de la práctica.

Objetivos generales de la Guía

1. Identificar el concepto de profesionalidad como principio rector que mejora los resultados para las enfermeras, pacientes, instituciones y sistemas.
2. Definir las características de la profesionalidad.
3. Identificar y discutir la evidencia relacionada con cada atributo de la profesionalidad.
4. Proporcionar estrategias para el éxito.

Alcance y limitaciones para las actividades de búsqueda

El desarrollo de la guía de buenas prácticas se basa en la mejor evidencia disponible y, cuando la evidencia es escasa, las recomendaciones de buenas prácticas se basan en el consenso entre los expertos. Además, la guía de buenas prácticas está constituida por las deliberaciones, perspectivas y procesos de desarrollo de los integrantes del equipo de expertos.

Temas

Los temas fundamentales que se abarcan en esta guía son:

- La identificación de un conjunto de características que indican la profesionalidad de la enfermera.
- La evidencia de las revisiones³⁹ sistemáticas del Joanna Briggs Institute⁶ y otra literatura.
- Los conocimientos, competencias y comportamientos de las enfermeras eficaces que ejercen una práctica profesional en su lugar de trabajo.
- Las estructuras, los elementos clave y los procesos institucionales que apoyan el desarrollo de prácticas profesionales en enfermería más eficaces.

Las recomendaciones en esta Guía se ocupan de:

- La identificación de las características fundamentales de la enfermera profesional.
- Estrategias para el éxito.
- Oportunidades de investigación para el futuro.

Público al que se dirige

La Guía es relevante en todos los ámbitos de la enfermería (por ejemplo, la práctica clínica, la administración, la formación, la investigación y la elaboración de directrices) y para todas las prácticas y contextos geográficos. La Guía se dirige a:

- Enfermeras en todo tipo de contextos, entre ellas las enfermeras de práctica clínica, en la administración, formadoras e investigadoras, dedicadas a la elaboración de directrices, y a estudiantes de enfermería.
- Miembros del equipo interdisciplinar⁶.
- Personal administrativo no formado en enfermería a nivel institucional y del sistema.
- Gobiernos y personas encargadas de la elaboración de directrices.
- Asociaciones profesionales y organismos reguladores.
- Miembros de la sociedad.

Cómo utilizar este documento

La profesionalidad requiere que las enfermeras en todo tipo de funciones cumplan con las normas profesionales. Las enfermeras ponen de manifiesto sus valores y características de profesionalidad cuando proporcionan cuidados de enfermería y colaboran con los pacientes, colegas enfermeras, otros miembros del equipo de atención sanitaria y estudiantes de enfermería. Esta Guía proporciona un enfoque global de la profesionalidad.

Esta Guía no debería leerse y aplicarse de una sola vez, sino que debería revisarse y realizarse una reflexión al respecto para luego aplicarla de la manera más adecuada para su situación o su institución. Sugerimos el siguiente enfoque:

- 1. Revisar el modelo de entornos laborales saludables:** La *guía de buenas prácticas sobre Profesionalidad en la enfermería* se basa en un modelo conceptual que se creó para permitir a los usuarios entender las relaciones entre y dentro de los factores clave que participan en los entornos laborales saludables.
- 2. Llevar a cabo una autorreflexión** acerca de los valores, comportamientos y relaciones para profundizar en el debate y la reflexión personal.
- 3. Determinar un campo de aplicación:** Tras haber estudiado el modelo, es conveniente que determine un campo de aplicación para usted mismo, su situación o su institución.
- 4. Leer las recomendaciones y el resumen de investigación para su campo de aplicación:** Para cada uno de los aspectos fundamentales del modelo, se ofrecen una serie de recomendaciones basadas en la evidencia. Las recomendaciones son declaraciones de las *acciones o comportamientos* de las enfermeras profesionales en situaciones profesionales. La literatura en la que se basan estas recomendaciones ha sido resumida, y creemos que encontrará útil leer este resumen para entender el porqué de las recomendaciones.
- 5. Centrarse en las recomendaciones relativas a los atributos, valores y comportamientos que parezcan más adecuados para usted y su situación actual:** Las recomendaciones del documento no han de aplicarse como normas, sino como herramientas que sirvan para ayudar a individuos, instituciones y sistemas en la toma de decisiones. La finalidad es que el entorno sea favorable y exento de violencia para las enfermeras, que se reconozca la cultura propia de cada individuo, su situación y los retos que plantean sus circunstancias. Es posible que desee examinar e identificar con mayor detenimiento aquellos comportamientos que, según su situación, sea preciso analizar o reforzar.
- 6. Desarrollar un plan provisional:** Tras seleccionar un pequeño número de recomendaciones y conductas que es necesario tener en cuenta, consulte la tabla de estrategias y considere las sugerencias que se ofrecen. Desarrollar un plan provisional que pueda realmente *llevarse a cabo* para delimitar su ámbito de influencia. Si necesita más información, puede consultar algunas de las referencias citadas.

7. **Debatir sobre el plan con otras personas:** Dedique el tiempo necesario a buscar, para su plan, aportaciones de personas a las que puede afectar, o cuyo compromiso sea fundamental para que todo se desarrolle con éxito, así como de asesores de confianza que le aporten información útil y fidedigna acerca de la idoneidad de sus ideas. Esta fase es importante tanto para el desarrollo de aptitudes prácticas individuales, como para el desarrollo de una iniciativa institucional que aborde la gestión y prevención de la violencia.
8. **Revisar su plan y ponerse manos a la obra:** Lo importante es empezar y hacer ajustes sobre la marcha. El desarrollo de la profesionalidad es una búsqueda continua que ofrece un gran número de oportunidades para el desarrollo personal y profesional. **¡Disfrute del viaje!**



Resumen de las recomendaciones

RECOMENDACIÓN	
Conocimiento	1.0 Profesionalidad incluye:
	1.1 Contar con un conjunto de conocimientos teóricos, prácticos y clínicos.
	1.2 Ser capaz de aplicar dichos conocimientos.
	1.3 Emplear una base teórica o basada en la evidencia ⁶ para la práctica.
	1.4 Sintetizar información de un gran número de fuentes.
	1.5 Emplear la información o la evidencia de la enfermería y de otras disciplinas para orientar la práctica.
	1.6 Compartir o comunicar los conocimientos con colegas, pacientes, familiares y otras personas para seguir mejorando la atención sanitaria y la evolución de los pacientes.
Espíritu de investigación	2.0 Profesionalidad incluye:
	2.1 Tener la mente abierta y el deseo de explorar nuevos conocimientos.
	2.2 Hacer preguntas que generen nuevos conocimientos y el perfeccionamiento de los conocimientos existentes.
	2.3 Luchar por definir los patrones de respuesta de los pacientes, de los colaboradores y su contexto.
	2.4 Estar comprometido ⁶ con la formación continuada.
Responsabilidad	3.0 Profesionalidad incluye:
	3.1 Comprender el significado de la autorregulación y sus implicaciones para la práctica.
	3.2 Emplear las legislaciones, normas de conducta y un código ético para aclarar el alcance de la práctica ⁶ .
	3.3 Comprometerse a trabajar con los pacientes y las familias para lograr los resultados deseados.
	3.4 Comprometerse activamente en la promoción de la calidad de la atención.
	3.5 Ser consciente de las capacidades personales, la base de los conocimientos que se posee y las áreas que quedan por desarrollar.
Autonomía	4.0 Profesionalidad incluye:
	4.1 Trabajar de forma independiente y ejercer la toma de decisiones dentro del ámbito apropiado para la práctica.
	4.2 Reconocer la autonomía relacional ⁶ y los efectos del contexto y las relaciones en esta autonomía.
	4.3 Tomar conciencia de las barreras y obstáculos que pueden interferir con la autonomía y buscar la forma remediar la situación.

RECOMENDACIÓN	
Mediación	5.0 Profesionalidad incluye:
	5.1 Entender la perspectiva del paciente.
	5.2 Ayudar al paciente con sus necesidades de aprendizaje.
	5.3 Participar en las iniciativas y actividades de la práctica profesional que busquen mejorar la atención sanitaria.
	5.4 Mantenerse bien informado acerca de las directrices que repercuten en la prestación de asistencia sanitaria.
Innovación y visión	6.0 Profesionalidad incluye:
	6.1 Promover una cultura de la innovación para mejorar la evolución de los pacientes y familias.
	6.2 Mostrar iniciativas para adoptar nuevas ideas y participar a través de la adopción de medidas.
	6.3 Influir en el futuro de la enfermería, la prestación de asistencia sanitaria y la sanidad.
Colegialidad y colaboración	7.0 Profesionalidad incluye:
	7.1 Desarrollar asociaciones de colaboración dentro de un contexto profesional.
	7.2 Actuar como mentor para enfermeras, estudiantes y colegas para mejorar y apoyar el crecimiento profesional.
	7.3 Agradecer y reconocer la interdependencia ⁶ entre los proveedores de cuidados.
Ética y valores	8.0 Profesionalidad incluye:
	8.1 Mantenerse bien informado acerca de los valores, conceptos y toma de decisiones éticas.
	8.2 Ser capaz de identificar las preocupaciones, cuestiones y dilemas éticos.
	8.3 Aplicar los conocimientos de la ética en enfermería a la hora de tomar decisiones y de seguirlas.
	8.4 Ser capaz de recopilar y utilizar información de diversas fuentes para tomar decisiones éticas.
	8.5 Colaborar con otros colegas para desarrollar y mantener un entorno que apoye a las enfermeras y respete sus responsabilidades éticas y profesionales.
	8.6 Ejercer un pensamiento crítico ⁶ sobre cuestiones éticas en la práctica clínica y profesional.

Recomendaciones e interpretación de la evidencia

1.0 Conocimientos

Definición: Conocimientos o información sobre un tema, que se ha obtenido a través de la experiencia o de un estudio.⁴⁰

Profesionalidad incluye:

- 1.1 Contar con un conjunto de conocimientos teóricos, prácticos y clínicos.
- 1.2 Ser capaz de aplicar dichos conocimientos.
- 1.3 Emplear una base teórica o basada en la evidencia para la práctica.
- 1.4 Sintetizar información de un gran número de fuentes.
- 1.5 Emplear la información o la evidencia de la enfermería y otras disciplinas para orientar la práctica.
- 1.6 Compartir o comunicar los conocimientos con colegas, pacientes, familiares y otras personas para seguir mejorando la atención sanitaria y la evolución de los pacientes.

Discusión de la evidencia

El conocimiento proporciona la base de la práctica profesional⁴¹ y es un pilar fundamental de la profesionalidad.⁴²⁻⁴⁵ El conocimiento permite que las profesiones, como la enfermería, definan la naturaleza de los problemas y soluciones, tomen decisiones autónomas y empleen su propio criterio dentro de su práctica.⁴⁶

Una revisión de la literatura de enfermería indica que existen diferentes tipos de conocimiento que se emplean en la práctica.⁴⁷ Es más, el uso del conocimiento en la práctica influye en los resultados de salud. Por ejemplo, un estudio reciente ha indicado que el conocimiento experto de la enfermera acerca de las formas de manifestar el dolor de los niños influyó en su capacidad de proporcionar un buen alivio del dolor.⁴⁸ El conocimiento adquirido parcialmente a través de la experiencia contribuye a la mejora de la evolución de los pacientes que reciben cuidados de enfermería tras la anestesia.⁴⁹ El juicio clínico, basado en el conocimiento experto, influye en las intervenciones de enfermería en áreas de cuidados críticos,⁵⁰ mientras los conocimientos biocientíficos tienen un impacto positivo en los pronósticos de los pacientes.⁵¹ Igual de importante resulta la comunicación de los conocimientos prácticos y teóricos que tiene el potencial de alcanzar muchas metas de salud generales.⁵²

La profesionalidad, la formación y el desarrollo de conocimientos están estrechamente relacionados. La formación interprofesional implica “dos o más profesiones^G, que aprenden una de otra para mejorar la colaboración y la calidad de la atención”.⁵³ Cuando “aprendemos juntos para trabajar juntos”⁵⁴ el alumno, el formador, y el contexto de aprendizaje son elementos clave en el desarrollo del conocimiento. Resulta fundamental seguir los principios y la teoría de la formación para adultos e incluir el aprendizaje práctico dentro de la formación interprofesional⁵⁵ para desarrollar una apreciación y comprensión de los roles de otros profesionales. Cada vez hay más evidencia que sugiere que el aprendizaje colaborativo conduce a una mejor atención interprofesional, incluyendo una gama más amplia de capacidades profesionales⁵⁴ así como el uso de evidencia en otras disciplinas para orientar la práctica.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se identificó que las siguientes prácticas sirven para promover un mejor conocimiento de la enfermera para los pacientes, las instituciones y los sistemas:

- Promover y garantizar el acceso a los recursos de formación (es decir, conferencias, talleres, instructores clínicos, bibliotecas, bases de datos electrónicas, revistas y acceso electrónico).
- Utilizar los marcos teóricos y modelos prácticos para guiar la práctica (es decir, marco de promoción de la salud, modelo Jean-Watson, modelo de apoyo social, y modelo de cambio).
- Llevar a cabo un metaanálisis de la literatura existente que se ocupe de los problemas de la enfermería.
- Abogar y garantizar el acceso a la evidencia para apoyar la práctica.
- Leer la literatura utilizando técnicas de evaluación crítica.
- Asistir a conferencias, congresos o mesas redondas sobre cuidados al paciente.
- Defender y difundir lo aprendido (por ejemplo, presentarlo en talleres).
- Desarrollar asociaciones y acuerdos de afiliación con instituciones de formación.

“ Las enfermeras pueden ser más productivas y saludables en entornos de trabajo seguros, ergonómicos y sólidos, con acceso a los suministros, servicios y tecnología que necesitan para mejorar su eficacia, mejorar su vida laboral para reducir el estrés y la facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral.⁸ ”

2.0 Espíritu de investigación

Definición: Un enfoque inquisitivo, basado en la curiosidad acerca de la propia práctica.⁵⁶

Profesionalidad incluye:

- 2.1 Tener la mente abierta y el deseo de explorar nuevos conocimientos.
- 2.2 Hacer preguntas que generen nuevos conocimientos y el perfeccionamiento de los conocimientos existentes.
- 2.3 Luchar por definir los patrones de respuesta de los pacientes, de los colaboradores y su contexto.
- 2.4 Estar comprometido con la formación continuada.

Discusión de la evidencia

La investigación es una actividad con múltiples facetas que incluye realizar observaciones, formular preguntas y examinar numerosas fuentes de información con el fin de entender los conocimientos existentes, revisar dichos conocimientos de acuerdo con las propias experiencias, emplear herramientas para reunir e interpretar datos, proponer respuestas y explicaciones y comunicar este proceso.⁵⁷ Un profesional que posea un espíritu de investigación reunirá datos, realizará inferencias y probará explicaciones alternativas que le permitan establecer conexiones entre las situaciones que se encuentra y el conjunto de conocimientos profesionales.⁵⁸ Para alcanzar un enfoque de investigación en el cuidado al paciente o la práctica reflexiva es esencial tener en cuenta las reacciones de los pacientes a sus intervenciones, formular preguntas sobre las prácticas actuales y las posibles alternativas a la gestión del cuidado al paciente.^{6,56}

El deseo de explorar nuevas formas de hacer las cosas y nuevos conocimientos, así como el interés en formular preguntas se presta a una práctica basada en los mejores resultados de investigación o a una práctica basada en la evidencia.^{59,60} A su vez, una práctica basada en el conocimiento, la evidencia o los resultados de investigación fomenta la calidad de los cuidados al paciente.⁶¹ Un espíritu de investigación dinamiza y dirige la formación continuada de por vida a través de la búsqueda del conocimiento para responder a las cuestiones derivadas de la práctica. Incluye la disposición a aprender del paciente o del usuario, de las familias y de sus conocimientos sobre su propia salud y calidad de vida.⁶²

El pensamiento crítico en enfermería significa ir más allá de las conclusiones obvias para realizar juicios informados, y se considera la característica más distintiva del profesional de la enfermería.⁶³ Las enfermeras sin experiencia piensan en términos de pasos y procedimientos, mientras que las enfermeras con más experiencia piensan más según modelos basados en experiencias previas fundamentadas en el conocimiento.

La literatura gris^G relacionada con esta característica incluye cómo interpretar los conocimientos, reconocer la incertidumbre y adoptar los nuevos conocimientos. Hay varias competencias que tienen un impacto sobre la práctica profesional y la aplicación de conocimientos profesionales.⁶⁴ Estas aptitudes incluyen una mentalidad abierta, pensamiento crítico y tomar decisiones juiciosas. Además, la conciencia de uno mismo, tanto a nivel personal como profesional, a través de las prácticas de reflexión, puede ayudar a fortalecer el papel profesional de enfermería.³⁹

Tanner⁶⁵ resumió el creciente cuerpo de literatura sobre el juicio clínico y su función en la práctica de enfermería. Basándose en una revisión de casi 200 estudios, las conclusiones generales destacan el papel de los antecedentes de las enfermeras, el contexto y la relación con el paciente o usuario como elementos centrales de la percepción de las enfermeras y cómo interpretan los resultados, responden y reflexionan sobre su capacidad de respuesta.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se han identificado las siguientes prácticas que promueven un **espíritu de investigación** en la enfermera hacia los pacientes, las instituciones y los sistemas:

- Reflexionar o pensar acerca de su propia práctica.
- Compartir ideas con los demás.
- Compartir ideas y perspectivas.
- Leer documentos escritos y electrónicos.
- Pensar, reconocer y desarrollar patrones de conocimiento⁶⁶ a través de la reflexión sobre la experiencia.
- Observar y hacer preguntas.
- Poner a prueba ideas nuevas y viejas.
- Participar en estrategias de formación continua para seguir aprendiendo.
- Participar en tutorías y supervisión clínica.
- Pedir a sus colegas que evalúen su práctica.

Definición: Compromiso de la propia conducta⁶⁷ o disposición para responder de las propias acciones.⁶⁸

Profesionalidad incluye:

- 3.1 Comprender el significado de la autorregulación y sus implicaciones para la práctica.
- 3.2 Emplear la legislación, las normas de conducta y un código ético para aclarar el alcance de la práctica.
- 3.3 Comprometerse a trabajar con los pacientes y las familias para lograr los resultados deseados.
- 3.4 Comprometerse activamente en la promoción de la calidad de los cuidados.
- 3.5 Ser consciente de las capacidades personales, la base de conocimientos que se posee y las áreas que quedan por desarrollar.

Discusión de la evidencia

La responsabilidad es la capacidad de una persona para rendir cuentas sobre sus propias acciones⁶⁹ o la capacidad y la voluntad de asumir el compromiso de sus propias acciones.⁷⁰ Esto, a su vez, implica que la persona o individuo acepta las consecuencias de su comportamiento. La responsabilidad de las enfermeras en la práctica incluye participar en las decisiones que afectan a su práctica, como los niveles de dotación de personal, los horarios y los estándares de calidad.⁷¹ La responsabilidad personal en la práctica se refiere a los entornos en los que las enfermeras sienten que tienen el control sobre sus situaciones o actividades y deciden aceptar este control.⁷²

La responsabilidad está estrechamente relacionada con los conceptos de compromiso, autonomía y autoridad; sin embargo, los conceptos no son intercambiables.^{73,74} La responsabilidad y la autoridad son dos condiciones fundamentales para la autonomía y compromiso. En otras palabras, las unidades de enfermería pueden ser consideradas responsables de ciertas actividades solamente si tienen autonomía sobre dichas actividades,⁷⁴ mientras que las enfermeras pueden ser consideradas responsables si tienen un cierto grado de autonomía en las actividades en las que participan.

Hay varios modelos de práctica profesional que cumplen de forma general con los principios de responsabilidad.⁷⁵ Por ejemplo, la responsabilidad en la planificación, coordinación e intervención en los cuidados a los pacientes parece ser fundamental para los entornos de la práctica profesional, independientemente del tipo de centro.^{76,77} Otras estructuras organizativas que fomentan la responsabilidad son las estructuras⁷⁸ descentralizadas y las prácticas participativas de gestión, como los modelos de gestión compartida.⁷⁹ Un análisis de cinco modelos de práctica profesional indica que la responsabilidad en enfermería es uno de los valores comunes a todos estos entornos.⁸⁰ Otros valores son la autonomía, el desarrollo profesional y el énfasis en unos cuidados de alta calidad.

Hay poca información acerca de cómo las enfermeras dan muestra de su responsabilidad respecto a las intervenciones de enfermería y su papel en la evolución de los pacientes. En un estudio de un grupo homogéneo de pacientes ingresados en un hospital, Tourangeau^{22,81} encontró que el conjunto de las capacidades de las enfermeras y las características de los cuidados de enfermería, como por ejemplo la experiencia de la enfermera, estaban relacionadas con la mortalidad del paciente. Needleman et al.⁸² estudiaron la evolución de los resultados hospitalarios sensibles a los niveles de dotación de personal de enfermería, y concluyeron que la mayor proporción de horas de cuidados por parte de las enfermeras y el número de horas de cuidados diario estaban relacionados con la calidad de la atención en los hospitales.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se ha identificado que las siguientes prácticas sirven para promover la **responsabilidad** de la enfermera ante los pacientes, las instituciones y el sistema:

- Participar dentro de las instituciones profesionales y del organismo regulador.
- Leer la literatura proporcionada por los organismos profesionales y reguladores.
- Aumentar sus conocimientos acerca de los derechos y responsabilidades de autorregulación^G.
- Mejorar la calidad de la atención a través del diálogo con expertos y la búsqueda de información sobre buenas prácticas.
- Reflexionar acerca de los propios puntos fuertes y debilidades.
- Aprovechar las oportunidades de reciclaje profesional, como la formación adicional.
- Tener en cuenta la legislación vigente e integrarla en la práctica.
- Participar en los programas de formación continuada.

4.0 Autonomía

Definición: Derecho de autogobierno, libertad personal⁶⁷.

Una práctica autónoma significa trabajar de forma independiente y poder tomar decisiones dentro del ámbito de aplicación de la propia práctica. Incluye la capacidad de llevar a cabo las acciones necesarias en un sistema que cuenta con normas y estándares de práctica, códigos éticos y directrices de la institución para defender los intereses del paciente. La autonomía incluye la capacidad de la enfermera para determinar sus propias acciones, la capacidad de deliberar y decidir y la autenticidad. Puede verse alterada por el contexto y las relaciones.

Profesionalidad incluye:

- 4.1 Trabajar de forma independiente y ejercer la toma de decisiones dentro del ámbito apropiado para la práctica.
- 4.2 Reconocer la autonomía relacional y los efectos del contexto y las relaciones en esta autonomía.
- 4.3 Tomar conciencia de las barreras y obstáculos que pueden interferir con la autonomía y buscar la forma de remediar la situación.

Discusión de la evidencia

La verdadera autonomía se desarrolla de forma interna y depende de las propias acciones.⁶⁴ La autonomía es la libertad para actuar según los propios conocimientos, tomar decisiones clínicas independientes y actuar en interés del paciente.⁸³ La práctica innovadora que otorga el poder de tomar decisiones a la enfermera tiene un gran prestigio.⁸⁴ La capacidad de manejar la responsabilidad se examinó en el estudio de Smith y Hood⁸⁵, centrado en la creación de un entorno favorable para la práctica de la enfermería.

Las enfermeras valoran en gran medida su autonomía y se asocia con una gran capacidad de trabajo en equipo.³⁹ La autonomía profesional no está necesariamente relacionada con la estructura de la institución, pero puede verse afectada de forma indirecta por la descentralización de las instituciones.⁸⁶ La capacidad de las enfermeras de ser autónomas se ve realizada o limitada por la institución. Aunque la autonomía no pueden “otorgarla” quienes ocupan cargos de poder formal, puede verse facilitada por los líderes de enfermería.⁸⁷ Varios estudios han analizado los requisitos necesarios para la autonomía de las enfermeras. Uno de ellos es el apoyo de la institución para tomar decisiones discrecionales y vinculantes que se encuentren dentro del ámbito de la práctica de la enfermería.⁶⁴ La literatura de los “hospitales imán” apoya el compromiso de las instituciones con los modelos de práctica profesional.⁸⁸

La autonomía y la aportación a la toma de decisiones están relacionadas con el empoderamiento del personal y los líderes y los resultados favorables para los pacientes y las enfermeras.⁸⁹ Las enfermeras son responsables de sus decisiones y responsables de sus propias acciones⁷⁰ tanto si trabajan de forma independiente como si forman parte de un equipo. La profesionalidad consiste en cumplir todas las responsabilidades definidas en el ámbito de la práctica, incluidas las actividades independientes e interdependientes que demuestran que se reconocen los límites y la colaboración.⁹⁰ MacDonald,⁴¹ define la autonomía relacional como un cambio del énfasis en la independencia individual hacia una visión que busca una autodirección significativa dentro de un contexto de interdependencia.

Las enfermeras pueden ver limitada su autonomía por los compañeros, los colegas o la propia administración. Ciertas actitudes, valores, tradiciones, directrices y prácticas pueden restringir la capacidad de toma de decisiones de las enfermeras acerca de su propia práctica.⁹¹ Cuando las enfermeras analizan las razones por las que su autonomía se ve restringida, pueden buscar la forma de remediar la situación.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se identificó que las siguientes prácticas sirven para promover una mejor **autonomía** de la enfermera hacia los pacientes, las instituciones y los sistemas:

- Actuar con confianza dentro del ámbito de aplicación de la práctica.
- Mejorar sus capacidades de tomar decisiones.
- Consultar y colaborar con colegas y expertos.
- Reflexionar y aprender de incidentes críticos.
- Comunicar de forma clara las razones de las decisiones y los comportamientos.
- Apoyar las decisiones y comportamientos con evidencia, aprendizaje y experiencia clínica.
- Asumir capacidades de liderazgo formal e informal.
- Promover prácticas y directrices institucionales que apoyen a las enfermeras que actúen dentro del pleno ámbito de aplicación de la práctica en relación con los demás.
- Ofrecer su opinión acerca de las decisiones que afectan a la práctica de la enfermería.
- Poner en duda los procesos institucionales cuando no apoyan una atención de calidad al paciente.

Definición: Un mediador es una persona que apoya o habla a favor de una causa o directriz.⁶⁷ Esto incluye ser mediador o agente del cambio en favor de los pacientes, las familias y las comunidades, además de la profesión.

Profesionalidad incluye:

- 5.1 Entender la perspectiva del paciente.
- 5.1 Ayudar al paciente con sus necesidades de aprendizaje.
- 5.1 Participar en las iniciativas y actividades de la práctica profesional que busquen mejorar la atención sanitaria.
- 5.1 Mantenerse bien informado acerca de las directrices que repercuten en la prestación de asistencia sanitaria.

Discusión de la evidencia

Si bien existen distintos enfoques conceptuales sobre la mediación, estos enfoques son similares ya que ponen de relieve la autonomía del paciente y la singularidad de la relación enfermera-paciente.⁹² La mediación sugiere que no son los médicos quienes definen qué es lo mejor para el paciente; sólo el paciente puede hacerlo.⁹³ En la práctica cotidiana, esto implica proporcionar al paciente la información necesaria para tomar decisiones informadas, apoyar su derecho a tomar decisiones informadas, y apoyarle durante todo el proceso de toma de decisiones y durante los resultados.⁹⁴

La mediación del paciente por parte de las enfermeras es una tradición arraigada. Muchos autores describen la mediación como un factor implícito en las actividades diarias de la enfermera⁹⁵ y un componente fundamental de la práctica.⁹⁶ Las enfermeras están en la mejor situación dentro del equipo de atención sanitaria para actuar como intercesoras o mediadoras.⁹⁷ Las enfermeras son responsables de la mayoría de los cuidados del paciente y están en condiciones de influir en los resultados del paciente.⁹⁸

Las enfermeras pueden contribuir a la planificación y a la toma de decisiones dentro de los servicios sanitarios, y abogar por cambios en las directrices sanitarias.^{99,100} En una revisión exhaustiva del papel de la enfermería en el desarrollo de directrices, Reutter y Duncan¹⁰¹ describen el grado en que las enfermeras han participado en la elaboración de las directrices sanitarias en América del Norte. Por ejemplo, las enfermeras de salud pública a menudo han participado en la defensa de iniciativas en el ámbito de la protección de la infancia, mientras que las enfermeras investigadoras han puesto en marcha directrices de investigación para examinar los efectos de las reformas sanitarias en el entorno laboral de las enfermeras y en los resultados de los pacientes.

Las enfermeras canadienses tienen una larga tradición de influencia en los cambios de política o de actuación como defensoras de directrices a nivel institucional, provincial y nacional.¹⁰² Por ejemplo, la creación de una Oficina de Directrices de Enfermería (Office of Nursing Policy, en lo sucesivo ONP por sus siglas en inglés) en Canadá es el resultado de la presión ejercida por los líderes e instituciones de enfermería. La ONP es responsable de aportar la perspectiva de la enfermería a los problemas de directrices y programas sanitarios a nivel federal.

La relación de las enfermeras con los pacientes y sus familias les permiten apreciar sus necesidades sanitarias, sus expectativas respecto a la atención sanitaria y las respuestas a los cuidados.¹⁰³ Sin embargo, el Consejo Internacional de Enfermeras¹⁰⁰ (International Council of Nurses) insta a las enfermeras a conocer mejor el proceso de elaboración de directrices a fin de poder influir en las decisiones. Influir en las directrices, ya sea a nivel institucional, provincial o nacional supone una gran inversión de tiempo y energía.¹⁰⁴ Sin embargo, las enfermeras individuales pueden integrarse en el proceso de elaboración de directrices manteniéndose al día de los nuevos hallazgos, publicando, uniéndose a instituciones de intereses especiales, sabiendo quiénes son las personas clave, identificando los puestos clave de la enfermería, así como las enfermeras en puestos influyentes fuera de la enfermería y aprendiendo cómo comunicar sus propias posturas.¹⁰³ Tal vez la forma más habitual de abogar por cambios en las directrices tanto dentro como fuera de la profesión sea el trabajo a través de Comités.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se identificó que las siguientes prácticas sirven para **promover** la mediación por parte de la enfermera hacia los pacientes, las instituciones y los sistemas:

- Buscar las oportunidades de participar en todos los niveles (por ejemplo, las rondas de cuidados, los consejos de la práctica, los organismos rectores, las instituciones provinciales y del gobierno).
- Abogar por, establecer o acceder a los procesos que ofrecen los medios necesarios a las enfermeras para influir en las directrices y en la práctica.
- Apoyar los deseos y preferencias expresados por el paciente y darlos a conocer.
- Encontrar formas de iniciar la implantación de la práctica basada en la evidencia.
- Abogar por la mejora de la calidad del entorno de la enfermería.
- Apoyar, directa o indirectamente, la defensa política de las instituciones de enfermería a la hora de ocuparse de problemas sociosanitarios (por ejemplo, la violencia doméstica, la pobreza y la falta de vivienda).
- Reconocer y respetar el alcance de la práctica de cada profesión.
- Identificar y establecer relaciones de trabajo eficaces con los colaboradores principales.
- Entender las directrices sanitarias y los problemas del sistema de salud que están afectando al cuidado del paciente y tratar de ejercer un impacto local y nacional.
- Convertirse en un ciudadano informado, reconociendo que las directrices sanitarias, la financiación sanitaria y la práctica de la enfermería se ven influidos por la política. Tener conocimiento sobre las plataformas y posturas de los diversos partidos políticos y grupos de apoyo que pueden influir en las directrices sanitarias.
- Enseñar a grupos e individuos a defenderse por sí mismos.
- Prestar apoyo a distintos grupos para que se defiendan por sí mismos.
- Trabajar con las comunidades o grupos para promover el cambio a nivel local (por ejemplo, sobre una directriz local).

“ Las enfermeras deben tener participación en todos los aspectos del cuidado del paciente dentro de su ámbito de aplicación de la práctica, incluso en calidad de mediadoras de los pacientes.”⁸ ”

Definición: *Innovar:* Aportar nuevos métodos, ideas, etc.; realizar cambios; introducir por primera vez.⁶⁷ *Visión:* Acto o la facultad de ver, vista; intuición imaginativa; capacidad de planificar o elaborar directrices a largo plazo ⁶⁷ .

Profesionalidad incluye:

- 6.1 Promover una cultura de la innovación para mejorar los resultados de los pacientes y familias.
- 6.2 Mostrar iniciativa para adoptar nuevas ideas y participar a través de la adopción de medidas.
- 6.3 Influir en el futuro de la enfermería, en la prestación de asistencia sanitaria y en la sanidad.

Discusión de la evidencia

Los modelos innovadores de la enfermería incluyen autonomía e independencia; entornos clínicos que promueven la calidad de los cuidados al paciente; compensaciones y beneficios adecuados a la complejidad del trabajo; entornos de trabajo que permitan la práctica clínica competente, incluidas las estructuras de gestión y procesos que faciliten la innovación; así como la promoción y el reconocimiento profesional.¹⁰⁵ El apoyo a la iniciativa empresarial es necesario para fomentar la creatividad y la innovación de quienes desarrollan y prueban estrategias alternativas de mejora del cuidado dentro de la institución. Este apoyo requiere tolerancia hacia la experimentación y la voluntad de asignar recursos para la innovación, sea a gran escala o a pequeña escala.¹⁰⁶ Es necesario tener una mentalidad abierta hacia las nuevas ideas y programas o proyectos experimentales. Los proveedores de servicios suelen tener las mejores ideas sobre los cambios necesarios para satisfacer las necesidades y deseos de los pacientes.¹⁰⁷

En la literatura se han descrito varios modelos de innovación de la práctica de la enfermería, incluyendo el impacto de un modelo de práctica por grupos profesionales diferenciados sobre la satisfacción de la enfermera, sus recursos, la calidad de los cuidados y los resultados fiscales.^{108, 109} Los modelos de innovación de los cuidados de enfermería tienen por objeto mejorar la calidad de los cuidados y el entorno laboral para las enfermeras.⁸⁰ Muchos entornos de la práctica en el hospital, en cuidados de larga estancia y en la comunidad han implantado modelos de innovación para lograr estos objetivos. Un modelo de práctica profesional que favorezca la innovación (se infiere) es un sistema (estructura, proceso y valores) que apoya que las enfermeras tengan control sobre la prestación de cuidados de enfermería, así como sobre el entorno laboral. Entre los subsistemas de los modelos de práctica profesional se incluyen un modelo de gobierno, un modelo de prestación de cuidados, y tres elementos: los valores, las relaciones profesionales, y las recompensas.⁸⁰

La enfermera líder cuestiona los supuestos actuales, conduce y sostiene el cambio, tiene una visión para el cambio e involucra al personal dando ejemplo de innovación. Un líder piensa de forma creativa y ejerce de modelo para las iniciativas de mejora de la calidad.⁸⁹ Por ejemplo, Ball and Cox¹¹⁰ describen cómo las innovaciones de la práctica clínica avanzada en cuidados críticos de pacientes adultos mejoraron la forma de prestar cuidados de enfermería con un impacto positivo para los pacientes y sus familias. Estos efectos se hicieron evidentes a través de indicadores como la satisfacción del paciente, el aumento de la independencia del paciente, la continuidad de los cuidados, la comodidad del paciente y de la familia en las transiciones, y la comprensión del paciente y de la familia de su estado actual y de sus capacidades futuras. La enfermera que se cuestiona los valores y suposiciones predominantes y refuerza la idea de que la práctica de la enfermería puede tener un gran impacto en la evolución del paciente contribuye a cambiar las prácticas tradicionales.

La innovación se refiere a métodos nuevos y desafiantes de prestación de cuidados. Las enfermeras han de estar dispuestas a realizar un examen crítico de las formas innovadoras del ejercicio de su profesión, como la telemedicina, y prepararse para un mayor uso de los ordenadores y de la informática en el entorno sanitario.

Estrategias para el éxito

De la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se identifica que las prácticas siguientes fomentarán la **innovación** y la **visión** de la enfermera en favor de los pacientes, familias, organizaciones y sistemas:

- Reconocer las oportunidades de cuestionar y examinar la práctica de manera adecuada.
- Cuestionar las prácticas establecidas y el statu quo.
- Utilizar procesos abiertos y transparentes en el estudio de problemas y la elaboración de las respuestas.
- Apoyar la curiosidad y la reflexión imaginativa en la práctica clínica.
- Apoyar a quienes proponen cambios.
- Apoyar a los profesionales que aportan una nueva perspectiva o una nueva práctica.
- Apoyar la revisión de la práctica clínica y la introducción de la práctica basada en la evidencia y las guías de buenas prácticas.
- Participar, influir y liderar los procesos de planificación estratégica.
- Participar en foros nacionales, provinciales y regionales para dar forma al futuro de la atención sanitaria y la profesión de la enfermería (es decir, profesionales, reglamentos, y sindicatos).
- Adoptar sistemas informáticos y aprender a utilizarlos, dada su gran importancia para la atención sanitaria de calidad.

7.0 Colegialidad y colaboración

Definición: Un colega es un compañero de trabajo o funcionario, especialmente dentro de la misma profesión o negocio. Los colegas comparten autoridad y poder. Colaborar significa trabajar en conjunto, cooperar.⁶⁷ Va más allá de las necesidades individuales, e incluye otros profesionales de la salud.

Profesionalidad incluye:

7.1 Desarrollar asociaciones de colaboración dentro de un contexto profesional.

7.2 Actuar como mentor para enfermeras, estudiantes y colegas para mejorar y apoyar el crecimiento profesional.

7.3 Reconocer la interdependencia entre los proveedores de cuidado.

Discusión de la evidencia

Un componente importante de la práctica profesional de la enfermera es desarrollar y establecer relaciones entre colegas de trabajo.³⁹ La colaboración entre enfermeras y profesionales sanitarios es un componente importante de la práctica profesional de la enfermera que puede dar lugar a resultados positivos para las enfermeras (satisfacción) y los pacientes.⁶⁴

La colaboración entre las enfermeras con respecto a la evaluación de la práctica y cómo afecta a la evolución de los pacientes se traduce en una mayor responsabilidad y en el aumento de la competencia clínica.¹¹¹ Unos patrones positivos de la comunicación, un buen trabajo en equipo, y la retroalimentación al personal relacionado con los conflictos contribuyen a crear centros sanitarios de calidad (en los que las enfermeras trabajan de forma segura, y por tanto mejora el cuidado al paciente).¹¹²

El compromiso de las enfermeras hacia los pacientes debe hacerse extensivo a su compromiso interno unas con otras. La colegialidad, como por ejemplo participar en organizaciones profesionales, las tutorías, ejercer como modelo de conducta y participar en la investigación, es un atributo profesional importante.¹¹³

Antes de que los individuos puedan funcionar de forma eficaz como miembros del equipo deben sentirse seguros en sus funciones profesionales.⁹⁰ Las enfermeras han de tener una comprensión clara de su propio papel, así como del de los demás miembros del equipo.¹¹⁴ La verdadera colaboración trae consigo una cultura de trabajo donde la toma conjunta de decisiones y la comunicación entre enfermeras y otros profesionales se convierte en la norma. La comunicación efectiva, la confianza, el conocimiento, la responsabilidad compartida, el respeto mutuo, el optimismo y la coordinación son fundamentales para una colaboración fructífera.¹¹⁵

Las instituciones desarrollan valores, estructuras y procesos para fomentar relaciones de colaboración intra e interprofesionales eficaces. La enfermera líder construye y fomenta relaciones de colaboración y trabajo en equipo dentro de estas instituciones⁹⁰ cuando las enfermeras demuestran su voluntad de trabajar eficazmente con otros. Laschinger¹¹⁶ destaca la importancia de mantener buenas relaciones interpersonales con los compañeros y gestores para fomentar la percepción de respeto y satisfacción en el trabajo de las enfermeras del hospital.

Los mentores dan fe de la satisfacción personal que obtienen al facilitar el desarrollo de capacidades y experiencia

en sus compañeras enfermeras. También hablan sobre los beneficios personales, tales como el aprendizaje de cosas nuevas, así como las ventajas para la institución que se derivan de su tutoría. Un ejemplo es que los mentores son un elemento clave para el éxito de la iniciativa de Becas de práctica clínica avanzada de la RNAO (RNAO Advanced Clinical/Practice Fellowships)⁶ para cualquier enfermera que desee aumentar sus capacidades clínicas, de liderazgo o de implantación de las guías de buenas prácticas.

Para funcionar eficazmente en un entorno sanitario cambiante, los profesionales sanitarios han de tener la capacidad de trabajar en equipos interprofesionales.¹¹⁷ Zwarenstein, et al.¹¹⁸ en una revisión Cochrane no encontraron pruebas concluyentes de la eficacia de la formación interprofesional en relación con la práctica sanitaria o los resultados sanitarios. El Departamento de Sanidad de Canadá (Health Canada) encargó un estudio cualitativo para comprender las dificultades y las oportunidades en la implantación de varias iniciativas de aprendizaje y de práctica en formación interprofesional y en la práctica colaborativa.¹¹⁹ Los temas de esta exploración del entorno y de la revisión sistemática incluyen la necesidad de más líderes y apoyo externo, así como la demanda de más investigación para proporcionar información sobre cómo acercar la formación y la práctica.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se identificó que las siguientes prácticas sirven para promover una mejor **colegialidad y colaboración** de la enfermera en favor de los pacientes, las instituciones y los sistemas:

- Valorar a los colegas a través de la búsqueda de maneras de ayudarles en cualquier momento o entorno de la práctica de la enfermería. Esto puede suponer desde ayudar a un colega en una tarea compleja hasta trabajar juntos para asegurar y mantener un entorno laboral seguro y de alta calidad.
- Diseñar, implantar y apoyar los procesos de desarrollo del trabajo en equipo, respetando y reconociendo los logros de los colegas.
- Realizar un análisis de incidentes críticos para encontrar maneras de mejorar la práctica.
- Reconocer que las mejoras en la calidad requieren un análisis de “proceso sistémico” de los motivos de los errores, como las directrices, los protocolos y los modelos de cuidados que no estén basados en guías de buenas prácticas, estándares de enfermería y códigos éticos.
- Diseñar, implantar y apoyar un programa de tutorías.
- Crear un entorno laboral (reconocimiento, estructura y formación) que fomente las oportunidades de tutoría.
- Iniciar redes entre organizaciones de profesionales y participar en ellas.
- Iniciar rondas interdisciplinarias y reuniones del equipo y participar en ellas.
- Implantar programas de revisión por pares, reconocimiento e incentivos o iniciativas que reconozcan la excelencia o la práctica profesional.
- Participar en relaciones interprofesionales y actividades que mejoren la calidad de la atención.
- Responder a los colegas que experimentan dificultades en su ejercicio profesional expresando apoyo a través del diálogo, la resolución de problemas y la defensa.
- Apoyar a los colegas que identifican problemas en la práctica profesional y participar en su resolución.
- Respetar la visión, misión y valores de la institución.

“ Las enfermeras son el capital humano más importante y es crucial invertir en su bienestar, porque el bienestar de los pacientes depende de la excelencia de su trabajo.”⁸

Definición: *Ética:* sistema de comportamientos y creencias valorados para determinar acciones correctas e incorrectas y para hacer juicios de valor sobre lo que debe hacerse a o para otros seres humanos.⁹⁶ La ética en enfermería consiste en la reflexión razonada y la investigación sobre las dimensiones éticas de la práctica de enfermería, ya que influye en la vida de los pacientes, los colegas y la sociedad.⁹¹

Unos cuidados seguros, competentes y éticos, así como unos centros de calidad, son fundamentales para la profesionalidad. Las enfermeras valoran la capacidad de proporcionar una atención segura, competente y ética que les permita cumplir sus obligaciones éticas y profesionales para con las personas a las que atienden. Las enfermeras valoran y defienden entornos con las estructuras y recursos necesarios para garantizar la seguridad, apoyo y respeto a todas las personas en el ámbito laboral.

Profesionalidad incluye:

- 8.1 Mantenerse bien informado acerca de los valores, conceptos y toma de decisiones éticas.
- 8.2 Ser capaz de identificar las preocupaciones, cuestiones y dilemas éticos.
- 8.3 Aplicar los conocimientos de la ética en enfermería a la hora de tomar decisiones y de seguirlas.
- 8.4 Ser capaz de recopilar y utilizar información de diversas fuentes para tomar decisiones éticas.
- 8.5 Colaborar con otros colegas para desarrollar y mantener un entorno que apoye a las enfermeras y respete sus responsabilidades éticas y profesionales.
- 8.6 Ejercer un pensamiento crítico sobre cuestiones éticas en la práctica clínica y profesional.

Discusión de la evidencia

Un estudio cualitativo que exploraba los valores subyacentes de identidad de la enfermera profesional sugirió que la dignidad humana y el altruismo son los valores morales más importantes, mientras que la estimulación intelectual y personal son los valores más significativos relacionados con el trabajo.¹²⁰ Los estudios de investigación preliminares apoyan estos resultados.^{121,122} Por ejemplo, los hallazgos de un pequeño estudio canadiense sobre los cuidados de enfermería a pacientes de cuidados paliativos indican que la valoración o el respeto por el valor inherente de los demás afecta a las actividades de las enfermeras.¹²¹ En base a los resultados de su estudio y otras investigaciones pertinentes sobre los valores de las enfermeras, Fagermoen¹²⁰ llegó a la conclusión de que existe un núcleo común de identidad transcultural para las enfermeras basado en los valores de dignidad, unicidad, humanidad y confianza mutua.

La ética en enfermería se refiere a la práctica a nivel individual. Sin embargo, el ámbito de la ética en enfermería y los conocimientos necesarios para comprender las dimensiones éticas de la práctica se ha ido ampliando. La práctica ética de las enfermeras está influida por las actitudes, los valores, las directrices y las prácticas de sus pares, colegas y jefes. Las enfermeras deben conocer sus obligaciones legales y profesionales, y entender que las cuestiones éticas son complejas y se ven influidas por las políticas y directrices sociales que se elaboran en los ámbitos institucional, provincial, nacional e internacional. Su entorno laboral es su clima moral. Las enfermeras y sus colegas pueden influir en la calidad de este clima moral y el alcance en el que pueden tener una voz moral.

La ética y la ética en la enfermería son campos teóricos de estudio. Filósofos, especialistas en ética en enfermería y enfermeras con experiencia en ética han escrito acerca de qué es la ética en enfermería, cómo tomar decisiones éticas y los desafíos de crear un clima moral que permita a las enfermeras tener una voz moral.¹²³ Otros autores, como Raines,¹²⁴ han discutido y propuesto ideas para mejorar la ética en las instituciones, como fundar una biblioteca de ética en enfermería, una revista o club sobre ética y rondas sobre ética en enfermería.

Estrategias para el éxito

A partir de la revisión de la literatura y el consenso del equipo de expertos, se identificó que las siguientes prácticas sirven para promover los **valores éticos** de la enfermera en favor de los pacientes, las instituciones y los sistemas:

- Respetar los valores y las decisiones sobre las dimensiones éticas de la práctica realizadas por colegas.
- Reflexionar y debatir sobre los valores éticos, los desacuerdos y las decisiones sobre las dimensiones éticas de los cuidados. Es necesario que las enfermeras identifiquen los problemas éticos y que trabajen juntas para cambiar las prácticas y poder desarrollar una atención segura, competente y ética.
- Valorar a los colegas de profesión, buscando los medios para apoyarles donde y cuando ejerzan su práctica. La respuesta de las enfermeras a los colegas que experimentan desafíos en su práctica profesional es el apoyo expresado a través del diálogo, la resolución de problemas y la mediación.
- Contribuir al desarrollo, implantación y apoyo de las directrices y las prácticas que promueven la salud, la seguridad y el bienestar de las enfermeras.
- Apoyar a los colegas que identifican problemas y cuestiones en la práctica profesional.
- Establecer reuniones periódicas sobre temas éticos y cuestiones profesionales en la unidad o departamento de la institución, y participar en ellas. Establecer y respetar una cultura en estas reuniones que apoye la investigación, el pensamiento crítico y la búsqueda de soluciones creativas.
- Consultar con expertos en bioética.
- Realizar una encuesta entre el personal para conocer las cuestiones éticas a las que se enfrentan.
- Llevar a cabo sesiones informativas acerca de incidentes críticos sobre temas de la práctica con una dimensión ética.
- Emplear información de diversas fuentes en la toma de decisiones (por ejemplo, la información clínica, los deseos de los pacientes, los recursos disponibles, las expectativas legales e institucionales).

Proceso de revisión y actualización de las Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables

La RNAO propone actualizar las guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables de la siguiente manera:

1. Cada guía de buenas prácticas para entornos laborales saludables será evaluada por un equipo de especialistas (equipo de revisión) en el área temática pertinente cada cinco años después de la última serie de revisiones.
2. Durante el período entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de entornos laborales saludables de la RNAO buscará periódicamente nuevas revisiones sistemáticas y estudios en la materia.
3. El personal del proyecto, basándose en los resultados del seguimiento, puede recomendar que la revisión se adelante. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de llevar a cabo la revisión antes del plazo de cinco años.
4. Seis meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los cinco años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a) Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión se compondrá de miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b) Compilar la información recibida, las preguntas surgidas durante la fase de difusión, así como otros comentarios y experiencias de los lugares de implantación.
 - c) Recopilar la bibliografía pertinente.
 - d) Elaborar un plan de trabajo detallado con plazos y resultados esperados.
5. La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias bibliográficas numeradas

1. Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses*. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.
2. Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author.
3. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). *First Minister's meeting communiqué on health*. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.
4. Health Canada (2003). *First Ministers' accord on health care renewal*. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf
5. *First Ministers' meeting on the future of health care (2004)*. Retrieved from: Nov 2004 – June 2005: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
6. Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON: Author.
7. Canadian Nurses Association. (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projections*. Ottawa, ON: Author
8. Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
9. Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.
10. Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
11. Shindul-Rothschild, J. (1994). *Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing*. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.
12. Grinspun, D. (2000). *Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management*. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
13. Grinspun, D. (2002). *The Social Construction of Nursing Caring*. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.
14. Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). *Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks*. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
15. Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). *Stressful nurses: The effect on patient outcomes*. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46–58.
16. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). *Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes*. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
17. Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). *The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality*. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
18. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.

19. Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
20. Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$,* 16(4), 196-203.
21. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478-85.
22. Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
23. Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
24. American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing
25. Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
26. Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
27. Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-58.
28. Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
29. Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
30. United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74*. Rockville, MD.
31. Lowe, G. (2004). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – *Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge*. November, 17, 2004, Markham, ON.
32. Flexner, A. (1915). Is social work a profession? *Research on Social Work Practice*, 1(26): 901.
33. Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.
34. Aina L.O. 2000. Grey literature and library and information studies: a global perspective. *The International Journal On Grey Literature*; 1(4): 179-182.
35. Baumann, A., & Blythe, J. (2003). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for Health Human Resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 1563-1581.
36. Baumann, A. & Blythe, J. (2003). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives*, 3 (1), 27-34.
37. Sam, P. (1999). *Clinical Practice Guidelines*. Retrieved Feb 25, 2006 from: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/intro.html>
38. Sackett, .L., Richardson WS., Rosenberg W., and Haynes RB. (1997) *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*, New York: Churchill-Livingston.
39. Joanna Briggs Institute. (2005) *Interim Report. A comprehensive systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and the impact towards creating a healthy environment*. Prepared for the South Australian

Department of Human Services: the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy. The Joanna Briggs institute, Adelaide, Australia.

40. Cambridge Advanced Learner's Dictionary. Edited by UP Cambridge. 2005. Cambridge University Press.
41. MacDonald, C. (2002). Nurses Autonomy as Relational. *Nursing Ethics*, 9(2): 194-201.
42. Goode, WJ. (1957). Community within a Community: The Professions. *American Sociological Review*, 20, 194-200.
43. Greenwood, E. (1957). Attributes of a Profession. *Social Work*, 2(3), 44-55.
44. Hall, RH. (1968). Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33, 92-104.
45. Halliday, TC. (1987). *Beyond Monopoly: Lawyers, State, Crises, and Professional Empowerment*. Chicago: University of Chicago Press.
46. Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
47. Benner, P., Hoper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care*. Toronto, Ontario: W.B.Saunders Co.
48. Van Hulle, Vincent C. (2005). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding children's pain. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(3), 177-183.
49. Prowse, MA. & Lyne, PA. (2000). Clinical effectiveness in the post-anaesthesia care unit: How nursing knowledge contributes to achieving intended patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1115-1124.
50. Thomas, M. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2005). Clinical judgments about endotracheal suctioning: What cues to expert pediatric critical care nurses consider? *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(4), 329-340. 51. Prowse, MA. & Heath, V. (2005). Working collaboratively in health care contexts: The influence of bioscientific knowledge on patient outcomes. *Nursing Education Today*, 25(2), 132-139.
51. Prowse, MA. & Heath, V. (2005). Working collaboratively in health care contexts: The influence of bioscientific knowledge on patient outcomes. *Nursing Education Today*, 25(2), 132-139.
52. Nutbeam, D. (1996). Improving the fit between research and practice in health promotion: overcoming structural barriers. *Canadian Journal of Public Health*, 87 (Supplement 2), S18-S23.
53. Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1:21-58.
54. Goble R. (2004). *The Network: TUFH Position Paper on Multiprofessional Education*. *Education for Health*, 17(3), 403-407.
55. Hall P. (2005). Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers. *Journal of Interprofessional Care Supplement*, 1:188-196.
56. Melnyk, BM. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based Practice in Nursing and Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
57. Fitzgerald, MA. & Byers, A. (2002), A rubric for selecting inquiry-based activities. *Science Scope*, 26(1), 22-25.
58. Kassirer, J. & Gory, GA. (1970). Clinical Problem Solving: A Behavioral Analysis. *Annals of Internal Medicine*, 89, 245-255.
59. Kachoyeanos, M., Eggenner, K., Lathrop, J., Ela, S. & Cunningham, T. (1991). Fostering a Spirit of Inquiry in Paediatric Staff Nurses. *Pediatric Nursing*, 17(6), 561-564.
60. Kipnis, T, Turner, L. & Vander Wal, R. (1992), Promoting the spirit of inquiry. *Canadian Nurse*, 88(1), 36-8.
61. Canadian Nurses Association. (2002). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa, ON: Author.
62. Mitchell, G (1999). Evidence-Based Practice: Critique and Alternate View. *Nursing Science quarterly*, 12(1), p 30-35.

63. Fowler, L (1998). Improving Critical Thinking in Nursing Practice. *Journal for Nurses in Staff Development*, 14(4), 183-187.
64. Pearson, A., et al. A comprehensive systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and impact towards creating a healthy work environment. Prepared for South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses Association, Ontario, Canada; and Health Canada, Office of Nursing Policy. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia. June 2005 – Draft copy version 1.
65. Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgement in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6) p. 204-211.
66. Carper B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advanced Nursing Science* 1 (1),13-23.
67. Concise Oxford Dictionary. (1982). The Seventh Edition. Edited by JB Sykes. Oxford , Clarendon Press.
68. Bergman, R. (1981). Accountability: Definition and dimensions. *International Nursing Review*, 28(2), 53-59.
69. Potter, PA & Perry, AG. (2001). *Fundamentals of Nursing*, 5th Edition. Philadelphia: Mosby-Year Book Inc.
70. Krozier B, Erb G, & Brerman ,A. (2004). *Foundations of Nursing: concepts, process and practice* (7th edition) Pearson Education.
71. Porter O’Grady, T. (1992). Transformational leadership in an age of chaos. *Nursing Administration Quarterly*, 17(1), 17-24.
72. Horsfall, GA. (1996). Accountability: The force behind empowerment. *Hospital Material Management Quarterly*, 18(2) 26-31.
73. Ballou , K A (1998). A Concept Analysis of Autonomy. *Journal of Professional Nursing*; 14(2);102-110.
74. Batey, M, & Lewis,F. (1982). Clarifying Autonomy and Accountability in Nursing Service: Part 1. *The Journal of Nursing Administration*, 13-18.
75. Matthews, S. , Lankshear, S. (2003). Describing the essential elements of a professional practice structure. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16 (2), 63-71.
76. Harwood, L., Ridley, J., Boule, L., Sawrence-Murphy, J.A., Malek, P. & White, S. (2003), Implementation challenges of a Rental nursing professional practice model. *Nephrology Nursing Journal*, 30(5), 503-515.
77. O’Rourke, MW. (2003). Rebuilding a professional practice model – The return of role-based practice accountability. *Nursing Administrative Quarterly*, 27(2), 95-105.
78. Ethridge, P. (1987). Nurse Accountability program improves satisfaction, turnover. *Health Progress*, 68(4), p.44-9.
79. Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.
80. Hoffart, N. & Woods, CQ. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing*, 12(6), 354-364.
81. Tourangeau, A. (2002).Nursing Skill Mix and Experience Reduce Patient Mortality. *Hospital Quarterly*, 5, 19-20.
82. Needleman, J., Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, & Zelevinsky K . (2002). Nurse -Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-22.
83. Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a Magnet Work Environment: Part 2. *Nursing*, 34(7), 44-47.
84. Kovner, CT., Hendrickson, G., Knickman, JR., & Finkler, SS. (1994). Nursing care delivery models and nurse satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 19(1), 74-85.

85. Smith, HL. & Hood, JN. (2005). Creating a favourable practice environment for nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), 525 – 532.
86. Acorn, S., Ratner, PA., & Crawford, M. (1997). Decentralization as a determinant of autonomy, job satisfaction, and organization commitment among nurse managers. *Nursing Research*, 46, 53-58.
87. Blanchfield, KC. & Biordi, DL. (1996). Power in practice: a study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-49.
88. Brady-Schwartz, D.C. (2005). Further recognition on the magnet recognition program. *Journal of Nursing Administration*, 35(9), 397– 403.
89. Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
90. Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
91. Yeo, M. and Moorhouse, A. (1996). *Concepts and Cases in Nursing Ethics*. Peterborough, Ontario: Broadview Press.
92. Mallike, MM. (1997), Advocacy in nursing – A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 130-138.
93. Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. In: Spicker SF, & Gadow S. (editors). *Nursing: Images and Ideals*. New York, NY: Springer Publishing Company.
94. Kohnke, MF. (1982) Advocacy: What is it? *Nursing and Health Care*, 3(6), 314-8.
95. Jenny, D. (1979). Patient Advocacy – Another Role for Nursing. *International Nursing Review*, 26(6), 176-181.
96. Leddy, S., & Pepper, JM. (1998). *Conceptual Bases of Professional Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
97. Nelson, M. (1988), Advocacy in nursing. *Nursing Outlook*, 36(3), 136-141.
98. Doran, D, Harrison MB, Laschinger H , Hirdes J , Rukholm E, Sidani S ,Hall LM, et al. Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings *Research in Nursing & Health*. 2006 Feb;29(1):61-70.
99. Halpern, IM. (2002). Reflections of a Health Policy Advocate: The Natural Extension of Nursing Activities. *Oncology Nursing Forum*, 29(9), 357-358.
100. International Council of Nurses (2000). Participation of Nurses in Health Services Decision Making and policy Development – Position Statement. Retrieved October 10, 2006, at <http://www.icn.ch/pspolicydev00.htm>
101. Reutter, L. & Duncan, S. (2002). Preparing nurses to promote health-enhancing public policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 3(4), 294-305.
102. Shamian, J., Skelton-Green, J. & Villeneuve, M. (2006). Policy as the lever for effecting change, in McIntyre, M., Thomsen, E. & McDonald, C. (editors). *Realities of Canadian Nursing – Professional, Practice and Power Issues* (2nd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
103. International Council of Nurses. (2001). Guidelines on shaping effective policy. Retrieved October 10, 2006, at www.icn.ch/Guidelines_shaping.pdf
104. Hanson, CM. & Spross, JA. (2000). Clinical and professional leadership, in Hamric, AB., Spross, JA., & Hanson, CM. (editors). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 2nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders.
105. Moritz, P. (1991). Innovative Nursing Practice Models and Patient Outcomes. *Nursing Outlook*, 39, 111-114.
106. Kohles, MK. and Donaho, BA. (1992). *Innovative Systems for Providing Acute Nursing Care*. Philadelphia: W.B. Saunders.

107. Marszalek-Gaucher E. & Elsenhans, VD. (1988). Intrapreneurship: tapping employee creativity. *Journal of Nursing Administration*, 18 (12), 20-22.
108. Arford, PH. & Zone-Smith, L. (2005). Organizational commitment to professional practice models. *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 467 – 472.
109. Zelauskas, B. & Howesm, D.G. (1992). The effects of implementing a professional practice model. *Journal of Nursing Administration*, 22 (7/8), 18-23.
110. Ball, C. & Cox, C. (2004). Part two: The core components of legitimate influence and the conditions that constrain or facilitate advanced nursing practice in adult critical care. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1),10-20.
111. Bachrach, MK., et al. (1988). Using Patient Outcomes to Define Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly*, Winter, 12(2), 45-51.
112. Mackay, G. and Risk, M. (2001). Building Quality Practice Settings: An Attributes Model. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14, (3), 19-27.
113. Kittrell Chitty, K. (2005). *Professional Nursing: Concepts and Challenges*, 4th edition. St. Louis: Elsevier Saunders.
114. American Association of Colleges of Nursing. (2002). White Paper Hallmarks of the Professional Nursing Practice Environment. Retrieved November 24, 2005 from: <http://www.aacn.nche.edu>
115. American Association of Critical Care Nurses. AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments a Journey to Excellence Retrieved June 2005 www.aacn.org
116. Laschinger, HKS. (2004). Hospital Nurses Perceptions of Respect and Organizational Justice. *Journal of Nursing Administration* , 34, 354-364.
117. Board on Health Care Services (HCS) and Institute of Medicine (IOM). (2004) *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington DC: National Academies Press.
118. Zwarenstein M., Reeves S., Barr H., Hammick M., Kople I. & Atkins J. (2006). Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes the Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*, Issue 3.
119. Barker KK . Bosco C. & Oanadsan I. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews *Journal of Interprofessional Care Supplement* 1:166-176.
120. Fagermoen, MS. (1997), Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441.
121. Oberle, K. & Davies, B. (1993). An exploration of nursing disillusionment. *The Canadian Journal of Nursing Research* 25(1), 67-76.
122. Appleton, C. (1993). The art of nursing: The experience of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 892-899.
123. Storch, J., Rodney, P. & Starzomski, R. (2004). *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto, ON: Prentice Hall.
124. Raines, ML. (2000). Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONAS Healthcare Law, Ethics, and Regulations*, 2 (1), 29-41.
125. Royal College of Physicians. (2005). *Doctors in society: Medical Professionalism in a Changing World*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP.

Referencias bibliográficas (en orden alfabético por autor)

- Acorn, S., Ratner, PA., & Crawford, M. (1997). Decentralization as a determinant of autonomy, job satisfaction, and organization commitment among nurse managers. *Nursing Research*, 46, 53-58.
- Aina L.O. 2000. Grey literature and library and information studies: a global perspective. *The International Journal On Grey Literature*; 1(4): 179-182.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- American Association of Colleges of Nursing. (2002). White Paper Hallmarks of the Professional Nursing Practice Environment. Retrieved November 24, 2005 from: <http://www.aacn.nche.edu>
- American Association of Critical Care Nurses. AACN Standards for Establishing and Sustaining Entornos laborales saludables a Journey to Excellence Retrieved June 2005 www.aacn.org
- American Nurses Association. (2000). Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Appleton, C. (1993). The art of nursing: The experience of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 892-899.
- Arford, PH. & Zone-Smith, L. (2005). Organizational commitment to professional practice models. *Journal of Nursing Administration*, 35(10). 467-472.
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario. Toronto, ON: Author.
- Bachrach, MK., et al. (1988). Using Patient Outcomes to Define Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly*, Winter, 12(2), 45-51.
- Ball, C. & Cox, C. (2004). Part two: The core components of legitimate influence and the conditions that constrain or facilitate advanced nursing practice in adult critical care. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1),10-20.
- Ballou , K A (1998). A Concept Analysis of Autonomy. *Journal of Professional Nursing*; 14(2);102-110.
- Batey, M, & Lewis,F. (1982). Clarifying Autonomy and Accountability in Nursing Service: Part 1. *The Journal of Nursing Administration*, 13-18.
- Barker KK . Bosco C. & Oanadsan I. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews *Journal of Interprofessional Care* supplement 1:166-176.
- Baumann, A., & Blythe, J. (2003). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for Health Human Resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 1563-1581.
- Baumann, A. & Blythe, J. (2003). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives*, 3 (1), 27-34.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001). Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- Benner, P., Hoper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care*. Toronto, Ontario: W.B.Saunders Co.
- Bergman, R. (1981). Accountability: Definition and dimensions. *International Nursing Review*, 28(2), 53-59.

- Blanchfield, K.C. & Biordi, D.L. (1996). Power in practice: a study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-49.
- Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$*, 16(4), 196-203.
- Board on Health Care Services (HCS) and Institute of Medicine (IOM). (2004) *Keeping Patients Safe :Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington DC: National Academies Press.
- Brady-Schwartz, D.C. (2005). Further recognition on the magnet recognition program. *Journal of Nursing Administration*, 35(9), 397- 403.
- Cambridge Advanced Learner's Dictionary. Edited by UP Cambridge. 2005. Cambridge University Press.
- Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). First Minister's meeting communiqué on health. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.
- Canadian Nurses Association. (2002). Code of Ethics for Registered Nurses. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Nurses Association. (2002). Planning for the future: Nursing human resource projections. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources. Carper B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advanced Nursing Science* 1 (1),13-23.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
- Concise Oxford Dictionary. (1982). The Seventh Edition. Edited by JB Sykes. Oxford , Clarendon Press.
- Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). Position statement on nursing clinical education. Toronto, ON: Author.
- Doran, D, -Harrison MB, Laschinger H , Hirdes J , Rukholm E, Sidani S ,Hall LM, et al. Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings *Research in Nursing & Health*. 2006 Feb;29(1):61-70.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46-58.
- Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
- Ethridge, P. (1987). Nurse Accountability program improves satisfaction, turnover. *Health Progress*, 68(4), p.44-9.
- Fagermoen, MS. (1997), Professional identity: Values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441.
- First Ministers' meeting on the future of health care (2004). Retrieved from: Nov 2004 – June 2005: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
- Fitzgerald, MA. & Byers, A. (2002), A rubric for selecting inquiry-based activities. *Science Scope*, 26(1), 22-25.
- Flexner, A. (1915). Is social work a profession? *Research on Social Work Practice*, 1(26): 901.
- Fowler, L (1998). Improving Critical Thinking in Nursing Practice . *Journal for Nurses in Staff Development* , 14(4), 183-187.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. In: Spicker SF, & Gawdow S. (editors). *Nursing: Images and Ideals*. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Goble R. (2004). The Network: TUFH Position Paper on Multiprofessional Education. *Education for Health*, 17(3), 403-407.
- Goode, WJ. (1957). Community within a Community: The Professions. *American Sociological Review*, 20, 194-200.
- Greenwood, E. (1957). Attributes of a Profession. *Social Work*, 2(3), 44-55.
- Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2002). The Social Construction of Nursing Caring. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.
- Hall P. (2005). Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers. *Journal of Interprofessional Care Supplement*, 1:188-196.
- Hall, RH. (1968). Professionalization and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33, 92-104.
- Halliday, TC. (1987). *Beyond Monopoly: Lawyers, State, Crises, and Professional Empowerment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hanson, CM. & Spross, JA. (2000). Clinical and professional leadership, in Hamric, AB., Spross, JA., & Hanson, CM. (editors). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 2nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Halpern, IM. (2002). Reflections of a Health Policy Advocate: The Natural Extension of Nursing Activities. *Oncology Nursing Forum*, 29(9), 357-358.
- Hoffart, N. & Woods, CQ. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing*, 12(6), 354-364.
- Harwood, L., Ridley, J., Boule, L., Sawrence-Murphy, J.A., Malek, P. & White, S. (2003), Implementation challenges of a Rental nursing professional practice model. *Nephrology Nursing Journal*, 30(5), 503-515.
- Health Canada (2003). First Ministers' accord on health care renewal. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf
- Horsfall, GA. (1996). Accountability: The force behind empowerment. *Hospital Material Management Quarterly*, 18(2) 26-31.
- International Council of Nurses (2000). Participation of Nurses in Health Services Decision Making and policy Development – Position Statement. Retrieved October 10, 2006, at <http://www.icn.ch/pspolicydev00.htm>
- International Council of Nurses. (2001). Guidelines on shaping effective policy. Retrieved October 10, 2006, at www.icn.ch/Guidelines_shaping.pdf
- Jenny, D. (1979). Patient Advocacy – Another Role for Nursing. *International Nursing Review*, 26(6), 176-181.
- Joanna Briggs Institute. (2005) Interm Report. A comprehensive systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and the impact towards creating a healthy environment. Prepared for the South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy. The Joanna Briggs institute, Adelaide, Australia.
- Kachoyanos, M., Eggner, K., Lathrop, J., Ela, S. & Cunningham, T. (1991). Fostering a Spirit of Inquiry in Paediatric Staff Nurses. *Pediatric Nursing*, 17(6), 561-564.
- Kassirer, J. & Gory, GA. (1970). Clinical Problem Solving: A Behavioral Analysis. *Annals of Internal Medicine*, 89, 245-255.
- Kipnis, T, Turner, L. & Vander Wal, R. (1992), Promoting the spirit of inquiry. *Canadian Nurse*, 88(1), 36-8.
- Kittrell Chitty, K. (2005). *Professional Nursing: Concepts and Challenges*, 4th edition. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Kohnke, MF. (1982) Advocacy: What is it? *Nursing and Health Care*, 3(6), 314-8.

- Kohles, MK. and Donaho, BA. (1992). *Innovative Systems for Providing Acute Nursing Care*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Krozier B, Erb G, & Brerman ,A. (2004). *Foundations of Nursing: concepts, process and practice* (7th edition) Pearson Education.
- Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kovner, CT., Hendrickson, G., Knickman, JR., & Finkler, SS. (1994). Nursing care delivery models and nurse satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 19(1), 74-85.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a Magnet Work Environment: Part 2. *Nursing*, 34(7), 44-47.
- Laschinger, HKS. (2004). Hospital Nurses Perceptions of Respect and Organizational Justice. *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364.
- Leddy, S., & Pepper, JM. (1998). *Conceptual Bases of Professional Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.
- Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
- MacDonald, C. (2002). Nurses Autonomy as Relational. *Nursing Ethics*, 9(2): 194-201.
- Mackay, G. and Risk, M. (2001). Building Quality Practice Settings: An Attributes Model. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14, (3), 19-27.
- Mallike, MM. (1997), Advocacy in nursing – A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 130-138.
- Marszalek-Gaucher E. & Elsenhans, VD. (1988). Intrapreneurship: tapping employee creativity. *Journal of Nursing Administration*, 18 (12), 20-22.
- Matthews, S. , Lankshear, S. (2003). Describing the essential elements of a professional practice structure. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16 (2), 63-71.
- Melnyk, BM. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based Practice in Nursing and Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitchell , G (1999). Evidence-Based Practice: Critique and Alternate View. *Nursing Science quarterly*, 12(1), p 30-35.
- Moritz, P. (1991). Innovative Nursing Practice Models and Patient Outcomes. *Nursing Outlook*, 39, 111-114.
- Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
- Needleman, J., Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, & Zelevinsky K . (2002). Nurse -Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-22.
- Nelson, M. (1988), Advocacy in nursing. *Nursing Outlook*, 36(3), 136-141.
- Nutbeam, D. (1996). Improving the fit between research and practice in health promotion: overcoming structural barriers. *Canadian Journal of Public Health*, 87 (Supplement 2), S18-S23.
- Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1:21-58.

O'Rourke, MW. (2003). Rebuilding a professional practice model – The return of role-based practice accountability. *Nursing Administrative Quarterly*, 27(2), 95-105.

Oberle, K. & Davies, B. (1993). An exploration of nursing disillusionment. *The Canadian Journal of Nursing Research* 25(1), 67-76.

Pearson, A., et al. Prepared for South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses Association, Ontario, Canada; and Health Canada, Office of Nursing Policy. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia. June 2005 – Draft copy version 1.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.

Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.

Porter O'Grady, T. (1992). Transformational leadership in an age of chaos. *Nursing Administration Quarterly*, 17(1), 17-24.

Potter, PA & Perry, AG. (2001). *Fundamentals of Nursing*, 5th Edition. Philadelphia: Mosby-Year Book Inc.

Prowse, MA. & Heath, V. (2005). Working collaboratively in health care contexts: The influence of bioscientific knowledge on patient outcomes. *Nursing Education Today*, 25(2), 132-139.

Prowse, MA. & Lyne, PA. (2000). Clinical effectiveness in the post-anaesthesia care unit: How nursing knowledge contributes to achieving intended patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1115-1124.

Raines, ML. (2000). Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONAS Healthcare Law, Ethics, and Regulations*, 2 (1), 29-41.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author. Reutter, L. & Duncan, S. (2002). Preparing nurses to promote health-enhancing public policies. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 3(4), 294-305.

Royal College of Physicians. (2005). *Doctors in society: Medical Professionalism in a Changing World*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP.

Sam, P. (1999). *Clinical Practice Guidelines*. Retrieved Feb 25, 2006 from: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/intro.html>

Sackett, L., Richardson WS., Rosenberg W., and Haynes RB. (1997) *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*, New York: Churchill-Livingston.

Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478–85.

Shamian, J., Skelton-Green, J. & Villeneuve, M. (2006). Policy as the lever for effecting change, in McIntyre, M., Thomsen, E. & McDonald, C. (editors). *Realities of Canadian Nursing – Professional, Practice and Power Issues* (2nd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.

- Smith, HL. & Hood, JN. (2005). Creating a favourable practice environment for nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), 525 – 532.
- Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588–600.
- Storch, J., Rodney, P. & Starzomski, R. (2004). *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto, ON: Prentice Hall.
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgement in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6) p. 204-211.
- Thomas, M. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2005). Clinical judgments about endotracheal suctioning: What cues to expert pediatric critical care nurses consider? *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(4), 329-340.
- Tourangeau, A. (2002). Nursing Skill Mix and Experience Reduce Patient Mortality. *Hospital Quarterly*, 5, 19-20.
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74*. Rockville, MD.
- Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.
- Van Hulle, Vincent C. (2005). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding children's pain. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(3), 177-183.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149–58.
- Yeo, M. and Moorhouse, A. (1996). *Concepts and Cases in Nursing Ethics*. Peterborough, Ontario: Broadview Press.
- Zelauskas, B. & Howes, D.G. (1992). The effects of implementing a professional practice model. *Journal of Nursing Administration*, 22 (7/8), 18-23.
- Zwarenstein M., Reeves S., Barr H., Hammick M., Kople I. & Atkins J. (2006). *Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes the Cochrane Collaboration*. The Cochrane Library, Issue 3.

Anexo A: Glosario de términos

Autonomía relacional: Autodirección significativa dentro de un contexto de interdependencia.⁴¹

Autorregulación: Autorregulación significa que la profesión se gobierna, tanto a través de un organismo regulador como de forma individual, en el sentido de que cada miembro es responsable de la práctica de acuerdo con las normas de la profesión y de mantenerse al día, de forma competente, a través de su carrera de enfermería. www.cno.org/international_en/general/gloss.htm, consultado en octubre de 2005.

Base: Explicación de los motivos, la base lógica y las razones fundamentales.

Becas de práctica clínica avanzada de la RNAO: Las becas de práctica clínica avanzada de la RNAO (RNAO Advanced Clinical/Practice Fellowships o ACPF, por sus siglas en inglés) son una oportunidad de formación en enfermería destinada a mejorar las competencias en las siguientes áreas: liderazgo, clínica e implantación de guías de buenas prácticas con el objetivo principal de mejorar los cuidados al paciente y los resultados en Ontario. Con el apoyo de la Organización Patrocinadora de las Becas de Enfermería (Nurse Fellow's Sponsor Organization), la enfermera trabaja con un mentor o equipo experimentado en la especialidad deseada. La ACPF es un proyecto financiado por el Gobierno de Ontario. Para más información, visite www.rnao.org/acpf.

Colaboración: Trabajar conjuntamente con los demás, especialmente en tareas intelectuales.⁹⁰

Compromiso: Moralmente dedicada a; participación o implicación.

Consenso: Opinión colectiva alcanzada por un grupo de individuos que trabajan juntos en condiciones que permiten una comunicación abierta y solidaria, de manera que todos en el grupo consideran que han tenido una buena oportunidad de influir en la decisión y pueden defenderla ante otros.

Enfermería: Abarca las enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN) enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada como las especialistas clínicas.

Entorno laboral saludable: Un entorno laboral saludable para las enfermeras es un centro sanitario en el que se hace especial hincapié en la salud y bienestar de las enfermeras, los resultados de pacientes o usuarios y el rendimiento de las instituciones.

Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática, basadas en la evidencia disponible, para ayudar en la toma de decisiones acerca de las estructuras y procesos más adecuados para alcanzar un entorno laboral saludable.

Interdependencia: Dependencia de los demás y de sus esfuerzos, capacidades, conocimientos, etc.

Ámbito de la práctica: Definición legal de las actividades que una profesión puede o no puede llevar a cabo. www.ecdoctors.com/glossary.htm, consultado en octubre de 2005.

Interdisciplinar: Un trabajo interdisciplinar es el que integra conceptos procedentes de distintas disciplinas. Un equipo interdisciplinar es un equipo de personas con formación en diversos campos. Los equipos interdisciplinarios son habituales en entornos complejos como la atención sanitaria. en.wikipedia.org/wiki/Interdisciplinary, consultado en octubre de 2005.

Investigación cualitativa: Métodos de recopilación y análisis de datos que no son cuantitativos. La investigación cualitativa utiliza una serie de metodologías para obtener datos a partir de la observación o entrevistas a los participantes para comprender sus puntos de vista, su forma de ver el mundo o sus experiencias.

Literatura Gris: También llamada literatura no convencional. Material que puede no estar publicado formalmente, como por ejemplo informes institucionales, informes científicos y técnicos, ponencias en congresos, informes internos, documentos gubernamentales, boletines, hojas informativas y tesis, que no son fácilmente accesibles a través de las vías comerciales. La literatura no convencional no incluye revistas científicas habituales, libros o publicaciones populares que están disponibles a través de los canales tradicionales de publicación comercial en wikipedia.org/wiki/Grey_literature, consultado en octubre de 2005.

Paciente / usuario / residente: Destinatario(s) de los cuidados de enfermería. Esto incluye individuos, (familiar, tutor, cuidador de apoyo) familias, grupos, poblaciones o comunidades enteras. Durante la formación, el paciente puede ser un estudiante; en la administración, el paciente puede ser un miembro del personal; y en la investigación, el paciente es un participante del estudio.

Pensamiento Crítico: Ir más allá de las conclusiones obvias para realizar juicios informados y con un propósito claro.⁶³

Práctica reflexiva : Hábito de dedicarse a la reflexión para identificar los elementos clave de los acontecimientos pasados www.teach-nology.com/glossary/terms/r/, consultado en octubre de 2005. Uno de los componentes del Programa de Garantía de Calidad del Colegio Profesional de Enfermeras de Ontario (College of Nurses of Ontario Quality Assurance Program). Este proceso de cinco pasos ayuda a las enfermeras a mantener su competencia en el entorno rápido y cambiante de la atención sanitaria actual. Cada año, todas las enfermeras que ejercen en Ontario deben completar el programa de práctica reflexiva y declarar su participación en el programa www.cno.org/international_en/general/gloss.htm consultado en octubre de 2005.

Profesión: Ocupación cuyo núcleo es un trabajo basado en el dominio de un conjunto complejo de conocimientos y capacidades. Se trata de una vocación en la que el conocimiento de algún ámbito de la ciencia, el aprendizaje o la práctica de un arte fundado en ella se utiliza al servicio de los demás. Sus miembros están comprometidos con la competencia, la integridad, la moral, el altruismo y la promoción del bien público dentro de su ámbito. Estos compromisos constituyen la base de un contrato social entre la profesión y la sociedad, lo que otorga a la profesión el derecho a la autonomía en la práctica y el privilegio de

la autorregulación. Las profesiones y quienes las ejercen son responsables ante aquellos a quienes sirven y ante la sociedad.¹²⁵

Profesional: Vocación que implica una rama avanzada del saber o de la ciencia.

Profesionalidad: Cualidades o características típicas de una profesión o profesional.⁶⁷ Conjunto de actitudes y acciones que sugiere conocimiento y capacidad técnica.

Revisión sistemática: Aplicación de un enfoque científico riguroso a la preparación de un artículo de revisión. Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y variaciones en el tratamiento y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones.

Sintetizar: Síntesis (del griego syn = junto y tesis = postura) suele definirse como la integración de dos o más elementos preexistentes que se traduce en una nueva creación. El término es amplio en su significado y se puede aplicar al ámbito físico, ideológico o fenomenológico. entities.en.wikipedia.org/wiki/ , consultado en octubre de 2005.

Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía

Profesionalidad en la enfermería: Proceso de desarrollo de la Guía

En abril de 2004, la RNAO convocó a un equipo de enfermeras expertas elegidas por su experiencia en la práctica profesional, en la investigación, la administración y en el entorno académico de la enfermería y que representaban una amplia gama de especialidades de enfermería, funciones y entornos sanitarios. Este equipo, con el objetivo de desarrollar la Guía de buenas prácticas, siguió los pasos que se detallan a continuación:

- El ámbito de aplicación de la Guía se definió en una declaración de alcance y propósito.
- Se enviaron los términos de búsqueda relacionados con la profesionalidad de la enfermera al Instituto Joanna Briggs (Joanna Briggs Institute, en lo sucesivo JBI por sus siglas en inglés)³⁹ para llevar a cabo una amplia revisión de la literatura.
- El equipo desarrolló un marco para organizar los conceptos y el contenido de la Guía.
- El equipo examinó el informe provisional del JBI.
- El Servicio de Enfermería de la Unidad de Investigación de la Salud (Nursing Health Services Research Unit) llevó a cabo una revisión de la literatura complementaria (página web de la Universidad McMaster).
- Se llevó a cabo una revisión de los resultados de la revisión sistemática de la literatura del JBI.
- A través de un proceso de discusión y consenso, se desarrollaron recomendaciones preliminares y características basadas en la evidencia de la literatura.
- Se completó una versión preliminar de la Guía de buenas prácticas.
- Se presentó un borrador de la guía y se sometió a revisión por parte de colaboradores externos. Entre los colaboradores se encuentran varios grupos de profesionales sanitarios, así como asociaciones profesionales. Los colaboradores externos recibieron preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios, así como la oportunidad de ofrecer su asesoramiento e impresiones generales.
- El equipo de desarrollo recopiló y revisó estos resultados; y la discusión posterior y el consenso dieron como resultado una serie de revisiones del borrador final antes de la publicación.
- La versión final de la Guía se presentó para su publicación e implantación piloto.

Anexo C: Proceso de revisión sistemática de la literatura sobre profesionalidad en enfermería del Instituto Joanna Briggs (JBI por sus siglas en inglés)

1. Se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura, introduciendo las palabras clave asociadas al tema amplio de la profesionalidad en las siguientes bases de datos:

- CINAHL
- Medline
- Embase
- PsychInfo

2. Protocolo

El objetivo general era realizar una revisión sistemática integral que identificase la mejor evidencia disponible sobre la relación de los conocimientos, competencias y comportamientos de las enfermeras que ejercen una práctica profesional en su lugar de trabajo y su impacto sobre los entornos laborales saludables.

En concreto, la revisión tiene por objeto determinar los elementos de la práctica de las enfermeras profesionales (conocimientos, competencias y comportamientos) que influyen en la calidad de los resultados para los pacientes, las enfermeras, las instituciones y el sistema, y que dan como resultado un entorno laboral saludable.

3. Las palabras clave para las búsquedas incluyeron:

- Comportamiento
- Competencia
- Relaciones interprofesionales
- Enfermera
- Formación en enfermería
- Conocimiento de enfermería
- Modelos de práctica en enfermería
- Resultados
- Autonomía profesional
- Competencia profesional
- Desarrollo profesional
- Conocimiento profesional
- Paciente tipo
- Práctica profesional
- Papel profesional
- Profesionalidad

4. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda tuvo como objetivo encontrar estudios y documentos, tanto publicados como no publicados. La búsqueda se limitó a los documentos en idioma Inglés. Se empleó una estrategia de búsqueda en tres pasos. Se realizó una búsqueda inicial limitada en las bases de datos de MEDLINE y CINAHL para determinar los términos de búsqueda óptimos, seguida de un análisis de las palabras que figuran en el título y el resumen, y de los términos del índice utilizados para describir el artículo. A continuación se llevó a cabo una segunda búsqueda extensa empleando todas las palabras clave identificadas y los términos del índice. El tercer paso fue la búsqueda de la lista de referencia para estudios adicionales de todos los informes y artículos identificados. Las bases de datos que se utilizaron incluyen:

- ABI/Inform (Dec 2004)
- CINAHL (1982-Dec 2004)
- Cochrane Library (Dec 2004)
- Current Contents (Dec 2004)
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) (Dec 2004)
- Econ lit (Dec 2004)
- Embase (1980-2004)
- ERIC (Dec 2004)
- OVID Medline (R) In-Process and Other Non-Indexed Citations and Ovid Medline (R) (1966-Dec 2004)
- PsycINFO (1966-2004)
- PubMed (Dec 2004)
- Sociological Abstracts (Dec 2004)

La búsqueda de estudios no publicados incluyó la base de datos Dissertation Abstracts International.

También se llevó a cabo una búsqueda de literatura gris a través de Google.

5. **Se evaluó** la relevancia de los estudios identificados durante la búsqueda en bases de datos según la información del título y del resumen. Se recuperaron todos los documentos que parecían cumplir con los criterios de inclusión y se evaluó de nuevo su relevancia para la revisión.
6. **Los estudios identificados** que cumplieran los criterios de inclusión se agruparon según el tipo de estudio (por ejemplo, experimental, descriptivo, etc.).
7. **Dos revisores independientes** evaluaron la calidad metodológica de los trabajos antes de incluirlos en la revisión mediante un instrumento de valoración crítica adecuado dentro del paquete SUMARI (Sistema de Gestión Unificada, Evaluación y Revisión de la información o System for the Unified Management, Assessment and Review of Information, según su nombre en inglés), que es un software especialmente diseñado para gestionar, evaluar, analizar y sintetizar⁶ datos.

Las discrepancias entre los revisores se resolvieron mediante discusión y, en caso necesario, mediante la participación de un tercer revisor.

Resultados de la revisión

En la revisión se incluyó un total de 38 ensayos. Varios textos y artículos de opinión cumplían los criterios de revisión, pero estos trabajos no se incluyeron en el análisis de la revisión, ya que los trabajos de investigación se consideraron de mayor calidad. En total, se incluyeron en la revisión: un estudio cuasi-experimental, nueve estudios descriptivos y nueve estudios cualitativos. Se obtuvieron siete síntesis gracias a los temas clave relacionados con la autoconciencia, la tutoría de comunicación en la colaboración, la formación de comportamientos profesionales y las capacidades relacionadas con la práctica profesional.

Anexo D: Proceso de Búsqueda de literatura adicional sobre profesionalidad en enfermería: diciembre 2004 - enero 2005

1. Bases de datos de la búsqueda:

1. CINAHL –
2. Medline
3. WebSPIRS – Incluye Negocios, Salud, Ciencia, Recursos Humanos, Ciencias sociales, y Ciencia y tecnología

2. Límites:

1. 1995-2005 (posteriormente ampliado a todos los años debido contexto histórico del tema)
2. Idioma inglés

3. Palabras clave:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. mediación | 16. profesionalización |
| 2. altruismo | 17. enfermer* |
| 3. atributo | 18. profesión |
| 4. autonomía | 19. práctica |
| 5. características | 20. identidad profesional |
| 6. criterios | 21. práctica profesional |
| 7. valores críticos | 22. funciones |
| 8. definición | 23. ciencia |
| 9. formación | 24. semi-profesional |
| 10. elementos esenciales | 25. socialización |
| 11. ética | 26. estándar |
| 12. jerarquía | 27. estructuras |
| 13. conocimiento | 28. teoría |
| 14. filosofía | 29. rasgos |
| 15. profesión* | 30. trabajo |

* Busca en todos los términos que incluyen el prefijo (por ejemplo, enfermer*: enfermería, enfermera, enfermeras).

MARZO de 2007

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

 **investen**
isciii

Entornos laborales saludables
Guías de buenas prácticas

Profesionalidad en la enfermería

*Hecho posible gracias a la financiación del
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

*Desarrollado en colaboración con Health Canada,
Office of Nursing Policy*

ISBN
0-920166-82-2

