

U N I D A D

# 0



## PREPARANDO EL ESCENARIO

- 1 TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO:  
LOS FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y PROGRAMÁTICOS DEL  
PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO ..... 3



# TRANSFORMAR LA ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO: LOS FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y PROGRAMÁTICOS DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

*Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD (hon), Dr (hc), O.ONT*

## OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender los fundamentos conceptuales y programáticos del programa de Guías de Buenas Prácticas (Guías) de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).
- Definir el término *Guía de buenas prácticas* y subrayar sus beneficios.
- Describir dos dicotomías artificiales de la enfermería y cómo han influido en la profesión enfermera y en el programa de Guías de Buenas Prácticas.
- Identificar los tres pilares del programa de Guías de Buenas Prácticas y cómo se interrelacionan.
- Aprender los conceptos de *ampliación hacia arriba*, *ampliación hacia fuera* y *ampliación hacia dentro*.
- Discutir los factores que han sustentado el éxito del Programa de Guías de Buenas Prácticas.
- Explicar el concepto de *identidad colectiva* y la función que cumple para moldear y sostener culturas de práctica basada en la evidencia y la adopción de las Guías de Buenas Prácticas.

# INTRODUCCIÓN

*“A menos que progresems en nuestra enfermería cada año, cada mes, cada semana, toma mi palabra que vamos hacia atrás.”*

–Florence Nightingale

Este capítulo contiene los fundamentos conceptuales y programáticos del programa de Guías de Buenas Prácticas (Guías) liderado por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés), la mayor provincia de Canadá. Las Guías de Buenas Prácticas son “Declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a las decisiones del cliente sobre la atención clínica adecuada para circunstancias específicas.” (Field & Lohr, 1990, p. 8). Las Guías de RNAO se basan en la mejor evidencia posible e incluyen recomendaciones para enfermeras y demás profesionales sanitarios, gestores, formadores y legisladores para mejorar tanto los resultados clínicos como los del entorno laboral. Estas Guías ofrecen una evaluación de la calidad de la literatura científica relevante y una valoración de los posibles beneficios y daños de una intervención en particular. Esta información permite al profesional sanitario elegir la mejor atención para el paciente en función de sus preferencias. El programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO es integral y multifacético e incluye el desarrollo de las guías, el apoyo para la implantación, y un sistema internacional de datos para la evaluación de resultados.

El capítulo está organizado en cuatro secciones principales. La primera sección se ocupa de los fundamentos conceptuales del programa de Guías de Buenas Prácticas. Subraya un cambio paradigmático en la enfermería para disminuir las dicotomías innecesarias que han sido creadas artificialmente por nuestra profesión, como aquellas entre el cuidado frente a la curación, el trabajo emocional frente al trabajo cognitivo, y el cuidado frente a la competencia. En su lugar se ofrece una amplia conceptualización que abarca las dimensiones cognitiva, física y relacional de la práctica enfermera, todas igualmente importantes y que requieren competencia y experiencia. En esta sección, se explica por qué el enfoque en el conocimiento enfermero, definido así de forma amplia, es tan importante para los resultados del paciente, de la institución y del sistema de salud; así como el valor añadido que aporta un programa diseñado específicamente para desarrollar, difundir y apoyar a las enfermeras en el uso de conocimientos basados en la evidencia dentro de su práctica diaria. Esta sección también señala la responsabilidad dual, de las enfermeras individualmente y de sus entornos de trabajo, para ofrecer una atención segura y de calidad.

La segunda sección lleva la discusión de la teoría y los conceptos al trasfondo programático e institucional. Da cuenta de la historia a lo largo de las dos décadas del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO, con atención a sus orígenes, objetivos, diseño y evolución, y atiende a la singularidad del programa, que contempla: 1) el desarrollo de guías; 2) la difusión, la implantación y la sostenibilidad; 3) la monitorización y la evaluación. Asimismo, expone la situación de la enfermería y el contexto más amplio en que se enmarca en Ontario (Canadá) para hacer posible este programa y su extraordinaria expansión local, nacional e internacional desde su inicio en 1998 hasta la fecha.

La tercera sección de este capítulo explora los factores que han logrado que el programa haya alcanzado el éxito del que goza hoy día y del cual se pueden extraer lecciones para otros. Los siete factores de interés son: localización, integralidad, solidez, resultados probados, accesibilidad, vanguardia e identidad colectiva.

Finalmente, en la última sección exploramos cuáles deben ser los siguientes pasos del programa de Guías de Buenas Prácticas RNAO, respondiendo a las necesidades locales y globales de la comunidad enfermera y de las personas a las que atendemos.

# LA VISIÓN: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ENFERMERÍA

Este libro y el programa de Guías de Buenas Prácticas que describe se centran en el conocimiento enfermero. En concreto, se da respuesta a las siguientes preguntas: ¿Por qué la práctica basada en la evidencia no es lo habitual en la atención sanitaria actual? ¿Por qué la práctica basada en la evidencia para realizar avances en los cuidados enfermeros? ¿Y cómo influye en los resultados del paciente, de la institución y del sistema sanitario? Los lectores pueden pensar que se da por sentado que la práctica de todos los profesionales sanitarios se basa en la mejor evidencia y pueden preguntarse por qué es necesario hacer todo este esfuerzo programático y este libro sobre conocimiento enfermero basado en la evidencia. La sencilla respuesta es que este no es el caso y, de hecho, la práctica, de acuerdo con las últimas investigaciones demuestra que se requiere un esfuerzo académico y profesional—a nivel individual e institucional—dedicado a que se logre una práctica diaria basada en la mejor evidencia disponible. El único objetivo del programa de Guías de Buenas Prácticas es ayudar a las enfermeras y a los demás profesionales sanitarios, así como a las instituciones y sistemas sanitarios en que trabajan, a avanzar en esta dirección. Para obtener una visión global del programa de Guías de Buenas Prácticas y de por qué es necesario, vamos a iniciar primero una discusión analítica de qué significa “el cuidado” en enfermería.

“El cuidado” es un concepto fundamental en la práctica de la enfermería. Aunque a primera vista parezca que su significado es obvio y que todo el mundo lo comparte, si nos detenemos más atentamente a examinarlo vemos que desaparece esa simplicidad y surgen varias preguntas. ¿El cuidado es un rasgo humano o una competencia? ¿El cuidado es intuitivo o es un conocimiento aprendido? ¿Se trata de un trabajo emocional y relacional o también es un trabajo cognitivo y físico? ¿Es el cuidado la responsabilidad moral de cada enfermera individual o una responsabilidad colectiva? Como veremos, aclarar estas preguntas y afinar nuestra comprensión de lo que es el cuidado enfermero son puntos importantes en este programa de RNAO centrado en el avance del conocimiento de enfermería.

Este capítulo se ocupa de estos y otros temas clave en enfermería que explican por qué RNAO, que es una asociación profesional de enfermeras profesionales, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería de Ontario (Canadá), ha decidido embarcarse en un programa a gran escala centrado en la práctica basada en la evidencia.

## REFLEXIÓN

*¿Hasta qué punto está integrada la práctica basada en la evidencia en la atención sanitaria? ¿Y en la enfermería? En su lugar de trabajo, ¿la práctica está basada en la evidencia? Si es así, ¿qué herramientas se utilizan? Si no es así, ¿por qué?*

## ¿QUÉ ES EL CUIDADO?

La enfermería está firmemente arraigada en una ética de atención y cuidado. Considerados vitales para la enfermería, no es sorprendente que la atención y el cuidado sean conceptos fundamentales para muchas teorías de enfermería y para los estudios de enfermería (Benner, 1994; Bishop & Scudder, 1991; Boykin & Schoenhofer, 1993; Gadow, 1985; Leininger, 1980; Watson, 1985, 2005). También se percibe la enfermería como una “profesión de cuidados” de forma recurrente tanto por parte de la sociedad en general (Young-Mason, 1997) como por parte de los medios de comunicación (Picard, 2000) y de legisladores y analistas políticos (Decter, 2000).

Las definiciones del cuidado y la atención son variadas, por lo que los términos empleados han sido diversos: ideales morales (Gadow, 1985; Watson, 1999), actividades enriquecedoras (Leininger, 1978; Swanson, 1991), esenciales para la práctica de la enfermería (Weiss, 1988), una forma de práctica (Swanson, 1999), un rasgo humano (Griffin, 1983; Ray, 1989; Roach, 1987), un efecto (Forest, 1989) y una experiencia (Boykin & Schoenhofer, 1993).

El cuidado, como un concepto fundamental de la enfermería, ha sido criticado en ocasiones como “intervención de alcance limitado” que no ha beneficiado ni a enfermeras ni a pacientes (Buresh & Gordon, 2003; Gordon,

1997). Hay quien argumenta que se ha socializado tradicionalmente a las enfermeras para “actuar virtuosamente”, enfatizando los actos compasivos por encima del conocimiento y la capacidad, lo que no ha hecho ningún favor ni a enfermeras ni a pacientes (Gordon, 2005; Nelson & Gordon, 2006). El estudio etnográfico de Grinspun (2010) sobre la construcción social del cuidado enfermero concluyó que esa idea de virtud refuerza patrones de comportamiento en detrimento de enfermeras y pacientes, lo que origina un discurso que enfatiza el apoyo emocional y minimiza el esfuerzo cognitivo, la competencia y la experiencia.

A continuación, se exponen dos dicotomías conceptuales que ayudan a explicar por qué RNAO se ha embarcado en el desarrollo de un programa de práctica basada en la evidencia.

## LA DICOTOMÍA CUIDADO-COMPETENCIA

Halldórsdóttir (1997) señala que “la dicotomía artificial entre cuidado y competencia que ha surgido en parte del trabajo académico es de lo más desafortunada, dado que la enfermería es una ciencia práctica en la que la competencia es primaria, especialmente desde el punto de vista del paciente” (p. 105). La autora argumenta que el fomento de la enfermería como arte y como ciencia hace que la competencia y el cuidado sean elementos indispensables. Los pacientes a los que entrevistó señalaron sistemáticamente que la competencia es un componente clave en el cuidado profesional e indicaron que el cuidado sin competencia apenas tiene valor. Al mismo tiempo, la competencia profesional no significa un trato menos humano. Los entrevistados por Halldórsdóttir destacaron específicamente los aspectos humanos del cuidado enfermero: auténtica preocupación y respeto por el paciente, aceptación del paciente tal y como es y reconocimiento de su dolor y sufrimiento. Su mensaje central es que “los pacientes no ven el cuidado y la competencia como una dicotomía; más bien, los perciben como dos elementos que tienen que ir de la mano para ser de algún valor para el cuidado profesional” (Halldórsdóttir, 1997, p. 110). Las conclusiones de Calman (2006) son similares, pues muestran que los pacientes perciben el conocimiento y las habilidades técnicas como competencias mínimas necesarias, pero no suficientes por sí mismas. De forma similar, Liu, Mok y Wong (2006) indican que el cuidado enfermero, tal y como lo perciben pacientes con cáncer en China, debe abarcar conocimiento profesional cualificado, actitudes y habilidades en oncología y apoyo informativo, emocional y práctico de utilidad. Esta visión viene a ser respaldada por la tesis doctoral de Grinspun (2010), en la que una de las conclusiones centrales es que “el cuidado no es solo un proceso relacional o emocional, sino que también incluye un esfuerzo intelectual y físico” (p. 12).

El conocimiento como concepto fundamental en la enfermería constituye una expectativa implícita para los pacientes y, en ocasiones, para las propias enfermeras. De hecho, las investigaciones muestran que el público general y los pacientes asumen que las enfermeras siempre son competentes, e incluso si hubiera quien se lo cuestionase, no sería capaz de evaluar dicha competencia, especialmente en términos de conocimiento clínico y habilidades técnicas. Calman (2006) apunta que la mayoría de los pacientes dan por sentada la competencia técnica y clínica, asumiendo que son los hospitales quienes deben preocuparse por contratar a enfermeras competentes. Si así fuera, estaría abordando la prueba contradictoria de lo que los pacientes valoran. Calman (2006) señala que la literatura sobre este tema ha defendido tanto la competencia interpersonal como la competencia técnica. Su estudio indica que tanto las habilidades interpersonales como las técnicas son importantes como base de una práctica competente, pero que es posible que los pacientes no las destaquen por considerar que este es un tema de las enfermeras y no de los pacientes, y que se asume que siempre van a contar con dichas habilidades (Calman, 2006: p. 722).

Rechazar la dicotomía cuidado-competencia es un paso en la dirección correcta, pero hace necesario distinguir entre los conceptos de cuidado (definido estrictamente como afecto y cariño) y competencia (definida estrictamente como trabajo físico y cognitivo). Sin embargo, estas distinciones plantean diversos problemas. En primer lugar, suponen capacidades innatas de cuidado relacional. En segundo lugar, implican que el trabajo físico y cognitivo de las enfermeras no son formas de cuidado. Por lo tanto, para evitar esta dicotomía artificial es necesario conceptualizar dos dimensiones del trabajo de cuidados: 1) el cuidado abarca de forma general todos los ámbitos de la práctica y 2) la competencia es necesaria en todos los ámbitos de la práctica para ofrecer un cuidado efectivo.



### REFLEXIÓN

*¿Cómo ha experimentado usted la dicotomía competencia-cuidado en su formación y/o en su ejercicio de la enfermería?*

En nuestro programa de Guías de Buenas Prácticas consideramos que todos los ámbitos de práctica enfermera, ya sean emocionales o clínicos, requieren competencia y que facilitar el acceso a la evidencia sirve para mejorar la competencia y la experiencia.

## LA DICOTOMÍA CUIDADO-CURACIÓN

Otra dicotomía que resulta problemática, y que también ha sido creada artificialmente, es la del paradigma cuidado-curación. Moland (2006) argumenta que una definición estricta del cuidado sitúa a las enfermeras en una posición inferior a la de los médicos, quienes son los encargados de curar (rol basado en el conocimiento científico y en la experiencia técnica). Esta idea refleja mal la integridad moral del personal de enfermería, contribuye a su propia mala imagen como trabajadores con conocimientos y reduce las oportunidades de que los médicos los vean como tales (Moland, 2006).

Una dicotomía de cuidado-curación plantea importantes retos a las enfermeras que buscan igualdad en el lugar de trabajo, ya que asume que ciertos profesionales sanitarios se guían por el corazón y los sentimientos para confortar al paciente, en tanto que otros usan el intelecto para ocuparse de problemas clínicos. De acuerdo con esta imagen, una profesión se gana el cariño de los pacientes y la otra su respeto. Resulta desalentador encontrar interacciones en las que las enfermeras discuten situaciones clínicas con colegas médicos, presentándoles su experiencia en forma de sugerencias en vez de afirmaciones basadas en el conocimiento (Grinspun, 2010).

El programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO se plantea para facilitar el acceso a evidencia rigurosa de todos los ámbitos de la práctica enfermera, incluidos la promoción de la salud (por ej., prevención de la obesidad infantil), la prevención de enfermedades (p. ej., abandono del tabaquismo) y aspectos curativos del cuidado clínico en el que las enfermeras tienen un papel destacado (p. ej., cuidado de heridas en personas con diabetes).



**REFLEXIÓN**  
*¿Qué papel desempeñan las propias enfermeras a la hora de perpetuar o disipar las opiniones asociadas a la dicotomía cuidado-curación? ¿Cómo podemos ayudarnos unos a otros a estar más atentos para luchar contra esta dicotomía?*

## REDEFINICIÓN DEL CUIDADO COMO TRABAJO COGNITIVO, FÍSICO Y RELACIONAL

Las definiciones parciales del trabajo de prestación de cuidados de las enfermeras como una tarea fundamentalmente emocional y relacional, agravadas por jerarquías interprofesionales y estructuras institucionales que hasta la fecha veneran (o temen) a los médicos por encima de todas las demás profesiones de la salud, tienen consecuencias perjudiciales para los pacientes y el sistema de salud en su conjunto. La consecuencia más dañina (pero en ningún caso la única) es el silenciamiento del conocimiento de las enfermeras (Grinspun, 2010: p. 193). La tragedia y el sufrimiento humanos que se derivan de este silenciamiento son palpables y devastadores (Grinspun, 2010: p. 269); por ejemplo, como ocurrió en el juicio de un cirujano cardíaco pediátrico que fue considerado responsable de la muerte de doce niños en un hospital canadiense de Manitoba. Las transcripciones de las audiencias del proceso legal indican que los responsables del hospital describieron a las enfermeras como “emocionales” cuando expresaron repetidamente su preocupación por las malas prácticas clínicas y el excesivo número de muertes asociadas con dicho cirujano. Los investigadores concluyeron que las experiencias y las observaciones del personal de enfermería a lo largo de 1994 les llevaron a expresar preocupaciones serias y legítimas que, sin embargo, fueron ignoradas (Manitoba Health, 2001; Sinclair, 2001).

De hecho, el conocimiento de las enfermeras y su capacidad para contribuir con su conocimiento al avance de la excelencia en la atención clínica están fuertemente influidos por el estatus y el poder (Grinspun, 2007, 2010). La deslegitimación de los conocimientos de enfermería como “intuición” es un ejemplo de ello. A menudo se

puede escuchar a las enfermeras describir un “presentimiento”, una “corazonada” o una “intuición”, cuando de lo que en realidad están hablando es de un sofisticado proceso de cognición rápida. La cognición rápida es “el conocimiento experto que permite a las enfermeras comprender patrones en múltiples pacientes y escenarios clínicos y aplicarlos correctamente a nuevas situaciones clínicas. La cognición rápida requiere conocimiento clínico avanzado, reconocimiento de patrones y conocimiento específico del paciente obtenido a través de la continuidad de la relación” (Grinspun, 2010, p. 178). Al calificar un proceso cognitivo tan sofisticado como “intuición”, se menosprecia el conocimiento enfermero y se perjudica a los pacientes, quienes pueden dejar de recibir todo el valor de este conocimiento.

El programa de Guías de Buenas Prácticas potencia una conceptualización de la práctica asistencial enfermera que conjuga el cuidado cognitivo (p. ej., conocimientos clínicos, planificación de los cuidados), cuidado físico (p. ej., aseo y baño) y cuidado relacional (p. ej., comunicación, presencia, compasión). Así, las Guías de Buenas Prácticas apoyan la excelencia en los cuidados de enfermería y sirven también como altavoz para que las enfermeras hablen sobre su práctica.



*¿Por qué es importante para enfermeras y pacientes que veamos el cuidado desde una perspectiva de trabajo cognitivo, físico y relacional en lugar de una respuesta principalmente emocional?*

## EL CUIDADO: UNA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

El trabajo de las enfermeras con los pacientes, en todos sus ámbitos, tiene lugar en el contexto de una organización social de un determinado lugar de trabajo, ya sea en clínicas de atención primaria, en unidades hospitalarias, en domicilios, en centros de larga estancia o en cualquier otro lugar en el que trabaje una enfermera. Por tanto, comprender el entorno de trabajo de las enfermeras y moldearlo de forma que estimule el buen trabajo enfermero es fundamental para lograr buenos servicios de enfermería que optimicen los resultados a pacientes.

Entender la labor asistencial de las enfermeras como un proceso de trabajo que, como cualquier otro servicio humano, ha sido construido histórica y socialmente bajo unas condiciones, valores y relaciones de poder específicos es fundamental para que las enfermeras puedan ofrecer unos servicios seguros y de calidad (Grinspun, 2010). Por ejemplo, se ha escrito mucho sobre el impacto negativo que tiene la reducción del número de enfermeras en atención hospitalaria sobre los resultados en la salud del paciente (Aiken et al., 2001; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Aiken et al., 2016; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002; Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky, & Mattke, 2006; RNAO, 2017a). A pesar de esto, se sigue reemplazando a las enfermeras profesionales por personal menos cualificado tanto en Canadá como en otros lugares. Otros han escrito sobre el impacto de los modelos organizativos de prestación de cuidados, argumentando que se prefieren los modelos que promueven la continuidad de la atención y que evitan la fragmentación de la atención, como es el caso de la enfermería de atención primaria (Grinspun, 2010; Meyer, Wang, Li, Thomson, & O'Brien-Pallas, 2009; RNAO, 2006). No obstante, dichos modelos se contradicen con las recomendaciones formuladas por consultores externos en materia de costes, que a menudo promueven modelos organizativos en los que no se emplea una plantilla íntegramente conformada por enfermeras tituladas, sino que se sugiere una combinación de habilidades con una mayor proporción de personal menos cualificado y donde las enfermeras se ocupan principalmente de las tareas de coordinación (Cummings, 2006; Urden & Walston, 2001).

Esta perspectiva, que enfatiza el contexto y la importancia de las relaciones sociales en el lugar de trabajo, asume que la puesta en marcha de prácticas asistenciales (ya sean de tipo emocional, físico o cognitivo) es una responsabilidad colectiva que implica importantes procesos de trabajo que pueden fomentar u obstaculizar la atención óptima. Comprender los procesos de trabajo de la labor enfermera nos ayuda a abordar los factores

sistémicos y estructurales que facilitan o dificultan su tarea. De hecho, “el trabajo asistencial de las enfermeras se construye socialmente en el contexto de su cotidianidad en su vida privada y laboral, y en él influyen diversas realidades culturales, sociopolíticas y económicas” (Grinspun, 2010, p. 11).

Por ello, cada guía recoge tres áreas principales de recomendaciones de buenas prácticas: 1) recomendaciones para la práctica, o lo que las enfermeras deben hacer para optimizar los resultados del paciente; 2) recomendaciones para la formación, o lo que las enfermeras deben saber para ofrecer una atención enfermera óptima; 3) recomendaciones para la organización y las directrices, o qué deben hacer las instituciones para optimizar la adopción del conocimiento y la capacidad de poner en práctica dicho conocimiento en el trabajo diario. RNAO ha reconocido la crucial importancia del entorno laboral al ofrecer además de las Guías de Buenas Prácticas clínicas, también Guías de Buenas Prácticas para el entorno laboral. De esta manera, el Capítulo 2 se centra en las guías clínicas y el Capítulo 3 se ocupa de las Guías de Buenas Prácticas para el entorno laboral.

Partiendo de los fundamentos conceptuales del programa de Guías de Buenas Prácticas, pasamos ahora al contexto que hizo posible y facilitó su evolución.



## REFLEXIÓN

*¿Cómo influyen los contextos institucionales y las relaciones de poder en la práctica de las enfermeras? ¿Ha percibido estas influencias en su trabajo y/o formación?*

## ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE RNAO

Entre 1996 y 1997 hubo alteraciones generalizadas en el sistema hospitalario de Ontario como resultado de la reestructuración y del despido de enfermeras. RNAO adoptó un papel de liderazgo durante este difícil periodo, lo que condujo a una colaboración positiva con el gobierno. En 1997, el Gobierno de Ontario aprobó la ley *Expanded Nursing Services for Patients Act* (Ley de servicios de enfermería ampliados para pacientes). En marzo de 1998, tras el informe de RNAO *Putting Out the Healthcare Fire* (RNAO, 1998) y diversas reuniones con el Premier de Ontario y con la Ministro de Salud, el gobierno anunció en la Reunión General Anual de RNAO en abril de 1998 el establecimiento de la *Ontario Nursing Task Force* (Comisión de trabajo de cuidados enfermeros de Ontario) para mejorar la calidad de los cuidados al paciente mediante el uso eficaz de los recursos enfermeros (RNAO, 2013). Su informe de 1999, *Good Nursing, Good Health: An Investment for the 21st Century*, recomendaba distintas estrategias diseñadas para ayudar a Ontario a retener y atraer enfermeras, mejorar sus condiciones de trabajo y garantizar que las enfermeras tuviesen las habilidades y los conocimientos necesarios para ofrecer cuidados en un entorno cada vez más complejo (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care—Nursing Task Force, 1999). Una de las recomendaciones del informe era la de establecer modelos clínicos en entornos de práctica para que las enfermeras adquiriesen experiencia en diversas áreas clínicas y se les reconociesen estas nuevas habilidades. RNAO aprovechó esta recomendación y presentó una propuesta para financiar un programa sobre guías basadas en la evidencia.

## ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERAS DE ONTARIO (CANADÁ)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO,) es la asociación profesional que representa a enfermeras registradas, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería en Ontario. Desde 1925, RNAO ha abogado por una política pública saludable, ha promovido la excelencia en la práctica de la enfermería, ha aumentado la contribución de las enfermeras a moldear el sistema de salud y ha influido en las decisiones que afectan a las enfermeras y al público al que atienden.

Las pautas estratégicas de RNAO son:

- Comprometerse con enfermeras registradas, enfermeras especialistas y estudiantes de enfermería para estimular su afiliación.
- Influir en las políticas públicas que fortalecen a Medicare (el sistema de salud universal de Canadá, de financiación y gestión públicas) e impactan en los determinantes de la salud.
- Impulsar el papel y la imagen de las enfermeras como miembros de una profesión fundamental basada en el conocimiento y el cuidado, y como contribuyentes significativas a la salud.
- Pronunciarse sobre temas emergentes que afectan a las enfermeras y a la profesión de enfermería, la salud y los servicios de salud (RNAO, s.f.-a).

RNAO contaba con la capacidad y la experiencia para liderar esta iniciativa en nombre de la comunidad enfermera. Habíamos adquirido experiencia en la creación de guías de enfermería basadas en la mejor evidencia disponible (Grinspun, Librado, & Góngora, 2005). RNAO también contaba con las redes sociales y profesionales necesarias para difundir las guías en Ontario y Canadá. La propuesta inicial de RNAO recomendaba desarrollar las guías en áreas donde la enfermería tuviera un impacto en la salud y en los resultados clínicos, de modo que pudieran beneficiar a un número significativo de personas. Le recordamos al gobierno que, encuesta tras encuesta, se constata que el público canadiense considera la enfermería como la más fiable de todas las profesiones y que las Guías de Buenas Prácticas son una herramienta crítica para apoyar a las enfermeras en su práctica diaria. De hecho, las guías sirven para aumentar la profunda confianza del público en las enfermeras, ya que refuerzan los conocimientos clínicos e institucionales de las enfermeras. En 1998, Elizabeth Witmer, Ministra de Salud de Ontario, vio el potencial de las Guías de Buenas Prácticas y en 1999 asignó una financiación plurianual a RNAO para crear un programa dedicado al desarrollo y la implantación de las mismas.

## PROPÓSITOS, METAS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE GUÍAS

El programa de Guías de Buenas Prácticas (BPG Program) fue lanzado oficialmente en 1999 por RNAO en colaboración con el Ministerio de Salud de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, MOHLTC). El propósito del programa desde su inicio ha sido dar apoyo a las enfermeras de Ontario (enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras de especialidad), proporcionándoles las Guías de Buenas Prácticas para el cuidado del paciente. Pensamos que así se podrían mejorar las oportunidades de las enfermeras para hacer valer su competencia y experiencia clínica y relacional en base a la evidencia más relevante. Esta capacidad incentivada inspiraría la acción individual de cada enfermera y estudiante de enfermería, se extendería a los niveles colectivos de las instituciones académicas y de servicios e influiría en el amplio espectro de la política sanitaria. Así, las enfermeras optimizarían su contribución a los resultados de pacientes, instituciones y del propio sistema de salud.

Las metas del programa son:

- Mejorar la coherencia y la calidad de la atención enfermera en toda la provincia de Ontario.

- Mejorar el acceso a servicios de enfermería de calidad.
- Difundir los recursos lo más ampliamente posible para maximizar los beneficios a pacientes, enfermeras y del sistema sanitario.

Los objetivos del programa son:

- Desarrollar, implantar y evaluar tres Guías de Buenas Prácticas cada año.
- Examinar y revisar las Guías de Buenas Prácticas cada 5 años.
- Desarrollar e implantar mecanismos de difusión e implantación efectivos para garantizar la adopción y la sostenibilidad de las Guías de Buenas Prácticas.
- Evaluar los procesos de desarrollo, difusión e implantación, así como los resultados asociados a las Guías de Buenas Prácticas.

## PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: DISEÑO Y EVOLUCIÓN INTENCIONADA

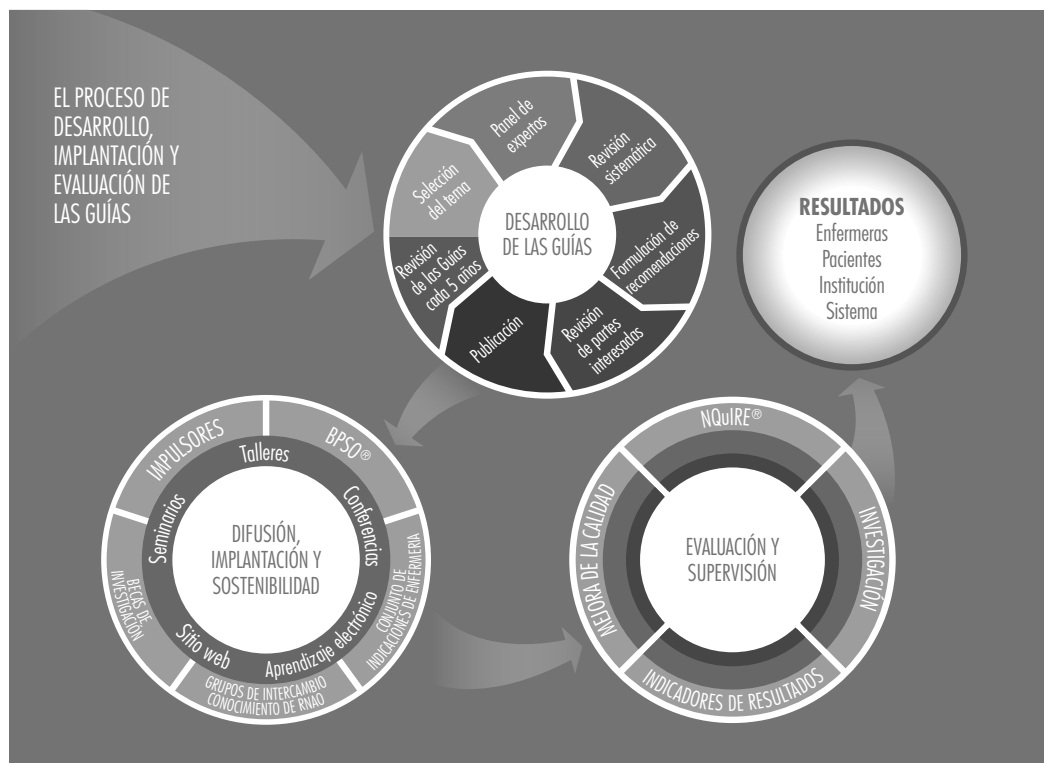
Desde el principio nos dimos cuenta de que el enfoque tradicional de planificación estricta, y a menudo de arriba hacia abajo, utilizado por los gestores sanitarios no produciría el tipo de compromiso social que se necesita para ofrecer un cambio sustancial y sostenido a nivel clínico, organizativo y del sistema sanitario a través del programa de Guías de Buenas Prácticas. Nuestro planteamiento tenía que ser multifacético e incluir procesos que atrajeran a las enfermeras para suscitar su compromiso personal y movilizar su energía de forma que se convirtieran en motores del cambio. En la misma línea que el enfoque general de RNAO para trabajar con nuestros miembros, el programa de Guías de Buenas Prácticas emula un movimiento social de base, que crea y brinda los cambios propuestos por las guías clínicas. El objetivo final de este movimiento ha sido, por su diseño, claro y coherente: impulsar la práctica basada en la evidencia y mejorar los resultados de pacientes, de la organización y del sistema sanitario. Un segundo objetivo, que no hemos tratado de rehuir, es darle protagonismo a la enfermería y a las enfermeras como profesionales del conocimiento que contribuyen de manera determinante a la consecución de unos buenos resultados en salud.

Un aspecto importante del programa de Guías ha sido su evolución intencionada, tanto como programa integral como en cada uno de sus componentes. Por evolución intencionada se entiende que tomamos decisiones conscientes y deliberadas sobre la ralentización o la aceleración del crecimiento y la expansión. De esta manera, decidimos desde el principio que las necesidades de campo y la disposición de RNAO impulsarían el crecimiento y la evolución del programa. Esta evolución orientada a un fin nos permite garantizar que el programa sea dinámico y permanente y que responda a las necesidades del sistema de salud, los pacientes y las enfermeras. Además, también nos ha permitido hacer que el programa evolucione y se extienda más allá de los límites de la provincia de Ontario, abarcando la sociedad del resto de Canadá y la de todo el mundo, algo que no imaginamos en 1999. En este punto, somos plenamente conscientes de las oportunidades que ofrece la expansión internacional del programa, así como de los potenciales retos que este crecimiento conlleva. Los resultados positivos de este planteamiento de evolución intencionada (por diseño), discutidos en detalle en el Capítulo 12, son evidentes y también se pueden observar en los demás capítulos de este libro. La Figura 1.1 muestra el modelo del programa de Guías de Buenas Prácticas con sus tres pilares.



### REFLEXIÓN

*¿Cuáles son las ventajas de que los pilares de desarrollo, implantación y evaluación de las guías sean parte del mismo programa? ¿Señalaría alguna desventaja? Si es así, ¿cómo podría superarse?*



**FIGURA 1.1** Modelo del programa de Guías de Buenas Prácticas.

© Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Todos los derechos reservados. Utilizado con permiso.

## ASPECTOS CLAVE DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Este apartado se ocupa de los aspectos clave del programa, mientras que en posteriores capítulos del libro se ofrecerá una descripción detallada de cada componente.

### DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Las primeras cuatro Guías de Buenas Prácticas se desarrollaron a finales del año 2000, se hicieron ensayos en 2001 y se lanzaron y publicaron en 2002 (Scarrow, 2008). En 2003, decidimos que, además de las guías basadas en la evidencia que mejoran la práctica clínica de las enfermeras, existía una necesidad urgente de disponer de guías basadas en la evidencia para enriquecer los entornos laborales. Para 2003 RNAO ya había publicado 17 guías clínicas y una “herramienta” basada en la evidencia para que las instituciones implantasen las guías (JPNC Implementation Monitoring Subcommittee, 2003). El ritmo del progreso siguió acelerando en respuesta a la demanda del trabajo de campo. Ya en 2008 se habían desarrollado y se estaban usando 31 guías clínicas y 6 Guías de Buenas Prácticas para entornos laborales en Ontario y en todo Canadá (Scarrow, 2008).

Para velar por la vigencia de la evidencia, empezamos a reducir la producción de nuevas guías para desarrollar la nueva generación de las ya existentes. En 2017, el programa de Guías contaba con 41 guías clínicas y 12 Guías de Buenas Prácticas para entornos laborales saludables (p. ej., prevención de la violencia en el lugar de trabajo) y/o guías del sistema sanitario (p. ej., transiciones entre diferentes niveles de atención). El compromiso inalterable de RNAO para mantener un riguroso ciclo de revisión de las guías ha originado una relación sólida y de confianza entre RNAO y los usuarios y las entidades de financiación de las guías. El tema central del Capítulo 2 es el desarrollo de nuestras Guías de Buenas Prácticas clínicas.

## DIFUSIÓN, IMPLANTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

Los planes de RNAO marcados desde el principio del proyecto incluían una amplia difusión de las guías basadas en la evidencia y un apoyo activo para su implantación. La implantación funciona en tres niveles de forma única y/o colectiva: el nivel micro para las enfermeras individuales, el nivel meso para instituciones académicas y de servicios, y el nivel macro para el sistema sanitario. El objetivo es garantizar la implantación efectiva, sostenible y escalable de las Guías de Buenas Prácticas tanto a nivel clínico como de gestión. Actualmente, RNAO lidera lo que es probablemente el programa de implantación de práctica basada en la evidencia más sólido y extenso, dirigido a enfermeras de todo el mundo y que constituye uno de los programas más fuertes en el ámbito de la salud. Todo ello es resultado de un planteamiento entusiasta y comprometido a la implantación científica en conjunción con una atención constante para aprender y dar respuesta a las diversas necesidades sobre la materia. El programa de Guías de Buenas Prácticas ha evolucionado a lo largo del tiempo, tanto en profundidad como en amplitud de conocimiento, y también ha desarrollado su capacidad para movilizar el conocimiento basado en la evidencia.

El trabajo de Moore, Riddell y Vocisano (2015) discute la expansión de un programa de emprendimiento social de tres maneras: 1) ampliación hacia arriba, o mediante la ampliación de la cobertura; 2) ampliación hacia fuera, o mediante la adaptación de políticas, leyes y directrices; 3) ampliación hacia dentro, o mediante el cambio de normas y cultura. Argumentan que para maximizar los beneficios de la implantación, los tres aspectos son importantes. Si adaptamos estos conceptos al programa de RNAO, trasladamos la ampliación hacia arriba cuando se difunden las guías ampliamente dentro de una institución; se amplían hacia fuera cuando se trasladan a otras instituciones o hacia todo el sistema de salud; y se amplían hacia dentro cuando se consigue su adopción y sostenibilidad y se logra crear una cultura basada en la evidencia. La ampliación hacia dentro puede producirse en el seno de una institución o transversalmente en todo el sistema sanitario, especialmente mediante un impacto en las políticas. Usamos estos conceptos para describir brevemente la evolución de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO.



### REFLEXIÓN

*¿Cómo ha influido el estatus de RNAO como asociación profesional en la difusión de las guías?*

## AMPLIACIÓN HACIA ARRIBA: DIFUSIÓN Y ADOPCIÓN

El foco de la ampliación hacia arriba se centra en la amplia difusión y adopción de las Guías dentro de una institución. Nuestra primera iniciativa de difusión fue el desarrollo del proyecto *Champions* (impulsores). En 2002 empezamos a formar a enfermeras individuales como impulsoras de las Guías de Buenas Prácticas para facilitar la asimilación de las guías en sus lugares de trabajo y en 2003 ya contábamos con 278 impulsores en todos los sectores del sistema sanitario de Ontario (JPNC Implementation Monitoring Subcommittee, 2003). Al principio, todos los impulsores eran enfermeras de atención directa; sin embargo, con los años esta función ha evolucionado hasta incluir a todo tipo de enfermeras y demás profesionales sanitarios de toda índole. Desde el principio y hasta el día de hoy, se trata de individuos seleccionados por las propias instituciones (en muchos casos elegidos por sus colegas) y/o que se han prestado voluntariamente para desempeñar esta labor. Este planteamiento de abajo a arriba ayuda a asegurar su sostenibilidad, además, a los impulsores les apasiona la práctica basada en la evidencia y la mejora de la atención y la salud de las personas. Trabajan para concienciar acerca de las Guías de Buenas Prácticas, ayudan a comprenderlas y contribuyen a su adopción entre los compañeros del trabajo. En 2002, tras haber formado ya a cientos de impulsores, lanzamos la *Champions Network*, una red de impulsores para fomentar el compromiso activo y el intercambio de conocimientos entre los propios impulsores y entre ellos y RNAO.

Ahora, a través de este programa, más de 50.000 impulsores voluntarios tienen acceso a herramientas y estrategias como talleres presenciales, teleconferencias, seminarios web y módulos en línea. Los detalles de este programa se tratan en el Capítulo 4. El programa se ha ampliado para incluir Certified BPSO Orientation Trainers (formadores de formación de BPSO certificados) y Certified BPSO Auditors (auditores de BPSO certificados). Estos nuevos roles se discuten en el Capítulo 12.

El siguiente desarrollo del programa de Guías de Buenas Prácticas fue la creación de los CCEC, los Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (Best Practice Spotlight Organizations en adelante BPSO, por sus siglas en inglés) para dar soporte a las instituciones sanitarias en la implantación sistemática de las guías y que se presentaron por primera vez en 2003 en Ontario. Trabajamos con las primeras siete instituciones sanitarias para crear conjuntamente un enfoque estructurado para que las instituciones utilizaran las Guías de Buenas Prácticas y evaluaran su impacto (RNAO, 2004). La designación de una institución como centro BPSO implica entrar en un proceso competitivo de solicitud y queda reservado para instituciones académicas y de atención sanitaria seleccionadas para suscribir un acuerdo formal de 3 años para la implantación de múltiples Guías de Buenas Prácticas. Estos criterios también han evolucionado según un fin predeterminado, por ejemplo, como requisito de solicitud de propuestas para las tres primeras cohortes de centros BPSO en Ontario se exigió poner en práctica un mínimo de tres Guías de Buenas Prácticas clínicas de su elección. El requisito de solicitud de propuestas para las cohortes cuarta y quinta fue implantar un mínimo de cinco guías de su elección. A partir de la sexta cohorte (la actual en el momento de la redacción de este libro), la solicitud de propuestas estipula dos Guías de Buenas Prácticas de su elección y tres guías comunes a su sector sanitario (salud pública, atención primaria, atención hospitalaria, atención domiciliaria, residencias de la tercera edad, etc.). Actualmente existen 550 Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO® en su siglas inglesas) en todo el mundo, como ilustra la Figura 1.2 sobre la red de BPSO mundial; este enfoque permite obtener datos fiables para la evaluación y la comparación de resultados en organizaciones similares. Los BPSO tienen la opción de renovar su acuerdo después de completar satisfactoriamente su primer acuerdo de 3 años. Cada renovación es por 2 años adicionales durante los cuales se comprometen a la difusión continua de las guías existentes, la adopción de dos nuevas guías y la evaluación de su impacto en los resultados.



**FIGURA 1.2** Mapa de la red de centros BPSO mundial

© Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Todos los derechos reservados. Utilizado con autorización.

## MODELOS DE BPSO

La designación de una organización como Centro Comprometido con la Excelencia en los Cuidados (BPSO) ofrece la oportunidad a las instituciones académicas y de atención sanitaria de asociarse formalmente con RNAO durante un periodo de 3 años y, pasado ese tiempo, la asociación se puede renovar de forma bienal. El objeto de dicha asociación es el de crear una cultura basada en la evidencia mediante la implantación sistemática de la evaluación de los resultados de múltiples Guías de Buenas Prácticas de RNAO.

Hay dos modelos de BPSO para aquellas instituciones académicas y de atención sanitaria que se planteen solicitar la acreditación como centro BPSO:

- El *BPSO Direct Model* (Modelo de centro BPSO Directo) es el más adecuado para organizaciones individuales que deseen solicitar a RNAO la suscripción de un acuerdo de tres años. Estas organizaciones trabajan directamente con RNAO para cumplir con los requisitos de acreditación como centro BPSO. En Ontario, las instituciones sanitarias que forman parte de este programa son centros BPSO Directos.
- El *BPSO Host Model* (Modelo de centro BPSO Coordinador) es el más apropiado para organizaciones con capacidad para ejecutar, en nombre de RNAO, el programa completo de acreditación como BPSO para un grupo de instituciones sanitarias y /o académicas en un país, una región o una comunidad. En este modelo, el centro BPSO Coordinador suscribe un acuerdo formal con RNAO para ofrecer y supervisar la acreditación como BPSO de RNAO en el país o la región en que se localiza. El BPSO Coordinador se responsabiliza de seleccionar a los centros BPSO Directos, ofrecer orientación, formación y apoyo, supervisar el progreso y evaluar los resultados. El centro BPSO Coordinador presenta informes periódicos a RNAO y actúa como enlace entre RNAO y los BPSO en el país, la región o la comunidad en cuestión, garantizando la plena coherencia y el despliegue sistemático de todos los aspectos del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO, incluidos: la implantación de las guías, la evaluación, la sostenibilidad, la ampliación hacia arriba y la ampliación hacia fuera.

RNAO apoya a los centros BPSO Coordinadores y a los centros BPSO Directos fuera de Ontario con materiales, metodología y tutoría continua sin coste alguno. A su vez, los centros BPSO no reciben financiación de RNAO y deben obtener los recursos necesarios para gestionar plenamente la calificación obtenida.

En 2010, el programa de Guías de Buenas Prácticas abrió sus puertas a nivel internacional cuando el gobierno de España se acercó a RNAO y fue el primero en colaborar con la traducción de las guías al español y posteriormente en apoyar la creación de una red de centros BPSO en ese país. Esto supuso una gran oportunidad, ya que España es un país con más de 46 millones de personas y 164.385 enfermeras (en 2015). La traducción de las Guías al español ha sido fundamental para permitir el acceso a las Guías de Buenas Prácticas de RNAO a millones de enfermeras y demás profesionales sanitarios de habla hispana en todo el mundo. También nos llevó a vislumbrar un modelo que permitiría la expansión y la sostenibilidad de la acreditación de centros BPSO en nuestro país y en el extranjero; de esta manera nació el concepto de Centro BPSO Coordinador, que coordina una red de centros BPSO. En los Capítulos 12 y 13 se abordan estos importantes acontecimientos y sus resultados hasta la fecha.

La expansión nacional e internacional fue un salto importante en el programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO y los resultados son impresionantes. En 2014, RNAO tenía 370 centros BPSO en Ontario, Quebec, Nueva Escocia y fuera de Canadá; hoy tenemos 550. El Capítulo 6 detalla el trabajo de los centros BPSO. Nos planteamos los BPSO como laboratorios vivos que nos permitirían demostrar cómo la atención enfermera, que se basa en la evidencia contenida en las guías de RNAO, mejora tanto la salud de los pacientes como los resultados de las instituciones y del sistema sanitario. Los Capítulos 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15 y 17 abordan las experiencias de los centros BPSO en sus propias palabras y muestran una visión que ahora ya forma parte de la realidad en la que viven.

Los centros BPSO se han revelado como un poderoso mecanismo para la difusión y el mantenimiento de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO al propiciar un sentido de identidad colectiva entre sus participantes, concepto al que volveremos más adelante en este mismo capítulo. También han alimentado una cultura de práctica basada en la evidencia en el seno de las instituciones sanitarias (Bajnok, Grinspun, Lloyd, & McConnell, 2015; Grinspun, 2011), y su éxito ha sido reconocido tanto en Canadá (Health Council of Canada, 2012) como internacionalmente (WHO, 2015).



## REFLEXIÓN

*¿De qué manera un lenguaje enfermero común, derivado del uso de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO, da forma a la profesión y al impacto que tiene en todo el mundo?*

## AMPLIACIÓN HACIA FUERA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

El programa también ha evolucionado en alcance y muchos de los programas que han surgido en Ontario se han ampliado a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, en reconocimiento de la experiencia de RNAO, el Canadian Patient Safety Institute (Instituto Canadiense por la Seguridad del Paciente, en adelante CPSI, por sus siglas en inglés) recurrió a RNAO para que actuase como agencia líder nacional en la prevención de caídas y desarrollase un recurso sobre conceptos básicos sobre la prevención de caídas (*Falls Prevention/Injury Reduction Getting Started Kit*). En los últimos 10 años, a partir de la gran popularidad de las Guías de Buenas Prácticas sobre caídas que se emplean de forma generalizada en todos los sectores, RNAO se ha asociado con el CPSI en distintos programas de seguridad y salud (*Safer Healthcare Now!*) que incluyen: National Collaborative for the Prevention of Falls in Long-Term Care (2008–2009), Falls Virtual Collaborative (2010–2011), y Falls Facilitated Learning Series (2011–2012). Asimismo, ha desarrollado un recurso sumamente útil sobre la sostenibilidad de los programas de prevención de caídas. Además, RNAO ha celebrado, junto con el CPSI, todas estas actividades nacionales, aprovechando lo aprendido del programa de buenas prácticas de cuidados de larga duración iniciado en Ontario en 2005, que ha mejorado la calidad de la atención a los residentes y ha facilitado una cultura de práctica basada en la evidencia entre el personal de atención directa a través de la implantación de las guías en centros de larga estancia. El Capítulo 10 detalla distintas iniciativas de difusión, como el trabajo líder sobre caídas de RNAO con el CPSI, aprovechando la guía de RNAO sobre este tema. En el Capítulo 11 se presenta en su totalidad el programa de buenas prácticas de cuidados de larga duración y se describen tanto los factores clave para su éxito como las ideas más eficaces para su difusión.

## APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

El programa de Guías de Buenas Prácticas ha reconocido desde el principio el valor de las herramientas tecnológicas como apoyo para la práctica enfermera. Fue el primero de este tipo de programas que creó “conjuntos de normas enfermeras” basados en la evidencia y extraídos de las recomendaciones prácticas de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO y también desarrolló un conjunto de herramientas electrónicas: el *eHealth Toolkit* (RNAO, 2009). Más recientemente, se publicó la guía sobre soluciones de salud tecnológicas *Adopting eHealth Solutions: Implementation Strategies* (RNAO, 2017b) con la financiación de Canada Health Infoway, una organización independiente, sin ánimo de lucro y de financiación federal encargada de acelerar la adopción de soluciones sanitarias digitales en todo Canadá (Punch, 2017). Estas herramientas, detalladas en el Capítulo 5, están diseñadas para facilitar la traducción de la evidencia a la práctica de enfermería mediante el uso de la tecnología.

A través de estas innovaciones en eHealth (en adelante, eSalud), y en especial los conjuntos de normas enfermeras, RNAO ha obtenido la acreditación como Centro de investigación y desarrollo bajo la Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (en adelante ICNP, por sus siglas en inglés) (International Council of Nurses, 2013), siendo uno de los únicos 15 centros que existen en todo el mundo y el primero en Norteamérica. La acreditación reconoce la contribución continuada de RNAO al programa de eSalud del International Council of Nurses (Consejo Internacional de Enfermeras) mediante el desarrollo de los códigos de la ICNP derivados de los conjuntos de normas enfermeras de RNAO y las medidas de resultado de las Guías de Buenas Prácticas.

Los conjuntos de normas enfermeras de RNAO son intervenciones basadas en la evidencia y recursos de apoyo a las decisiones clínicas que han sido extraídos de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO (RNAO, s.f.-b). Permiten integrar la mejor evidencia disponible en la práctica diaria usando la tecnología para facilitar el acceso al punto de atención. Los conjuntos de normas enfermeras permiten la evaluación de la implantación de las guías al ofrecer un mecanismo para vincular intervenciones específicas con los correspondientes indicadores basados en la evidencia. Las indicaciones de cada intervención van en consonancia con el lenguaje de la terminología de la ICNP para favorecer la recopilación y el intercambio estandarizados de información enfermera en todo el mundo.

Otro ejemplo de la capacidad inspiradora de las guías es la Iniciativa pancanadiense de Guías de Buenas Prácticas sobre prevención del maltrato y la negligencia en personas mayores (*Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults*), centrada en reconocer, manejar y prevenir el maltrato y la negligencia en personas mayores en distintas instituciones sanitarias y entornos comunitarios de Canadá. Financiado por el Gobierno de Canadá, el programa para personas mayores New Horizons incluye el desarrollo por parte de RNAO de una Guía de buenas prácticas, así como una estrategia de difusión, implantación y evaluación, herramientas de práctica, un programa de aprendizaje electrónico y diversos recursos en un lenguaje sencillo para el público general. La iniciativa se basa en el éxito de un proyecto colaborativo entre RNAO y la Canadian Nurses Association (CNA, Asociación de Enfermeras de Canadá), también financiada por el gobierno federal, que lanzó la creación de los PEACE, centros de excelencia para la prevención del maltrato de las personas mayores (Prevention of Elder Abuse Centres of Excellence) en 2010 en 10 centros de larga estancia en diversos puntos del país.



#### REFLEXIÓN

*¿Qué impacto ha tenido la integración de la práctica basada en la evidencia y la tecnología en los recursos de implantación de cara a su asimilación?*

De manera similar, la iniciativa para dejar de fumar de las Guías de Buenas Prácticas (Nursing Best Practice Smoking Cessation Initiative) comenzó en Ontario y luego se extendió por todo el país en asociación con la Canadian Nurses Association y con fondos del Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada). Esta iniciativa aborda la principal causa prevenible de muerte prematura, enfermedad y discapacidad, basándose en pruebas que sugieren que incluso una intervención mínima por parte de los profesionales de la salud puede reducir drásticamente las tasas de tabaquismo. Con gran atención a la transferencia de conocimientos, la movilización de redes y un mayor uso de los servicios y programas existentes, el objetivo de esta iniciativa nacional es fortalecer la capacidad de las enfermeras para ayudar a sus pacientes mediante la incorporación, en su práctica diaria, de estrategias y técnicas para dejar de fumar. Para 2013, la iniciativa ya se había puesto en contacto formalmente con 350 organizaciones y había designado a más de 2.600 impulsores de buenas prácticas para el abandono del hábito de fumar en todo Canadá. Este programa se detalla en el Capítulo 10.

Si bien el programa de Guías de Buenas Prácticas tiene su sede en Ontario, su presencia es muy importante en Canadá y en el ámbito internacional. Como prueba de ello, las Guías han sido traducidas al francés, español, chino, japonés, alemán e italiano. Además, unas 30 de estas Guías de Buenas Prácticas clínicas están disponibles en el National Guideline Clearinghouse (NGC), una página web creada por la agencia estadounidense Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que forma parte del Departamento de Sanidad de Estados Unidos (Department of Health and Human Services). Los Capítulos 13, 14, 15 y 17 comparten algunas experiencias de los socios internacionales de BPSO.



#### REFLEXIÓN

*¿Qué factores han sido fundamentales para el éxito de diversas iniciativas provinciales y nacionales que se han basado en las guías?*

## AMPLIACIÓN HACIA DENTRO: TRANSFORMACIÓN DE VALORES A NIVEL INDIVIDUAL, INSTITUCIONAL Y DEL SISTEMA SANITARIO

El hecho de encontrarse dentro de una asociación profesional de enfermería enriquece el programa de Guías de Buenas Prácticas, ya que proporciona una gran cantidad de miembros voluntarios entre enfermeras registradas, enfermeras de especialistas y estudiantes de enfermería listos para adoptar y probar dichas guías. Por lo tanto, la identificación de una base inicial de primeros usuarios y un campo de pruebas para las guías nunca fue un problema para RNAO. La red de vínculos profesionales de RNAO con otras asociaciones de enfermeras y no enfermeras también ha beneficiado al programa. Como se verá en el Capítulo 18, para los colaboradores que no pertenecen al ámbito de la enfermería los beneficios de la experiencia de RNAO residen en el desarrollo y la implantación de Guías, además del gran impacto que tiene RNAO en políticas de salud, atención sanitaria y enfermería. Formar parte de una gran asociación profesional también significa tener personal experto. RNAO se organiza en siete departamentos, cada uno con amplia experiencia en su campo: Oficina Ejecutiva, Afiliación y Servicios, Asuntos Internacionales y Guías de Buenas Prácticas (International Affairs and Best Practice Guidelines, IABPG por sus siglas en inglés, el departamento responsable del programa de Guías), Enfermería y Política Sanitaria, Comunicaciones, Gestión de la Información y Tecnología, y Finanzas y Administración.

El trabajo de RNAO siempre es estratégico, analítico y viable. Así, aunque a menudo se oye hablar de la necesidad de aprovechar la experiencia de las enfermeras en el ámbito político (Cohen et al., 1996; Ellenbecker et al., 2017), RNAO actúa según esta misión y produce profundos cambios individuales, institucionales y, más ampliamente, en el sistema de salud, tanto en la práctica como en las políticas. El programa de Guías de Buenas Prácticas ha sido fundamental para el trabajo de RNAO en políticas sobre diversas áreas de la práctica enfermera y los entornos laborales. A su vez, el trabajo de RNAO en políticas ha influido en el desarrollo de determinadas guías, como por ejemplo la guía que se está desarrollando en el momento de la redacción del presente libro, en relación con la atención enfermera en salas de consumo supervisado de sustancias inyectadas, sobre la que se puede consultar más información en el Capítulo 18.

Varios capítulos de este libro reflexionan sobre los profundos cambios que se están produciendo en la práctica y en las políticas en el seno de los centros BPSO. Por ejemplo, en el Capítulo 14 se describen los cambios en el ámbito profesional en un gran hospital BPSO de China, que han dado lugar a ampliar el rol de las enfermeras en el cuidado de heridas gracias al uso de la guía de RNAO. En China, estas enfermeras han interiorizado el conocimiento de las guías y hablan con orgullo de ser impulsoras de su centro BPSO, asumiendo su papel con seriedad y afán de perfeccionamiento. El Capítulo 15 describe las mejoras alcanzadas en recursos humanos y materiales cuando las enfermeras demostraron que los colchones modificados según las descripciones de las guías están dando resultados positivos, haciendo que la administración del hospital apruebe financiación para cambiar todos los colchones. En el Capítulo 17 se describe cómo la Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (rama SA, Australia Meridional) influye en el ámbito político al mostrar el valor añadido que aporta a las enfermeras clínicas especializadas el uso de las Guías de Buenas Prácticas.

El Capítulo 18 muestra la capacidad de RNAO para aprovechar las Guías de Buenas Prácticas en beneficio de las políticas y viceversa. Se centra en el notable crecimiento del programa de Guías y la riqueza que se consigue cuando el conocimiento clínico basado en la evidencia coincide con políticas basadas en la evidencia y con la promoción del conocimiento. Si se trabaja con decisión, el resultado es el bien colectivo de nuestros sistemas sanitarios y de las personas a las que atendemos. La ampliación hacia dentro a menudo hace que se genere una identidad colectiva, que es uno de los resultados de mayor impacto del programa de Guías de Buenas Prácticas.

## MONITORIZACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

El siguiente paso en la evolución del programa de Guías de Buenas Prácticas fue diseñar un sistema para supervisar y evaluar el impacto de las guías de RNAO en las organizaciones que los implantaron. Dicho impacto puede referirse a todo tipo de resultados, desde los del prestador de cuidados y el paciente hasta el rendimiento

de la organización y el sistema de salud. Con este fin, RNAO se asoció con distintos centros BPSO en Canadá y en el extranjero para comprender sus necesidades y capacidades, lo que condujo al lanzamiento de otra innovación, un sistema de datos internacional integral y gratuito, el primero de su clase, a disposición de todos los centros BPSO. El proyecto Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE) se compone de una base de datos, un sistema de introducción de datos en línea, un diccionario de datos (que incluye un conjunto de indicadores estructurales a nivel de organización y un conjunto de indicadores de proceso y de resultados para cada Guía de buenas prácticas), así como procesos de recopilación de datos y elaboración de informes (RNAO, s.f.-c).

A través de NQuIRE, RNAO recopila, analiza y transmite datos sobre los indicadores de calidad enviados por servicios de asistencia sanitaria y centros BPSO académicos. NQuIRE ayuda a los centros BPSO a realizar mejoras efectivas en la práctica, ya que les proporciona datos organizativos y comparativos sobre los procesos de cuidados orientados por las guías y los consiguientes resultados clínicos. Con los datos NQuIRE, los centros BPSO pueden supervisar su progreso, identificar áreas de mejora, destacar áreas en las que profundizar la investigación y mejorar la calidad para optimizar los resultados clínicos, organizativos y del sistema sanitario. Al monitorizar, evaluar e informar de las mejoras de calidad en la atención enfermera en todo el mundo, NQuIRE está generando indicadores de calidad validados y aprobados por los centros BPSO que contribuirán a la sostenibilidad y mejorarán nuestra comprensión de cómo influye globalmente la práctica enfermera basada en la evidencia en la calidad de la atención médica y los resultados de salud. El Capítulo 16 detalla el progreso y los resultados disponibles a través de NQuIRE; además, en varios capítulos se describe su utilidad para centros BPSO concretos.



#### REFLEXIÓN

*¿Cómo cree que un sistema tan sólido y completo como este para la evaluación del uso de las Guías va a influir en el programa y en quienes adoptan las Guías?*

## EL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: DEL IMPACTO LOCAL A LA TRANSFORMACIÓN SÍSMICA DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN TODO EL MUNDO

Financiado por el Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario y gestionado de forma independiente, el programa de Guías de Buenas Prácticas atrajo desde sus principios un amplio interés en la provincia en el entonces emergente campo del desarrollo de guías clínicas. A principios de la década de 1990, la Universidad McMaster había lanzado un plan de estudios basado en la evidencia en el campo de la medicina en Ontario (Guyatt, 1991) y RNAO tomó la iniciativa en el movimiento enfermero para promover la práctica basada en la evidencia. La producción de nuestras primeras cuatro guías rápidamente demostró la capacidad de RNAO de desarrollar productos de calidad. Las guías, no obstante, podrían haberse quedado en un cajón de no haber sido por el completo programa desarrollado en paralelo por RNAO para fomentar la adopción y el uso de las guías en la práctica cotidiana. Este pilar del programa de Guías, que resultó todo un hito, consolidó su lugar como líder en la implantación científica. Ya en 2005, RNAO destacaba internacionalmente por la solidez de su programa de guías clínicas (Jordan, 2005) y se solicitaba su experiencia tanto en el desarrollo de guías como en la traducción del conocimiento. Aunque la evaluación formaba parte del programa desde el principio, la evaluación sistemática del impacto de las guías respecto a los resultados para el paciente evolucionó a lo largo de los años, pasando a realizarse a partir de evaluaciones independientes por parte de quienes las implantaban hasta la creación conjunta del sistema de indicadores de calidad NQuIRE, descrito anteriormente y en el Capítulo 16.

El programa de Guías de Buenas Prácticas ha alcanzado logros muy destacados y ha demostrado poder difundirse e innovar rápidamente desde sus inicios en 1999. El desarrollo de la visión de RNAO y su evolución a lo largo de los años ha contribuido en gran medida a su éxito. RNAO ha guiado el programa desde su inicio

hasta la madurez de una manera orgánica, basada a nivel macro en teorías sobre la difusión de la innovación y el cambio de sistemas a gran escala (Edwards, Rowan, Marck y Grinspun, 2011; Moore et al., 2015; Rogers, 1962, 2003) y la literatura sobre movimientos sociales (Melucci, 1980, 1989, 1996); a nivel meso, marcada por trabajos académicos sobre la transferencia del conocimiento (Curran, Grimshaw, Hayden, & Campbell, 2011; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012; Sales, Smith, Curran, & Kochevar, 2006; Shekelle, Woolf, Eccles, & Grimshaw, 1999; Straus, Tetroe, & Graham, 2013) y la experiencia sobre el terreno de enfermeras e instituciones, especialmente de nuestros socios de centros BPSO.

En el centro de estas perspectivas hay un profundo respeto, comprensión y consideración hacia el contexto local y las dinámicas de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. En lugar de ofrecer una visión completamente definida por RNAO para que otros la siguieran, optamos por abrir el camino a un programa que hiciera progresar la práctica basada en la evidencia en enfermería. Posteriormente, este camino se ha configurado, modificado y adaptado sobre la nueva evidencia disponible y la evolución del contexto sociopolítico para seguir siendo sensible a las necesidades de Ontario, Canadá y el mundo. Por ejemplo, mientras que otros programas de guías clínicas tienen planificado el desarrollo de las mismas con años de antelación, el planteamiento flexible de RNAO hace posible dar respuesta a las prioridades provinciales y nacionales, como fue el caso cuando se impulsó el desarrollo de una guía sobre salas de consumo supervisado de sustancias inyectadas (como se verá en el Capítulo 18) o se estableció una colaboración para la guía de buenas prácticas sobre eHealth mencionada anteriormente. De forma similar, nuestros planes de implantación evolucionaron para llegar a instituciones enfermeras de ámbito nacional e internacional en respuesta a su interés por participar. Sin duda, para el éxito de esta idea ha sido fundamental la capacidad de escucha, la adecuación al contexto y el compromiso con la idea de propiedad compartida. Aunque RNAO ha encabezado este esfuerzo, hoy en día la realidad del programa de Guías de Buenas Prácticas ha sido moldeada colectivamente por múltiples actores involucrados en todos los niveles del programa.

## DIFUSIÓN DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS A GRAN ESCALA: FACTORES DE ÉXITO

En la difusión a gran escala del programa de Guías de Buenas Prácticas y en su avance han contribuido numerosos factores, desde la creación de un cambio sistémico localizado hasta la dirección de una transformación sísmica de la atención enfermera en todo el mundo. Cada capítulo de los presentados a continuación destaca distintos factores que han contribuido de forma destacada. Si echamos la vista atrás y reflexionamos sobre los 20 años que han pasado desde el lanzamiento del programa, podemos señalar que siete factores principales han sido de capital importancia para su éxito:

1. **Localización:** El programa de Guías de Buenas Prácticas se enriquece al ubicarse en el seno de una asociación profesional de enfermeras. A nivel estructural, que una asociación como RNAO esté impulsada por sus miembros significa que cuenta con miles de enfermeras a bordo, con ganas de acceder al conocimiento que contienen las guías, aplicarlo en su trabajo y ofrecérselo a los pacientes y a sus organizaciones. También significa que un gran número de enfermeras con perfiles diferentes y de diversos sectores tienen necesidades de conocimiento para las que necesitan respuestas basadas en la evidencia. El hecho de que RNAO esté compuesta por un gran equipo de expertos en normativa y legislación, comunicaciones y tecnologías de la información significa que se asesora y procura de forma constante el éxito del programa de Guías de Buenas Prácticas.
2. **Integralidad:** El programa ofrece a enfermeras, organizaciones de atención sanitaria, instituciones académicas y sistemas sanitarios de todo el mundo un "paquete completo" consistente en guías; mecanismos de implantación; y evaluación para promover la práctica basada en la evidencia. Se trata de guías rigurosas que cumplen con los estándares internacionales y, además, los usuarios también pueden confiar en un enfoque sólido y bien cimentado para la implantación. El último componente de este paquete es un sistema para evaluar el impacto sobre el paciente, las organizaciones sanitarias y los sistemas sanitarios. Como tal, es el único programa de su tipo orientado

a enfermeras y otros profesionales sanitarios que incluye información sobre el desarrollo de las guías, su implantación y su evaluación.

3. **Solidez:** Existe un compromiso con la excelencia para cada componente del programa. Así, en el aspecto del desarrollo, las Guías de Buenas Prácticas de RNAO se incluyen en las principales bases de datos por su cumplimiento de los estándares internacionales. En cuanto al pilar de la implantación, las Guías se integran de forma local, nacional e internacional en los planes de estudios enfermeros y en la práctica diaria de todos los centros BPSO académicos y de servicios, así como en numerosos centros no BPSO. Respecto a la evaluación, aunque es el pilar más reciente, ya está dando resultados con un alto grado de madurez, como lo evidencian numerosos artículos publicados por RNAO y, lo que es más importante, por centros BPSO de ámbito local y mundial.
4. **Resultados probados:** El programa en sus distintos componentes produce resultados, es por ello por lo que el Consejo de la Federación de Canadá eligió distintas Guías de Buenas Prácticas de RNAO para su implantación nacional. Y lo que es más importante, al leer este libro, usted también podrá comprobar los excelentes resultados experimentados al usar el programa en diversos sectores de la salud en Ontario y Canadá, así como en Australia, Bélgica, Catar, Chile, China, Colombia, España, Italia, Jamaica, Perú, y Portugal.
5. **Accesibilidad:** El programa es gratuito y de libre acceso, empezando por las Guías de Buenas Prácticas, a las que se puede acceder libremente para su descarga a través del sitio web de RNAO, en línea con la filosofía de que el conocimiento debe compartirse por el bien común, no para el enriquecimiento privado.
6. **Vanguardia:** El programa no es estático, siempre cuenta con la base de la evidencia y está en contacto con la experiencia en el campo. En efecto, el deseo de ser sensibles a la práctica sobre el terreno nos inspira para explorar distintas soluciones e incorporar innovaciones cruciales al programa (p. ej., los centros BPSO Coordinadores).
7. **Identidad colectiva:** Este último punto merece especial atención ya que se trata de un concepto que no se suele tratar en la práctica basada en la evidencia o en la literatura sobre difusión de innovaciones. Es un concepto que tomamos prestado de las ciencias sociales y, en especial, de las perspectivas teóricas y la investigación sobre movimientos sociales, resultado de una metodología de verdadero compromiso bien determinada y efectiva, liderada por RNAO.



#### REFLEXIÓN

*Al considerar los factores atribuibles al éxito del programa de Guías de Buenas Prácticas, ¿está de acuerdo? ¿Qué otros factores podría añadir?*

## EL PROGRAMA DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS COMO IDENTIDAD COLECTIVA

El concepto de identidad colectiva fue desarrollado por primera vez por Alberto Melucci en 1989. La identidad colectiva de Melucci es “una definición interactiva y compartida generada por distintos individuos que interactúan y que se preocupan tanto por el sentido de sus acciones como por el campo de oportunidades y limitaciones en que se desarrolla su actuación” (1989, p. 34). Insatisfecho con la brecha entre las teorías sobre cómo se forma la acción colectiva y cómo encuentran los individuos la motivación, Melucci (1989) define un proceso intermedio en el que los individuos reconocen que comparten ciertas orientaciones en común y, sobre esa base, deciden actuar juntos. Para él, la identidad colectiva es un proceso negociado a lo largo del tiempo y caracterizado por tres dimensiones: una “definición cognitiva”, que implica un marco de trabajo común, así como unos objetivos, recursos y entornos de actuación; una “relación activa” entre los participantes y una “implicación emocional” entre los participantes (Melucci, 1989). La definición de Melucci de identidad colectiva es de gran importancia para comprender el éxito del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO.

El uso de conceptos de teoría social supone una fuerte desviación de los enfoques tradicionales sobre las transformaciones en materia de atención sanitaria. Por lo general, el cambio en el sistema sanitario se basa en gran medida en un conjunto de directrices de arriba hacia abajo con fases o pasos completamente planificados y diseñados para “gestionar el cambio” y estrategias orientadas a progresar en la jerarquía y animar a la plantilla a “aceptar el cambio”. Bates, Robert y Bevan (2004) discuten las limitaciones de los enfoques tradicionales y exploran el potencial de la teoría de movimientos sociales para comprender las transformaciones a gran escala del sistema sanitario en el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido. Su conclusión es que “los componentes de los movimientos sociales y un enfoque programático del cambio organizacional a gran escala no necesariamente se excluyen mutuamente y pueden representar la próxima fase de mejora de la atención sanitaria” (Bates, Robert, & Bevan, 2004, p. 65).

En consonancia con el trabajo de Melucci (1989), la orientación del programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO se ha dirigido hacia la propiedad compartida y el fomento de la identidad colectiva entre todos los participantes y partes interesadas a todos los niveles. Nuestro trabajo con los centros BPSO hace hincapié en un enfoque transparente, interesante y motivador que fomente la identificación y la participación activa en todos los aspectos fundamentales o pilares del programa, como se verá a lo largo de este libro. Desde el principio, conectamos fácilmente con profesionales sanitarios, gestores institucionales y sanitarios, educadores, investigadores y legisladores para lograr su participación activa en el proceso. Como se describe en el Capítulo 2, además de la perspectiva profesional de RNAO hemos incluido (y seguimos incluyendo) otras voces igualmente importantes, como la de la asociación profesional de enfermeras registradas de Ontario. El mensaje es que el programa de Guías es un bien colectivo tanto para las enfermeras como para las personas a las que prestamos servicios.

Los medios de comunicación y el público han sido aliados fundamentales, ya que la consolidación de la enfermería como una “profesión de conocimientos” y de las enfermeras como trabajadoras del conocimiento ha significado que siempre que hay un tema clínico de importancia en un medio de comunicación, respondemos y nos remitimos a las Guías de Buenas Prácticas de RNAO. A lo largo de los años, las cartas al editor han tratado un sinfín de temas, desde caídas, gestión de plantillas u obesidad (Bajnok, 2008, 2009; Virani, 2007). Desde 2012, incrementamos estas respuestas “oportunas” a los medios con las conferencias de prensa sobre el terreno realizadas durante la Semana de la Enfermería y organizadas por los centros BPSO en colaboración con RNAO. En estos y otros eventos, el personal de los centros BPSO y los pacientes muestran su experiencia basada en la evidencia y su impacto positivo (Zych, 2012).

Finalmente, otro componente de este esfuerzo conjunto para desarrollar una identidad colectiva en torno al programa de Guías ha sido el vínculo entre la práctica basada en la evidencia y las políticas basadas en la evidencia, un esfuerzo bidireccional cuyos resultados han influido en las políticas institucionales y en las políticas del sistema sanitario a nivel macro. En el Capítulo 18 se discuten estos cambios como conclusión de este libro.

Hoy en día, el programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO desempeña un papel fundamental en el desarrollo de guías clínicas y de entornos laborales saludables, en la implantación científica y en la evaluación de resultados, tanto a nivel provincial como nacional e internacional. El programa hace posible que las instituciones y los sistemas sanitarios se centren en la atención al paciente y en la excelencia clínica, usando la investigación más reciente para servir de base para la práctica y optimizar los resultados. El programa de Guías ha ayudado a impulsar las prioridades gubernamentales, así como los resultados de pacientes, profesionales, instituciones y sistemas sanitarios. Cuenta con reconocimiento en todo el mundo por su riguroso desarrollo de las guías, por sus enfoques transformadores que contribuyen a la implantación científica y por su sólida metodología de evaluación (Di Costanzo, 2013; Scarrow, 2008; WHO, 2015). Ciertamente, las



## REFLEXIÓN

*¿Ha participado en un proyecto en el que haya experimentado la identidad colectiva? ¿Puede describir cómo se sintió? ¿Hasta qué punto la identidad colectiva es fundamental para un cambio sostenido?*

Guías de Buenas Prácticas se han convertido en parte de la cultura y el léxico de la enfermería en Ontario y en todo Canadá, y los centros BPSO constituyen un movimiento global galvanizador de la enfermería que sirve para crear una identidad colectiva.

## MIRANDO HACIA EL FUTURO

Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO están revolucionando la enfermería con su enfoque en el conocimiento, que optimiza la prestación de cuidados en cualquier punto del mundo. Constituyen unas sólidas herramientas basadas en la evidencia que captan lo imaginado por las enfermeras en el ejercicio de su profesión, así como por administradores, educadores, investigadores y legisladores. Se han ganado a las enfermeras de todo tipo de perfiles y especialmente a las dedicadas al cuidado directo, tanto en la comunidad o los hospitales como en residencias de tercera edad y, en definitiva, en cualquier lugar en que trabaje un profesional de la enfermería. Las enfermeras entienden que las Guías de Buenas Prácticas son fundamentales para que en la profesión se aplique una práctica totalmente basada en la evidencia, y ahí es donde quieren llegar. El mayor éxito es que cada vez más segmentos de la comunidad enfermera se están uniendo como centros BPSO, compartiendo su entusiasmo al colaborar tanto con RNAO como entre sí y haciendo suyo este movimiento.

El futuro se presenta lleno de oportunidades a medida que la influencia del programa de Guías de Buenas Prácticas continúa su expansión en todos los aspectos, a través de nuevas guías, nuevos impulsores de buenas prácticas, más centros BPSO y mayor capacidad para evaluar su impacto. A nivel de servicio significa que podemos asociarnos como redes regionales, siguiendo el modelo de consorcio de los centros BPSO como ya se ha establecido en Latinoamérica y que fomenta un aprendizaje enriquecedor y una fuerte identidad colectiva. Tanto auditores formados como asesores de orientación de diferentes países harán posible la sostenibilidad y la fidelidad del programa, además de generar una identidad colectiva y un sentimiento de propiedad compartida. Académicamente, una nueva generación de estudiantes ya se está graduando en convivencia con las Guías y los centros BPSO, con lo que actuarán como profesionales de enfermería inquisitivos, agentes del cambio para lograr la práctica basada en la evidencia. Si lo multiplicamos por los miles que son, dentro de unos cuantos años contarán con la experiencia necesaria para contribuir mediante su ejercicio profesional a la profundización de los valores y la cultura basados en la evidencia.

Finalmente, existen tres importantes innovaciones recientes que son de vital importancia para este programa que está en continuo crecimiento. La primera alude a los centros BPSO que continúan liderando el pilar de la implantación. Junto con los centros BPSO hemos lanzado la iniciativa *Implementation Research Collaboratory*, que pronto nos permitirá identificar indicadores de implantación para comprender plenamente cuáles son las estrategias más potentes y efectivas para garantizar la adopción, la sostenibilidad y la fidelidad a las Guías de Buenas Prácticas en el trabajo de campo y en el académico. Se introducirán entonces como indicadores formales en NQuIRE, con lo que podremos aprender de forma continua sobre los procesos de implantación y su grado de éxito en lo referido a la asimilación y la sostenibilidad de la evidencia.



### REFLEXIÓN

*¿Cómo contribuyen estas tres innovaciones al programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO y cómo dan continuidad a su profundo impacto sobre los resultados de la profesión, de la atención sanitaria y de la salud de la población?*

La segunda innovación son los Evidence Boosters (EB), unas fichas que recogen un resumen de la evidencia, producidos gracias a la monitorización y la evaluación. Como se discute y se expone en los Capítulos 11 y 16, los “Evidence Boosters” demuestran el valor y el impacto de la implantación de las Guías de Buenas Prácticas en los centros BPSO. Dichos “Evidence Boosters”, que ya se están introduciendo, también sirven para auditar y recabar información de enfermeras de todo tipo de perfiles con la que muestran el trabajo que realizan dentro de sus organizaciones. Sirven como trampolín para los “informes sobre tendencias”,

desde el lanzamiento de las Guías de Buenas Prácticas hasta su implantación y sostenibilidad, contribuyendo así a una mejor comprensión del impacto económico de la práctica enfermera basada en la evidencia y de los entornos laborales saludables. La tercera innovación implica demostrar beneficios económicos y comerciales. Ya estamos estudiando la posible creación de un atlas de enfermería sobre “el estado de la atención enfermera”, como en lo referente a caídas en personas mayores, lesiones por presión, etc., para mostrar cómo es la excelencia en los cuidados en todo el mundo y el efecto que tiene en los resultados de pacientes, instituciones y sistemas sanitarios, tanto clínica como económicamente.

Siguiendo adelante, tenemos que continuar siempre centrados en las personas y las comunidades a las que, como enfermeras, damos servicio. El objetivo último es que el público (individual y colectivamente) reciba los mejores cuidados posibles cada vez que entre en contacto con una enfermera, puesto que siempre deben ser ellos los verdaderos beneficiarios de nuestro gran esfuerzo.

## MENSAJES CLAVE

- El principal propósito del programa de Guías de Buenas Prácticas es ayudar a enfermeras y demás profesionales sanitarios, así como a las instituciones y sistemas sanitarios en que trabajan, a adoptar una práctica y una formación basadas en la mejor evidencia disponible.
- El cuidado, un concepto fundamental de la enfermería, ha sido criticado en ocasiones como “intervención de alcance limitado”, lo que no ha beneficiado ni a enfermeras ni a pacientes. Impulsar a nuestra enfermería como arte y como ciencia exige competencia tanto en conocimiento como en cuidados.
- La dicotomía cuidado-curación plantea importantes desafíos para las enfermeras que desean igualdad en el lugar de trabajo, especialmente con los médicos, ya que se asume que un profesional sanitario utiliza el corazón para ofrecer alivio y bienestar, en tanto que el otro emplea el intelecto para curar problemas clínicos.
- El programa de Guías de Buenas Prácticas potencia una conceptualización de la práctica asistencial enfermera que conjuga cuidado cognitivo (p. ej., conocimientos clínicos, planificación de los cuidados), cuidado físico (p. ej., aseo y baño) y cuidado relacional (p. ej., comunicación, contacto físico, presencia, compasión).
- El programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO ofrece acceso a evidencia rigurosa en todos los ámbitos de la práctica enfermera: de tipo cognitivo, físico y relacional. La evidencia también se refiere a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los aspectos curativos de la atención clínica, en los que las enfermeras desempeñan un papel fundamental.
- El programa de Guías de Buenas Prácticas se basa en distintas estrategias científicas no tradicionales y multifacéticas de compromiso social, incluyendo enfoques que logren atraer a las enfermeras para movilizar su conocimiento, compromiso y energía, para convertirse en motores de un cambio sostenido en el ámbito clínico, organizativo y del sistema sanitario.
- Gracias al gran énfasis por aplicar la implantación científica, en combinación con un interés constante por aprender y dar respuesta a las necesidades en el campo, RNAO lidera lo que probablemente sea el programa de implantación más sólido y extenso para la práctica basada en la evidencia para enfermeras en cualquier parte del mundo y se encuentra entre los más potentes en el campo de la salud.
- La localización del programa de Guías de Buenas Prácticas en el seno de una asociación enfermera profesional potencia sus objetivos, ya que permite contar con una gran cantidad de miembros voluntarios entre enfermeras y estudiantes de enfermería preparados para adoptar y probar dichas guías, con lo que se obtiene una gran base inicial de usuarios.

- El programa de Guías de Buenas Prácticas ha sido fundamental para el trabajo en políticas de RNAO en diversas áreas relativas a la práctica enfermera (a saber, financiación para dispositivos de liberación de la presión) y a los entornos laborales. A su vez, el trabajo en políticas de RNAO ha influido en el desarrollo de determinadas guías (implantación de salas de consumo supervisado de sustancias inyectadas).
- NQuIRE respalda los centros BPSO para realizar mejoras eficaces en la práctica que optimicen los resultados clínicos, organizativos y del sistema sanitario mediante la provisión de datos organizativos y comparativos sobre procesos enfermeros que hayan seguido dichas guías y resultados clínicos y económicos.
- Numerosos factores han contribuido a la difusión a gran escala del programa de Guías de Buenas Prácticas y a su avance, desde la creación de un cambio sistémico localizado hasta la dirección de una transformación sísmica de la atención enfermera en todo el mundo. Para ello ha sido clave el sentimiento de identidad colectiva.
- Las Guías de Buenas Prácticas de RNAO están revolucionando la enfermería con su foco en el conocimiento, que optimiza la prestación de cuidados en cualquier punto del mundo. Estas herramientas, sólidas y basadas en la evidencia, han logrado captar lo imaginado por las enfermeras en el ejercicio de su profesión, así como por administradores, educadores, investigadores y legisladores.

## REFERENCIAS

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries: The ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse. *Health Affairs*, 20(3), 43–53.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., . . . Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26, 559–568. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567
- Bajnok, I. (2008, May 23). Healthy work environment Best Practice Guidelines [Letter to the editor]. *Welland Tribune*.
- Bajnok, I. (2009, August 7). Falls in older adults and recommendations in RNAO's BPG [Letter to the editor]. *National Post*.
- Bajnok, I., Grinspun, D., Lloyd, M., & McConnell, H. (2015). Leading quality improvement through Best Practice Guideline development, implementation, and measurement science. *Med UNAB*, 17(3), 155–162.
- Bates, P., Robert, G., & Bevan, H. (2004). The next phase of healthcare improvement: What can we learn from social movements? *Quality & Safety in Health Care*, 13(1), 62–66.
- Benner, P. E. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (1991). *Nursing: The practice of caring*. New York, NY: National League for Nursing Press.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. B. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York, NY: National League for Nursing.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2003). *From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Calman, L. (2006). Patients' views of nurses' competence. *Nurse Education Today*, 26(8), 719–725.
- Cohen, S. S., Mason, D. J., Kovner, C., Leavitt, J. K., Pulcini, J., & Sochalski, J. (1996). Stages of nursing's political development: Where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, 44(6), 259–266.
- Cummings, G. (2006). Hospital restructuring and nursing leadership: A journey from research question to research program. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 321–329.
- Curran, J. A., Grimshaw, J. M., Hayden, J. A., & Campbell, B. (2011). Knowledge translation research: The science of moving research into policy and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(3), 174–180.

- Decter, M. B. (2000). *Four strong winds: Understanding the growing challenges to health care*. Toronto, ON: Stoddart.
- Di Costanzo, M. (2013). Becoming a BPSO. *Registered Nurse Journal*, 25(2), 12–17.
- Di Costanzo, M. (2014). Therefore, be it resolved that . . . *Registered Nurse Journal*, 26(4), 23–25.
- Edwards, N., Rowan, M., Marck, P., & Grinspun, D. (2011). Understanding whole systems change in health care: The case of the nurse practitioners in Canada. *Policy, Politics, & Nursing*, 12(1), 4–17.
- Ellenbecker, C. H., Fawcett, J., Jones, E. J., Mahoney, D., Rowlands, B., & Waddell, A. (2017). A staged approach to educating nurses in health policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 18(1), 44–56.
- Field, M., & Lohr, K. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academies Press.
- Forest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 815–823.
- Gadow, S. (1985). The nurse and patient: The caring relationship. In A. H. Bishop & J. R. Scudder (Eds.), *Caring, curing and coping: Nurse, physician, patient relationships* (pp. 31–43). Tuscaloosa, AL: The University of Alabama Press.
- Gordon, S. (1997). *Life support: Three nurses on the front lines* (1st ed.). Boston, MA: Little Brown.
- Gordon, S. (2005). *Nursing against the odds: How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care*. Ithaca, NY: ILR Press, an imprint of Cornell University Press.
- Griffin, A. P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 289–295.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7, 50. doi: 10.1186/1748-5908-7-50
- Grinspun, D. (2007). Healthy workplaces: The case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *Healthcare Papers, Vol. 7 Special Issue*, 69–75.
- Grinspun, D. (2010). *The social construction of caring in nursing* (Doctoral dissertation). York University, Toronto, ON.
- Grinspun, D. (2011). Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (Evidence based clinical practice and work environment guidelines prepared by the RNAO). *Enferm. Clin.*, 21, 1–2.
- Grinspun, D., Librado, R., Góngora, A. (2005). Centros de excelencia en enfermería de rehabilitación: Un sueño a alcanzar. *Centres of excellence in rehabilitation nursing services: A dream to be achieved. Enfermería Global*, 7, 1–8.
- Guyatt, G. H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP J Club*, 114, A16. doi: 10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16
- Halldórsdóttir, S. (1997). Implications of the caring/competence dichotomy. In S. E. Thorne & V. E. Hayes (Eds.), *Nursing praxis: Knowledge and action* (pp. 105–124). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Health Council of Canada. (2012). *Understanding clinical practice guidelines: A video series primer*. Retrieved from [https://healthcouncilcanada.ca/files/CPG\\_Backgrounder\\_EN.pdf](https://healthcouncilcanada.ca/files/CPG_Backgrounder_EN.pdf)
- International Council of Nurses (ICN). (2013). *RNAO-ICNP Research and Development Centre*. Retrieved from <http://www.icn.ch/what-we-do/rnao-icnp-research-and-development-centre/>
- Jordan, Z. (2005, Oct/Dec). Turning challenges into opportunities. *PACEsetterS*, 2(4), 6–11.
- JPNC Implementation Monitoring Subcommittee. (2003, November). *Good nursing, good health: The return on our investment—Progress report*. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Med Care*, 45(12), 1195–1204.
- Leininger, M. M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practices*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Leininger, M. M. (1980). Caring: A central focus of nursing and health care services. *Nursing & Health Care*, 1(3), 135–176.
- Liu, J. E., Mok, E., & Wong, T. (2006). Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 188–196.
- Manitoba Health. (2001). *Report of the Review and Implementation Committee for the report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest*. Winnipeg, MB: Ministry of Health, Government of Manitoba.
- Melucci, A. (1980). The new social movements: A theoretical approach. *Social Science Information*, 19(2), 199–226.
- Melucci, A. (1989). *Nomad of the present: Social movements and individual needs in contemporary society*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Melucci, A. (1996). *Challenging codes: Collective action in the information age*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Meyer, R. M., Wang, S., Li, X., Thomson, D., & O'Brien-Pallas, L. (2009). Evaluation of a patient care delivery model: Patient outcomes in acute cardiac care. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 399–410.
- Moland, L. L. (2006). Moral integrity and regret in nursing. In S. Nelson & S. Gordon (Eds.), *The complexities of care: Nursing reconsidered* (pp. 50–68). Ithaca, NY: ILR Press/Cornell University Press.
- Moore, M., Riddell, D., & Vocisano, D. (2015). Scaling out, scaling up, scaling deep: Strategies of non-profits in advancing systemic social innovation. *Journal of Corporate Citizenship, Vol. 2015(58)*, 67–84(18). <https://doi.org/10.9774/GLEAF.4700.2015.ju.00009>

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.
- Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K., & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs (Millwood)*, 25(1), 204–211.
- Nelson, S., & Gordon, S. (2006). *The complexities of care: Nursing reconsidered*. Ithaca, NY: ILR Press/Cornell University Press.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care—Nursing Task Force. (1999, January). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century* (Ministry report). Retrieved from [http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurserep99/nurse\\_rep.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurserep99/nurse_rep.aspx)
- Picard, A. (2000). *Critical care: Canadian nurses speak for change*. Toronto, ON: HarperCollins.
- Punch, D. (2017, February 3). *Upcoming guideline recommends eHealth strategies to improve health system*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2017/02/23/ehealth-improve-health>
- Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31–42.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-a). *Mission and values*. Retrieved from <http://rnao.ca/about/mission>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-b). *Nursing order sets*. Retrieved from <http://rnao.ca/ehealth/nursingordersets>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (n.d.-c). *Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE)*. Retrieved from <https://nquire.rnao.ca/>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (1998, March). *Putting Out the Health Care Fire: A Proposal to Reinvest in Nursing Care in Ontario. A report submitted to Premier Michael D. Harris*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004, January 13). *RNAO partners with seven health-care organizations to implement and evaluate nursing BPGs*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/RNAO-partners-with-seven-health-care-organizations-to-implement-and-evaluate-nursing-BPGs>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Client centred care* (Revised supplement). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *About the eHealth Toolkit*. Retrieved from <http://rnao.ca/ehealth/toolkit>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013, June). *RNAO's Proud Past*. Retrieved from [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAOs\\_Proud\\_Past\\_-\\_June\\_2013.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAOs_Proud_Past_-_June_2013.pdf)
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *70 years of RN effectiveness*. Retrieved from <http://rnao.ca/bpg/initiatives/RNEffectiveness>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b). *Adopting eHealth solutions: Implementation strategies*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring: A blueprint for health professions*. Toronto, ON: Canadian Hospital Association.
- Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free Press of Glencoe.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.
- Sales, A., Smith, J., Curran, G., & Kochevar, L. (2006). Models, strategies, and tools: Theory in implementing evidence-based findings into health care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Supplement 2), S43–S49.
- Scarrow, J. (2008). Revolutionizing nursing practice. *Registered Nurse Journal*, 20(2), 12–17.
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *BMJ*, 318(7183), 593–598.
- Sinclair, M. (2001). *The report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An inquiry into twelve deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994 (Sinclair Report)*. Winnipeg, MB: Provincial Court of Manitoba.
- Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. (Eds.). (2013). *Knowledge translation in health care* (2nd ed.). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, 161–166.
- Swanson, K. M. (1999). What is known about caring in nursing science—A literary meta-analysis. In A. S. Hinshaw, S. Feetham, & J. L. F. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31–60). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Urden, L. D., & Walston, S. L. (2001). Outcomes of hospital restructuring and reengineering—How is success or failure being measured? *Journal of Nursing Administration*, 31(4), 203–209.
- Virani, T. (2007, April 10). Combatting obesity: MDs urge new checkup routine: Height, weight—and waistline. *The Globe and Mail*.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (Reprint of 1988 ed.). New York, NY: National League for Nursing.

- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Co.
- Weiss, C. J. (1988). Gender-related perceptions of caring in the nurse-patient relationship. In M. M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health* (Rerelease of 1984 ed., pp. 161–182). Detroit, MI: Wayne State University.
- WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. (2015). Spain BPSO Host. Nurses and Midwives: A vital resource for Health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. *SPAIN: Implementation of evidence-based guidelines to establish a network of centres committed to using best care practices* (pp. 40–42). Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>
- Young, L. (2011). There are 31 interest groups to choose from at RNAO: Which one appeals to you? *Registered Nurse Journal*, 23(5), 18–21.
- Young-Mason, J. (1997). *The patient's voice: Experiences of illness*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Zych, M. (2012, May 3). *Health-care professionals mark Nursing Week with a commitment to better patient care*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2012/05/03/health-care-professionals-mark-nursing-week-commitment-better-patient>