



INSPIRAR Y GESTIONAR LA IMPLANTACIÓN A ESCALA GLOBAL

- 12 LA DIFUSIÓN GLOBAL DE LAS GUÍAS DE RNAO:
LA SOSTENIBILIDAD Y FIDELIDAD DE LA DESIGNACIÓN
DE BPSO..... 287
- 13 BPSO HOST: UN MODELO DE EXPANSIÓN GLOBAL..... 319
- 14 SUPERAR LAS DIFERENCIAS DE CONTEXTO Y DE IDIOMA:
LOS BPSO PIONEROS EN CHINA..... 333
- 15 LA EXPERIENCIA BPSO LATINOAMERICANA: UN MODELO
DE CONSORCIO 359

LA DIFUSIÓN GLOBAL DE LAS GUÍAS DE RNAO: LA SOSTENIBILIDAD Y FIDELIDAD DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO

*Irmajean Bajnok, PhD, MScN, BScN, RN
Doris Grinspun, PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT
Valerie Grdisa, PhD, MS, BScN, RN*

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Describir los factores clave que han contribuido a la difusión generalizada de las Guías de RNAO basadas en la evidencia.
- Identificar cómo la Designación de los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) es crítica para la difusión por parte de RNAO de las Guías de Buenas Prácticas (Guías) a nivel meso y macro.
- Diferenciar entre un BPSO Directo y un BPSO Host y relacionar los modelos con la difusión de la teoría de innovación, la sostenibilidad y la fidelidad.
- Describir las estrategias clave que se utilizan para garantizar la fidelidad de la designación de BPSO, ya que está operativa en diferentes contextos en todo el mundo.
- Analizar los elementos de un Modelo de Formador de Formadores (FDF) efectivo y cómo se reflejan en el Modelo Internacional de FDF de BPSO de RNAO.

INTRODUCCIÓN

Como se analizó en capítulos anteriores, RNAO desarrolló un programa de firma dedicado a tener un impacto en la práctica de las enfermeras a través del uso de la mejor evidencia para mejorar los resultados en salud de los pacientes. El Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO, lanzado en 1999, produce guías rigurosamente desarrolladas y basadas en la evidencia que transforman los mejores y últimos conocimientos de investigación en herramientas listas para que el personal clínico las utilice. Al mismo tiempo, RNAO dirige un programa de difusión e implantación de estas guías en la práctica y en el ámbito académico y ayuda a los usuarios a evaluar los resultados. A lo largo de los años, se han utilizado varias estrategias para apoyar la divulgación y difusión de este trabajo, de manera que las Guías de RNAO son reconocidas como un movimiento global en el campo de la salud (Health Council of Canada, 2012; Grinspun, Melnyk, & Fineout-Overholt, 2014; Bajnok, Grinspun, Lloyd, & McConnell, 2015; Gardner, 2010; Grinspun, Lloyd, Xiao, & Bajnok, 2015; Jordan, 2005).

En este capítulo se analiza por qué el Programa de Guías de RNAO ha logrado un cambio sostenido y una amplia difusión mundial. Comparamos y contrastamos los elementos principales de Rogers (2003) con los aspectos clave del Programa de Guías de RNAO que han sido fundamentales para su éxito. Al hacerlo, discutimos la difusión, la sostenibilidad y la fidelidad del programa, atributos críticos a considerar en cualquier iniciativa global a gran escala. Destacamos las oportunidades y los desafíos y cómo RNAO los está abordando ahora y en el futuro para fortalecer las cualidades que han impulsado al Programa de Guías a convertirse en un movimiento global en la práctica basada en la evidencia. Esto es particularmente importante para otros que buscan influir en la difusión de un programa que, como el Programa de Guías de RNAO, ha sido adoptado en diferentes sectores de servicios y académicos, ubicaciones geográficas, contextos y culturas de todo el mundo.



REFLEXIÓN

Al leer este capítulo, considere cómo la participación de una asociación profesional ha influido en el éxito del movimiento de la práctica basada en la evidencia en todo el mundo.

LA DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS Y EL ÉXITO DEL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO

La difusión de la innovación es un desafío milenario, reconocido por primera vez como un concepto sociológico a finales del siglo XVIII y ampliado en el ámbito de la sociología rural a mediados del siglo XIX (Kinnunen, 1996). Everett Rogers, profesor de sociología rural, avanzó el fenómeno a través de una extensa síntesis de investigación en esta área y publicó su teoría de la adopción de la innovación en una publicación pionera, *Difusión de innovaciones* (Rogers, 1962). Desde entonces, ha revisado el modelo de difusión a lo largo del tiempo (Rogers y Shoemaker, 1971; Rogers, 1983; Rogers, 1995), con la última iteración publicada en 2003 (Rogers, 2003). También se ha perfeccionado y ampliado a campos distintos de la sociología (Berwick, 2003; Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane y Kyriakidou, 2005; Meyer, 2004).

La difusión sigue siendo una búsqueda constante para quienes aspiran a promover la adopción de nuevas ideas, especialmente a nivel de sistemas (Greenhalgh et al., 2004). En el ámbito de la atención sanitaria, la difusión de la innovación se ha identificado como un reto urgente que requiere una gran atención (Melnyk, 2017). Archie Cochrane señaló por primera vez el impacto negativo de no integrar la evidencia en la práctica en su publicación más influyente de 1973, *Efectividad y eficiencia*, donde criticó fuertemente la falta de evidencia fiable detrás de muchas de las intervenciones de atención sanitaria comúnmente aceptadas en ese momento. Han pasado más de 40 años y sigue siendo motivo de gran preocupación que la nueva generación de conocimientos estudiados a una velocidad vertiginosa por parte de investigadores sanitarios de talla mundial aún no haya sido adoptada por los profesionales sanitarios para su uso diario (Berwick, Godfrey y Roessner, 1991, 2002; Grinspun et al., 2014; Melnyk, 2017; Van Achterberg, Schoonhoven y Grol, 2008).

LOS ELEMENTOS DE DIFUSIÓN: FACTORES Y CARACTERÍSTICAS

Rogers (2003) analiza cuatro factores que influyen en la difusión de una innovación:

- La innovación en sí misma
- Los medios de comunicación
- El tiempo
- El sistema social

Rogers (2003) también identifica seis características de las innovaciones que determinan entre el 49% y el 87% de la variación en su adopción:

- Ventaja relativa
- Compatibilidad con los valores y prácticas existentes
- Grado de complejidad y facilidad de uso
- Posibilidad de ensayo
- Resultados visibles
- Transferibilidad

La Figura 12.1 muestra estos factores y características.

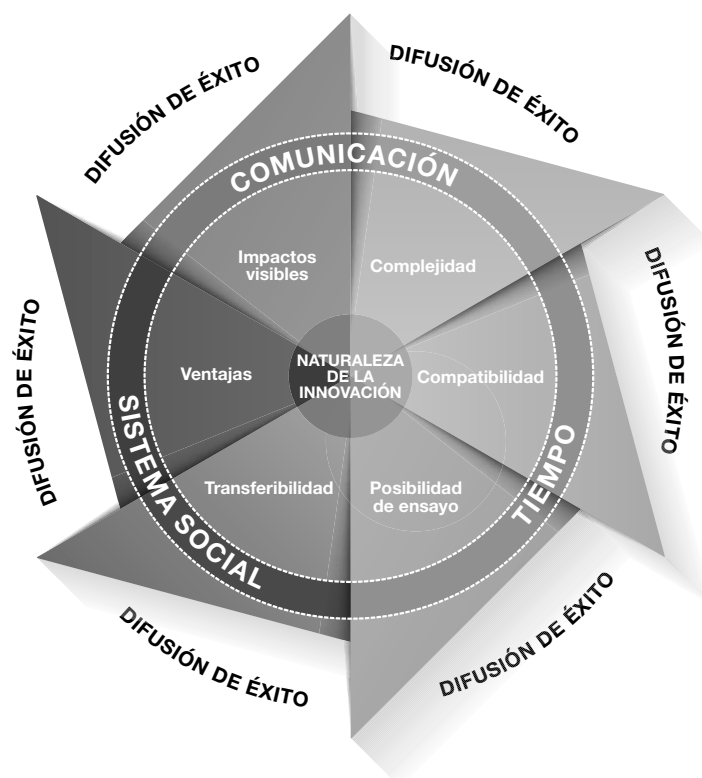


FIGURA 12.1 Modelo de difusión de la teoría de la innovación, adaptado por RNAO de Rogers (2003). Usado con permiso.

A continuación, se discute el Programa de Guías de RNAO, incluyendo su estrategia de implantación más transformadora a nivel meso (la designación BPSO), paralelamente a nuestro éxito con los elementos clave de Rogers de difusión y adopción de la innovación.

LA INNOVACIÓN EN SÍ

Según Rogers (2003) y otros (Greenhalgh et al., 2004, 2005), la naturaleza de la innovación es un factor crítico en su adopción. Aquellos involucrados en la ciencia de la implantación necesitan integrar las características de las innovaciones que tienen éxito (ventaja relativa, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ensayo, resultados visibles y transferibilidad) en sus esfuerzos de planificación e implantación. El Programa de Guías, como una innovación de éxito, ejemplifica estas características (Health Council of Canada, 2012).

Ventaja

En primer lugar, Rogers (1983) indica que es probable que las innovaciones que demuestran eficiencias percibidas, o que muestran alguna *ventaja* en comparación con el sistema actual, se enfrenten con menos resistencia. En el caso de las Guías, estas han sido percibidas como altamente ventajosas para las organizaciones de salud y los profesionales de la salud en todas las funciones para abordar las mejoras de calidad necesarias. Esto ha sido validado por nuestros primeros adoptantes en el Capítulo 7, así como por otros (Jeffs, Lo, Beswick y Campbell, 2013). Con las Guías y los apoyos relacionados ofrecidos por RNAO, los adoptantes tienen un programa tangible, herramientas basadas en la evidencia y una metodología sistemática (RNAO, 2012) para abordar la implantación de la mejor evidencia y resolver algunos de las cuestiones más difíciles en la atención de la salud (lesiones por presión, caídas, dolor, abandono del hábito de fumar y tasas de lactancia materna) (Athwal et al, 2014; Gifford y otros, 2016; Jennings, O’Neil, Bossy, Dodman y Campbell, 2016; Johnson-Bhatti, Case y Shaikh, 2017; Rempel y McCleary, 2012). La evidencia detrás de las recomendaciones clave de las Guías demuestra claramente los resultados deseados (ventajas) para los pacientes, los proveedores de salud y el sistema.

Compatibilidad

La segunda característica de Rogers (2003), la *compatibilidad*, sobre cómo se relaciona la innovación con el sistema preexistente, es evidente en las Guías y en cómo se estructuran las recomendaciones para su implantación. Dado que las guías incluyen recomendaciones sobre la práctica, la formación y las políticas de la organización (Grinspun et al., 2014), es probable que algunas de estas estructuras, procesos y prácticas ya estén en funcionamiento. A través de un análisis de las deficiencias, un método de análisis de lo que ya se está llevando a cabo en comparación con las buenas prácticas recomendadas (RNAO, 2012), los equipos de implantación de las Guías identifican qué parte de lo que están haciendo coincide con las buenas prácticas y qué necesitan hacer (Patten, 2017). Invariablemente, algunas recomendaciones ya están siendo implementadas, ya sea de manera total o parcial, creando una actitud de “podemos hacerlo”. Basándose en su evaluación, se puede desarrollar una guía para lo que se va a mantener, fortalecer o implantar de nuevo (Bajnok et al., 2015; Grinspun et al., 2015). Esto hace que el nuevo conocimiento sea compatible con el sistema actual y “tenga sentido” tanto para los gerentes como para los clínicos y facilite la adopción de las Guías (Rogers, 2003). Los tres tipos de recomendaciones también proporcionan un modelo de cómo el cambio en la práctica puede tener éxito con el apoyo de políticas apropiadas y una formación específica.

Además, otro factor de compatibilidad de las enfermeras de atención directa, el verdadero público meta de las Guías, es que esta innovación se centra en “lo que hacen”: su trabajo con los pacientes. En muchos casos, las innovaciones en la atención sanitaria carecen de relevancia para la enfermera de atención directa. Ese nunca es el caso con las Guías, y a los clínicos les encanta.

Complejidad

En tercer lugar, la Teoría de la Innovación refuerza que el nuevo producto no debe ser demasiado complejo y/o debe ser fácil de aprender. La *complejidad*, especialmente en ausencia de recursos de aprendizaje visibles, es una barrera importante para el cambio (Heath & Heath, 2010). En consonancia con esta característica, RNAO se centra en hacer que la práctica basada en la evidencia sea significativa, fácil y agradable de aprender. Los programas de Impulsores de Guías se organizan y se facilitan en toda la provincia de Ontario y también se llevan a cabo en numerosos sitios en todo Canadá y todos los BPSO del mundo. RNAO invitó a las enfermeras a participar en los talleres de Impulsores de Guías y atrajo a los primeros innovadores y adoptantes (Rogers, 2003). Estos Impulsores abrazan con entusiasmo el nuevo conocimiento, son embajadores del cambio con sus pares y saben cómo transmitir la información de manera que pueda ser fácilmente comprendida (Ploeg et al., 2010).

En 2002, RNAO publicó su primera herramienta de implantación, que fue revisada en 2012; es un recurso muy popular que incorpora los principios de la ciencia de la implantación (RNAO, 2002, 2012) y un proceso paso a paso para la implantación de las Guías. En 2003, RNAO inauguró su mundialmente conocido Instituto de aprendizaje de Guías, un evento de 5 días lleno de transferencia de conocimientos, oportunidades de aplicación y creación de redes. El instituto utiliza metodologías de enseñanzas dinámicas y atractivas y principios de aprendizaje de adultos que hacen que el aprendizaje sobre la práctica basada en la evidencia y las Guías sea muy significativo, efectivo y divertido.

Posibilidad de ensayo

La cuarta característica de Rogers (2003) es la *posibilidad de ensayo* de la innovación, en la que el destinatario objetivo solo quiere probarla, examinarla o dar un pequeño paso. En este sentido, RNAO forma a las organizaciones para comenzar con la primera Guía y para “probarla” en una unidad o con un equipo, luego revisarla y mejorarla desde allí. Se anima a los Impulsores a trabajar con un compañero a la vez, ayudándoles a entender lo que la práctica basada en la evidencia y la implantación de la Guía podría significar para sus pacientes y también para su propio sentido de satisfacción como profesional de Enfermería (Ploeg et al., 2010). RNAO dispone de una serie de canales de comunicación (boletines, redes, seminarios web, teleconferencias de intercambio de conocimientos) a través de los cuales las organizaciones pueden compartir los resultados de sus ensayos y las lecciones aprendidas y difundir aún más la innovación.

Impacto visible

En quinto lugar, una buena innovación debe *mostrar resultados*, lo cual es un combustible increíble para continuar y sostener la innovación (Rogers, 2003). RNAO requiere que se preste atención a la evaluación desde el principio en la aplicación de las Guías (RNAO, 2012). Se ayuda a las organizaciones a identificar datos de referencia para que puedan medir su progreso. También alentamos el establecimiento de metas realistas, reconociendo que el cambio de práctica en el cuidado de la salud tiene una historia de hasta 17 años (Morris, Wooding, & Grant, 2011). Ayudamos al personal a centrarse en pequeños pasos de cambio (Grol, Wensing, Eccles y Davis, 2013; Heath y Heath, 2010; Kotter, 2012), comenzando con la conciencia, el conocimiento, el cambio de la práctica del proveedor de atención en salud y, a continuación, los resultados en la salud del paciente.

Con tal enfoque en el dominio clínico de la Enfermería, las enfermeras tienen un estímulo sobre su práctica, tienen un lenguaje de las Guías con el cual explicar su trabajo y sienten una creciente confianza en comprender la base de conocimientos de su profesión y la evidencia que hay detrás de sus intervenciones. Una vez que estos resultados y más mejoras son evidentes para los que adoptan la Guía, incluyendo tasas más altas de retención; menos variabilidad en la atención que resulta en ahorros de costos; y mejores resultados en salud para los pacientes, como la reducción de caídas y lesiones por caídas (Davies, Edwards, Ploeg y Virani, 2008; Irlanda, Kirkpatrick, Boblin y Robertson, 2013), la adopción se convierte en un imperativo.

Rogers (2003) también discute la visibilidad de la innovación o cuán tangible es. Para que las Guías sean más tangibles, todas las sesiones y recursos educativos definen una Guía, por lo que hay una clara comprensión de lo que es una Guía (Jeffs, Beswick, Lo, Campbell, Ferris, & Sidani, 2013). Además, en las etapas iniciales de adopción, aunque RNAO había desarrollado un sitio web de Guías de última generación, nos animaron mucho los innovadores que lo utilizaron por primera vez para tener copias impresas de las Guías. Indicaron que era importante que las enfermeras pudieran sostener una Guía en sus manos y tenerla disponible para cogerla y utilizarla.

Transferibilidad

La sexta característica de una innovación efectiva, la *transferibilidad*, o de un uso más allá del propósito inicial, es importante mencionarla aquí debido a su impacto con la innovación de las Guías. Esta última característica también puede verse como el grado en que la innovación se extenderá a otras situaciones y puede reinventarse para otros usos (Rogers, 1962, 2003). En el caso de las Guías, hay muchos otros impactos que resultan de la participación en el Programa de Guías y tres de ellos se destacan en la siguiente discusión.

En primer lugar, la Herramienta de implantación de RNAO (2002), y su segunda edición (2012), y las muchas estrategias de transferencia de conocimientos aprendidas por los clínicos como parte de la ciencia de la implantación, son útiles en otras tareas relacionadas con el hecho de trabajar en un sistema de salud que cambia rápidamente. Esto significó que las enfermeras fueran elegidas con mayor frecuencia para liderar otras iniciativas de cambio en sus lugares de trabajo. La herramienta de implantación también se ha convertido en un recurso didáctico utilizado por el profesorado en entornos académicos. En segundo lugar, con la introducción de los Impulsores de Guías, los líderes de Guías y las muchas oportunidades para que las enfermeras participen y se involucren en las redes de desarrollo e implantación de las Guías, se ha producido un rápido crecimiento de la capacidad de liderazgo en la profesión de Enfermería. Las enfermeras a mitad de carrera, en particular, lo han acogido con agrado por las numerosas oportunidades de desarrollo profesional que ofrece. En tercer lugar, debido a que muchas de las recomendaciones de las Guías se dirigen a otros miembros del equipo interprofesional, facilitan las relaciones interprofesionales y fomentan la atención interprofesional (McKeown, Woodbeck y Lloyd, 2014).

Resumen de las características de la innovación

Las Guías de RNAO cumplen con las características de una innovación de éxito. Algunas características son innatas a la innovación, como el enfoque clínico magnético de las Guías. Otras son por diseño, ya que RNAO crea enfoques para el desarrollo, la implantación y la evaluación de guías que hacen que los recursos de las Guías sean “fáciles de difundir”.

El trabajo de Rogers (2003) refuerza la necesidad de que las innovaciones cumplan con las características anteriores; sin embargo, la naturaleza de la innovación por sí sola no es suficiente para una aceptación sostenida, ya que todavía existen los factores de comunicación de la innovación, el marco temporal y el sistema social, que deben ser considerados. Estos tres factores se abordan a continuación en relación con la buena difusión que lleva a cabo RNAO de sus Guías.

COMUNICACIÓN

La comunicación es extremadamente importante para trasladar la idea de una innovación al sistema a través de diversos medios de compartir información y promover su valor. Según la teoría de la difusión, son necesarias dos etapas de comunicación: una más general y difundida a través de los medios de comunicación y



REFLEXIÓN

¿Cómo ha experimentado las características de una innovación aplicada a las Guías de RNAO? ¿Cómo ha contribuido esto a la difusión de las Guías en su lugar de trabajo?

otra más dirigida, generalmente de persona a persona. Esto ayuda al potencial adoptante a pasar de la concienciación a la evaluación de la innovación y, finalmente, a la adopción (Ghoshal & Bartlett, 1988; Rogers, 1983, 2003).

RNAO construyó poderosos canales de comunicación para avanzar en la innovación de su Guías. El proceso de desarrollo de Guías en sí es un canal de comunicación porque involucra a una amplia gama de partes interesadas, desde el panel de expertos hasta los revisores del borrador de la guía antes de su publicación, y la amplia difusión de la guía una vez publicada tanto en forma impresa como en la web.

Las Guías tienen la marca de RNAO, en la que destacan los nombres de los miembros del panel de expertos y de todos los revisores de los grupos interesados, incluyendo fotografías de enfermeras de atención directa en situaciones prácticas. Esto sirve tanto para reconocer todo lo que han contribuido, ayudando a nuestra identidad colectiva (un término discutido en el Capítulo 1 y más adelante en este capítulo), como para avanzar en la difusión del programa. Se utilizan varias formas de comunicación masiva para todas las enfermeras, otros proveedores de atención en salud y partes interesadas, incluidos los líderes del gobierno y el público en general, incluyendo la revista de RNAO *Registered Nurse Journal* (Punch, 2016); el boletín en línea; los comunicados de prensa; las noticias; las publicaciones; las presentaciones en eventos locales, nacionales e internacionales; y las oportunidades de aprendizaje continuo que siempre incluyen las Guías.

Por ejemplo, cada año durante la Semana de la Enfermería, RNAO organiza conjuntamente, en asociación con los BPSO, una serie de eventos en los medios de comunicación para mostrar el liderazgo de la Enfermería en la práctica basada en la evidencia, presentando el impacto de la implantación de las Guías en los pacientes y sus familias (RNAO, 2015b, 2016a, 2017b). RNAO y las organizaciones de la salud que implantan las Guías también están muy presentes en los medios de comunicación, a través de la presentación regular de cartas al editor que responden a cuestiones sanitarias clave como la lactancia materna, la demencia, la diabetes, el control del dolor y el síndrome de muerte súbita del lactante. De esta manera, se proporciona información importante al público sobre las buenas prácticas relacionadas con el respectivo tema y cómo las enfermeras las están utilizando con resultados demostrados (Bajnok, 2008; Brundage, 2008; Virani, 2007).

Además, RNAO utiliza su imponente presencia en los medios de comunicación para organizar eventos de prensa cuando inicia y/o difunde determinadas Guías de gran interés público, como la Guía de abuso de las personas mayores (RNAO, 2014) y la Guía de los servicios supervisados de inyección (RNAO, 2016b). Nuestros BPSO alrededor del mundo han aprendido a utilizar los medios de comunicación como un canal de comunicación influyente para reforzar la Enfermería como una profesión de conocimiento que hace grandes contribuciones a los resultados positivos de salud. En Pekín, China, el lanzamiento de sus BPSO fue publicitado en ambos sitios web con el fin de mostrar este hito para la Enfermería (China Care Management, 2015; Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina China de Beijing, 2017). En Colombia, se realizó una auditoría de BPSO en los medios de comunicación (Vanguardia, 2017).

Los canales de comunicación de persona a persona también están involucrados, incluyendo Impulsores, miembros del panel de expertos, formadores, líderes de BPSO y socios de RNAO y todos ellos participan en la comunicación entre pares sobre las guías disponibles y su uso e impacto. El estatus de asociación profesional de RNAO proporciona un alcance inmediato a todos los miembros a través de secciones y regiones y a aquellos miembros de otras organizaciones similares. A través de estos medios, las Guías de RNAO se han convertido en herramientas creíbles, rigurosamente desarrolladas y fáciles de usar, con resultados probados (Davies et al., 2008).

TIEMPO

En toda actividad de difusión, el tiempo es un factor crítico. Rogers (2003) lo discute como la *tasa de adopción*, básicamente cuánto tiempo se tarda en pasar de la conciencia a la adopción y al uso completo, y también desde el momento en que el producto se comercializa por primera vez hasta que puede estar fácilmente disponible. Como se identificó en la exploración temprana del fenómeno de difusión, la adopción puede ocurrir durante un largo

periodo después de la introducción de la innovación (Ryan & Gross, 1943). Sin embargo, RNAO ha aprendido que, en la mayoría de los casos con el lanzamiento de una Guía en particular, pronto le sigue una buena disposición, y de hecho en muchos casos esta ya es aparente. El enfoque de RNAO, desde el inicio del programa, sobre los temas clínicos críticos en Enfermería y en salud como una guía para el desarrollo de las prioridades de las Guías influye en gran medida en la preparación y, por lo tanto, en la adopción (Grinspun, Virani y Bajnok, 2002).

RNAO es plenamente consciente de la necesidad de ser ágiles cuando las organizaciones están preparadas para adoptar las Guías, así que hacemos que sean muy accesibles en el sitio web y en copia impresa. Las herramientas de implantación se envían a los centros que lo soliciten y se forma a los Impulsores de las Guías, con el seguimiento de RNAO para mantener el ímpetu. Otros aspectos del tiempo tienen que ver con el proceso de desarrollo de las Guías, que se ha reducido considerablemente de 24 a 14 meses. Una vez que se lanza una Guía que refleja un problema importante en la atención sanitaria en la fase de desarrollo, existe un gran interés en su disponibilidad por parte de las enfermeras y otras partes interesadas. En nuestro caso, cuanto más corto sea el tiempo de desarrollo, mayor será la preparación para la adopción y la difusión de éxito.

El paso del tiempo ha sido más evidente en la adopción internacional de las Guías. A través de diversas redes y canales de comunicación, como el sitio web de Guías de RNAO, conferencias internacionales y publicaciones, las enfermeras de otros países comenzaron a adoptar las Guías en su trabajo y estaban listas para convertirse en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO) cuando se presentó la oportunidad.

EL SISTEMA SOCIAL

El factor final es el sistema social, o el conjunto de unidades interrelacionadas que se dedican a la resolución conjunta de problemas para lograr un objetivo común (Rogers, 1983; Strang & Soule, 1998). Rogers sostiene que los valores y la cultura del sistema social influirán en el grado y la velocidad de adopción de una innovación (Rogers, 1983, 2003). Básicamente, el sistema social es un guardián y acepta o rechaza las innovaciones basadas en valores y normas. El perfil de RNAO como asociación profesional de enfermeras, enfermeras especialistas y estudiantes de Enfermería, y como defensora fiable en el sistema de salud de la calidad de la atención basada en la evidencia, significa que entiende bien los sistemas sociales de Enfermería y atención sanitaria.

El hecho de que una organización como RNAO se comprometa a liderar este trabajo para la profesión en Ontario es bien recibido por los sistemas de Enfermería y salud. El sistema social en todos los niveles es abordado por RNAO en el trabajo de desarrollo e implantación de las Guías. Por ejemplo, desde el principio, los objetivos de los usuarios de las Guías fueron amplios, con recomendaciones desarrolladas para los profesionales, educadores, administradores, organizaciones y responsables de la formulación de políticas del sistema. Por lo tanto, las Guías fomentan la plena participación de todos los elementos del sistema social. Además, RNAO anima activamente a los líderes de opinión, Impulsores y otros líderes de las Guías en las organizaciones a realizar análisis de los grupos interesados con el fin de determinar el grado de apoyo e influencia de la innovación en la adopción de las Guías (Baker et al., 1999; Legare, 2009). Todas estas actividades refuerzan cómo el sistema social es un facilitador en relación con la difusión de las Guías.



REFLEXIÓN

¿Puede identificar cómo RNAO utilizó con éxito la teoría de la difusión en sus planes de desarrollo, difusión y apoyo a la adopción de las Guías?

La narración anterior proporcionó un análisis en profundidad del Programa de Guías de RNAO y sus Guías utilizando los factores clave de Rogers (2003) que influyen en la difusión de una innovación. Se incluye un análisis de las características específicas de las innovaciones de éxito que se aplican al programa y a las Guías, como la innovación. El análisis del Programa de Guías utilizando los *factores de difusión* se presenta de forma resumida para el lector en la Tabla 12.1. En la Tabla 12.2 se presenta un resumen de cómo las Guías de RNAO y la designación BPSO reflejan las *características de las innovaciones de éxito*.

TABLA 12.1 CUADRO COMPARATIVO EL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO CON LOS FACTORES DE DIFUSIÓN DE ROGERS (2003)

LA DIFUSIÓN DE LA TEORÍA DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIFUSIÓN	PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO Y GUÍAS
La innovación es una idea, entidad o práctica percibida como nueva por la unidad de adopción (individuo, organización u otra unidad) (Rogers, 1983).	<ul style="list-style-type: none"> ■ El Programa de Guías de RNAO con Guías basadas en la evidencia, como la innovación, fue una nueva entidad en la profesión de Enfermería a principios de la década de 2000, que requería un cambio en la práctica. En la Tabla 12.2 se muestra cómo esta innovación refleja las características de una difusión de éxito o lo que ahora se denomina extensión.
Los adoptantes son individuos, u organizaciones, partes o la totalidad de un sistema social (Meyer, 2004). En la teoría de Rogers (1983) se clasifican, según el momento y el grado de adopción, como innovadores, primeros adoptantes, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los adoptantes son individuos (nivel micro) atraídos a través de la Red de Impulsores de Guías y nuestros poderosos canales de comunicación. Muchos son innovadores y adoptantes tempranos que defienden las Guías ante otros en varias categorías de adopción: mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados (Rogers, 1983). ■ Otros adoptantes, atraídos por la designación de BPSO, son los centros BPSO a nivel meso y los BPSO Host a nivel macro.
Los canales de comunicación son los medios por los cuales los adoptantes aprenden sobre la innovación y son imprescindibles para que se produzca la difusión (Ghoshal & Bartlett, 1988; Rogers, 1983).	<ul style="list-style-type: none"> ■ El proceso de desarrollo de Guías: <ul style="list-style-type: none"> ■ Lanzamiento de la Guía ■ Panel de expertos ■ Grupos de interés ■ Circulación de la Guía una vez publicada y amplia difusión ■ Comunicación masiva a todas las enfermeras, otros grupos interesados y al público a través de la revista de RNAO <i>Registered Nurse Journal</i>; boletín en línea; comunicados de prensa; noticias; publicaciones académicas; presentaciones en eventos locales, nacionales e internacionales; y oportunidades de aprendizaje continuo con las Guías. ■ Inclusión de todas las Guías y recursos relacionados en el sitio web de RNAO, de fácil acceso y disponibles sin coste alguno. ■ Canales de comunicación de persona a persona que involucran a los Impulsores, miembros del Panel de expertos, formadores, líderes de BPSO y socios de RNAO que participan en la comunicación entre pares. ■ Estado de la asociación profesional de RNAO y alcance a todos los miembros a través de secciones y regiones, y a los miembros de otras organizaciones similares.
El tiempo es un elemento de difusión y normalmente el paso del tiempo es necesario para la difusión.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las organizaciones expresan su disposición a la innovación, dados los principales canales de comunicación utilizados. ■ RNAO redujo el tiempo desde la iniciación hasta la publicación para el desarrollo de las guías en respuesta a la preparación (el tiempo de desarrollo de las Guías se redujo de 24 meses a 14 meses y menos). ■ RNAO da respuestas: las herramientas se envían a los centros, según pedido y se forma a los impulsores. ■ El paso del tiempo ha influido en la difusión mundial de todas las Guías en todos los sectores, incluidos los gobiernos y el mundo académico.

TABLA 12.1 CUADRO COMPARATIVO EL PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO CON LOS FACTORES DE DIFUSIÓN DE ROGERS (2003) (CONTINUACIÓN)

LA DIFUSIÓN DE LA TEORÍA DE LA INNOVACIÓN DE ROGERS: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIFUSIÓN	PROGRAMA DE GUÍAS DE RNAO Y GUÍAS
El sistema social es el contexto del adoptante, incluyendo las influencias internas y externas, los valores y las normas (Rogers, 1983; Strang & Soule, 1998).	<ul style="list-style-type: none"> ■ El sistema social es un facilitador en relación con la difusión de las Guías. ■ El estatus de RNAO como una asociación profesional poderosa y basada en la evidencia le da una sólida comprensión de la Enfermería y de los sistemas sanitarios y cuidado de la salud, inspirando respeto por el Programa de Guías. ■ El sistema social en todos los niveles es abordado por el desarrollo e implantación de las Guías de RNAO (los objetivos de los usuarios de las Guías son amplios, con recomendaciones desarrolladas para los profesionales, educadores, administradores, organizaciones y formuladores de políticas del sistema). ■ Las guías fomentan la plena participación de todos los elementos del sistema social. ■ RNAO anima activamente a los líderes de opinión, impulsores y otros líderes a llevar a cabo análisis de los grupos interesados.

DESIGNACIÓN BPSO: DIFUSIÓN DE ÉXITO A NIVEL ORGANIZACIONAL

Con el fin de acelerar el ritmo de difusión de las Guías y garantizar la sostenibilidad, RNAO comenzó a dirigirse formalmente a las organizaciones como adoptantes y cambió sus estrategias para su implantación al nivel meso (organizacional) con la creación de la Designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. La intención de RNAO con los BPSO es integrar la práctica basada en la evidencia en la cultura de una organización, sosteniendo así el uso de las Guías de una manera que no es posible con un enfoque centrado solo en los individuos. Los Impulsores de las Guías, embajadores competentes de la práctica basada en la evidencia, han comentado que su trabajo no es suficiente para lograr un cambio sostenido en la práctica, la formación y las políticas a nivel meso de manera oportuna.

Como se describe en el Capítulo 6, *Centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO): la ciencia de la implantación en su máxima expresión*, los BPSO son centros que se seleccionan a través de un proceso de solicitudes de propuestas para asociarse directamente con RNAO (a través de un Acuerdo formal firmado) para implantar múltiples guías clínicas. Estos centros se denominan BPSO Directo. Algunas de las Guías seleccionadas por los BPSO deben ser implantadas a nivel de unidad o equipo y otras a nivel organizacional, involucrando verdaderamente a toda la organización. Se esperan resultados muy específicos de los BPSO, en relación con: el establecimiento de una infraestructura, la creación de capacidad en materia de práctica basada en la evidencia y de la ciencia de la implantación, la implantación de las Guías, la difusión de los esfuerzos de implantación, los resultados y los productos, la evaluación, las reuniones periódicas con otros BPSO de RNAO y los informes semestrales para RNAO (Bajnok et al., 2015).

Esta estrategia formalizada de transferencia de conocimientos a nivel meso organizacional comenzó en 2003 y cada 3 años RNAO acepta una nueva cohorte de BPSO en Ontario, Canadá, con la cohorte más reciente lanzada en 2018. La designación de BPSO de cuidados a largo plazo adaptada a este sector presenta algunas diferencias en el tiempo de incorporación como BPSO y en otros parámetros, tal y como se explica en el Capítulo 11, *Práctica basada en la evidencia en los cuidados a largo plazo*. Comenzando con nueve centros canadienses, la designación BPSO se ha expandido en Canadá y desde 2012 ha abierto sus puertas al mundo, abarcando hoy más de 100 BPSO representando a más de 550 organizaciones de salud y académicas. Esto indica el crecimiento masivo en 15 años, ya que cada BPSO puede representar un número de organizaciones ya sea como parte de una corporación, una fusión reciente, un servicio de salud a nivel canadiense que incorpore varias jurisdicciones provinciales, o un país entero como es el caso de España (para este último caso, ver el Capítulo 13, *BPSO Host: Un modelo para escalar a nivel global*). El número de proveedores y organizaciones de atención sanitaria que utilizan Guías y el número de BPSO en todo el mundo han alcanzado claramente una masa crítica (Rogers, 2003).

La primera cohorte de BPSO que se asoció con RNAO para crear y mantener culturas basadas en la evidencia (Bajnok et al., 2015; Higuchi, Davies, Edwards, Ploeg, & Virani, 2011; Higuchi, Davies, & Ploeg, 2017) fue estimulada por sus Impulsores de las Guías, quienes a su vez fueron innovadores y pioneros en su adopción. Estas organizaciones representaban a grandes centros de cuidados intensivos en Toronto y el norte de Ontario, y también a dos grandes centros de atención domiciliaria y a un gran hospital de rehabilitación (ver Capítulo 7, *Los BPSO pioneros: crear, sostener y expandir las culturas basadas en la evidencia a través de la designación de BPSO*). Todos tenían un número considerable de enfermeras, buscaban crear un trabajo significativo para su personal y estaban preparados para destinar recursos a la transferencia de conocimientos para mejorar la calidad y lograr mejores resultados para los pacientes. Estos pioneros, la mayoría de los cuales han mantenido su designación durante los últimos 15 años, demuestran que la sostenibilidad está por encima de la norma (Davies, Tremblay y Edwards, 2010; Higuchi, Downey, Davies, Bajnok y Waggott, 2013). También han allanado el camino y se han convertido en mentores excepcionales para los BPSO novatos, una estrategia muy necesaria en la implantación de la práctica basada en la evidencia (Grinspun et al., 2014; Melnyk, 2007, 2014; Stetler, Richie, Rycroft-Malone, & Charns, 2014).

Desde los hospitales de enseñanza de cuidados intensivos hasta las grandes organizaciones de atención sanitaria domiciliaria, los BPSO se han extendido por todos los sectores de la salud, incluidos los hospitales comunitarios, la salud pública, la atención primaria y la salud pública de cuidados a largo plazo, así como en entornos académicos (Bajnok et al., 2015). De hecho, para apoyar a la creciente cohorte de BPSO académicos, RNAO desarrolló el *Recurso del Educador* (2005), muy similar a la herramienta de implantación que se desarrolló inicialmente en 2002, para que fuese utilizado como una guía para integrar las Guías a lo largo del plan de estudios, abordar los desafíos del cambio, alinear la metodología de enseñanza con la integración de las Guías y evaluar los resultados. Además, RNAO ha colaborado con el profesorado para desarrollar recursos para los planes de estudios del grado de Enfermería con el fin de apoyar la integración de Guías específicas, como el *Recurso para el educador de Enfermería sobre enfermedades mentales y adicción* (RNAO, 2017a) y la *Guía para la formación del profesorado de Enfermería: el consumo de tabaco y los riesgos sanitarios asociados* (RNAO, 2010).

El enfoque de la difusión de la designación de BPSO y su rápida adopción en todo el mundo refleja la teoría de la difusión de Rogers de manera similar a la adopción de las Guías. La Tabla 12.2 resume el análisis del Programa de Guías y la designación de BPSO en relación con la teoría de difusión de Rogers (2003) y muestra cómo cada uno de ellos cumple con las seis características de una innovación de éxito.



REFLEXIÓN

¿Cómo se relacionan las características de la designación de BPSO con la teoría de la difusión? ¿Cómo ayudó la consideración a esta teoría para superar los desafíos potenciales de la adopción organizacional de la práctica basada en la evidencia?

TABLA 12.2 APLICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO DE ROGERS (2003) A LAS GUÍAS DE RNAO Y A LA DESIGNACIÓN DE BPSO

CARACTERÍSTICA DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO (ROGERS, 2003)	LAS GUÍAS COMO INNOVACIÓN	DESIGNACIÓN DE BPSO COMO INNOVACIÓN
Ventaja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ventajosas para las organizaciones de atención en salud y el personal que trabaja para mejorar la calidad. ■ Ofrecen un programa tangible, herramientas basadas en la evidencia y una metodología sistemática (RNAO, 2012) para utilizar en la implantación de la mejor evidencia. ■ Ahora hay herramientas disponibles para resolver problemas en la atención en salud : lesiones por presión, caídas, dolor, abandono del hábito de fumar y lactancia materna. ■ La evidencia en las Guías demuestra las ventajas potenciales para los usuarios y, en última instancia, para los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La designación de BPSO proporciona un programa tangible para apoyar la implantación de la PBE en toda la organización y tomar medidas para resolver algunos problemas clave de salud. ■ Las Guías basadas en la evidencia y los recursos de implantación, incluyendo la metodología sistemática para la implantación, son percibidos como ventajosos para las organizaciones. ■ Los BPSO captan e involucran directamente a las enfermeras en las principales soluciones basadas en la evidencia para los problemas clínicos a través de la implantación de las Guías.
Compatibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ El análisis de deficiencias ayuda a determinar lo que se está haciendo bien y proporciona información para el desarrollo de un plan que aumenta la compatibilidad con el trabajo actual. ■ Los tres tipos de recomendaciones proporcionan un modelo de cómo el cambio en la práctica puede tener éxito con el apoyo de políticas apropiadas y una formación orientada. ■ Compatible con las enfermeras de atención directa, esta innovación se centra en “lo que hacen”, su trabajo con los pacientes, y es bienvenida. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dado que la designación de BPSO agrupa numerosos enfoques basados en la ciencia de la implantación, simplifica la transferencia de conocimientos y la implantación de Guías, influyendo en la velocidad de adopción y ayudando aún más a la difusión a través de los sectores de la salud y las fronteras. ■ El acuerdo formal con RNAO identifica claramente los apoyos disponibles de RNAO y las expectativas de las organizaciones. ■ RNAO organiza seminarios en línea antes de la fecha límite de presentación de las solicitudes de BPSO para proporcionar información. ■ El Programa de Orientación de BPSO aporta claridad a los procesos de implantación y evaluación de las Guías.
Complejidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centrarse en hacer que la PBE sea significativa, fácil y agradable de aprender. ■ Los programas de Impulsores de Guías son organizados y facilitados. ■ Los impulsores también son embajadores del cambio con sus pares y pueden simplificar la información para ellos. ■ Se desarrolló la Herramienta de implantación de RNAO, que incluye la ciencia de la implantación e incorpora un proceso paso a paso para la implantación de las Guías. ■ RNAO inauguró el curso de aprendizaje de las Guías Clínicas, que hace que el aprendizaje de esta innovación sea muy accesible, divertido y efectivo, a través de contenidos sólidos y una metodología atractiva, participativa y orientada a la acción. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se espera que los solicitantes de BPSO ya hayan tenido algún éxito en la implantación de Guías. ■ Muchas organizaciones tienen una masa crítica de impulsores de Guías. ■ Las actividades de BPSO proporcionan un enfoque que las organizaciones se comprometen a llevar a cabo para brindar una atención de calidad al paciente de acuerdo con su visión, misión y valores. ■ Los BPSO identifican las Guías que se ajustan a sus prioridades y desafíos de mejora de la calidad, dentro de los parámetros del Acuerdo de BPSO. ■ Oportunidades de tutoría de otros BPSO y la colaboración entre pares y de apoyo en cada cohorte de BPSO reduce complejidad y ayuda a abordar los desafíos.

CARACTERÍSTICA DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO (ROGERS, 2003)	LAS GUÍAS COMO INNOVACIÓN	DESIGNACIÓN DE BPSO COMO INNOVACIÓN
Posibilidad de ensayo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las organizaciones son formadas por RNAO para comenzar con la primera Guía y para “probarla” en una unidad o con un equipo, revisarla, perfeccionarla y dar los siguientes pasos. ■ Se anima a los impulsores a trabajar con un colega a la vez y a ayudarles a entender lo que podría significar la implantación de la PBE y de las Guías. ■ RNAO estableció canales de comunicación para que las organizaciones puedan compartir los resultados de sus ensayos y las lecciones aprendidas y ampliar la difusión. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aunque el BPSO firma un Acuerdo formal, existe la opción de poner fin al Acuerdo. ■ El plazo de 3 años, junto con el apoyo de RNAO y el apoyo de los pares durante el periodo de calificación de BPSO y después de la calificación como BPSO Designado, ayuda a las organizaciones a abordar las cuestiones paso a paso. ■ Existe la posibilidad de ampliar el plazo de predesignación en caso de que una organización lo requiera.
Innovación tangible e impactos visibles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para que las Guías sean más tangibles, todas las sesiones y recursos educativos proporcionan un debate sobre las Guías, qué son, por qué son importantes y cómo usarlas. ■ En las etapas iniciales de adopción, RNAO produjo copias impresas de las Guías para que las enfermeras pudieran tener una Guía en sus manos y que estuvieran disponibles para cogerlas y usarlas. ■ RNAO anima a centrarse en la evaluación desde el inicio de la implantación de las Guías. ■ Se ayuda a las organizaciones a identificar los datos de base para que puedan medir su progreso. ■ Se fomenta el establecimiento de objetivos realistas. ■ Los pequeños pasos de cambio son un enfoque, comenzando con la conciencia del proveedor de atención, el conocimiento, el cambio en la práctica y luego los resultados en salud del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El modelo de BPSO incluye un enfoque en varias áreas para garantizar una evaluación sólida de los esfuerzos de implantación de Guías por parte de los BPSO, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Envío de datos a NQuIRE® (sistema de datos de RNAO), así como mediante la evaluación de las estructuras, procesos y resultados en salud de los pacientes ■ Las sesiones mensuales de intercambio de conocimientos con otros BPSO compañeros, la presentación regular de informes a RNAO y los requisitos de difusión contribuyen a obtener resultados visibles de la innovación. ■ Informes semestrales en el myBPSO de RNAO, que es el sistema de informes en línea. ■ Análisis de datos secundarios de otros repositorios de datos del sistema de salud para complementar el análisis de datos NQuIRE. ■ Esto apoya la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos dentro de los diferentes enfoques analíticos en nuestro marco para responder a diversas preguntas, métodos y metodologías de investigación y evaluación. (Ver el Capítulo 16, <i>Evaluación del impacto de las Guías: desarrollo y perfeccionamiento de NQuIRE</i>).

TABLA 12.2 APLICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO DE ROGERS (2003) A LAS GUÍAS DE RNAO Y A LA DESIGNACIÓN DE BPSO (CONTINUACIÓN)

CARACTERÍSTICA DE LAS INNOVACIONES DE ÉXITO (ROGERS, 2003)	LAS GUÍAS COMO INNOVACIÓN	DESIGNACIÓN DE BPSO COMO INNOVACIÓN
Innovación tangible e impactos visibles (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los primeros resultados se comparten ampliamente a través de canales de comunicación. <ul style="list-style-type: none"> ■ Para enfermeras: Están entusiasmadas con su práctica, tienen un lenguaje de las Guías con el que explicar su trabajo y se sienten cada vez más seguras de entender la base de conocimientos de su profesión y las intervenciones basadas en la evidencia. ■ Para los pacientes: experimentan mejores resultados en salud como la reducción de caídas y lesiones por caídas. ■ Para las organizaciones: informan de un aumento en la retención de enfermeras y una menor variabilidad en la atención, lo que se traduce en un ahorro de costos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La evaluación es un componente clave de los requisitos de BPSO, tanto a través de la presentación de datos a NQUIRE (sistema de datos de RNAO), como a través de la evaluación de estructuras, procesos y resultados en salud de pacientes.
Utilidad en otras situaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Otros Numerosos impactos transferibles de esta innovación: <ul style="list-style-type: none"> ■ Las enfermeras y otros profesionales de la salud aprenden sobre la gestión del cambio y el cambio de prácticas. ■ Las enfermeras asumen funciones de liderazgo en otras iniciativas de cambio. ■ Los profesores utilizan los recursos de implantación en la enseñanza. ■ Amplia capacitación de liderazgo para enfermeras y otros profesionales de la salud. ■ Impulso de la carrera para enfermeras a mitad de carrera. ■ Relaciones interprofesionales más fuertes y atención interprofesional. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las expectativas relacionadas con el Programa de BPSO mejoran la práctica profesional, la práctica interprofesional y el perfil organizacional como cultura de la PBE. ■ Mayor compromiso y moral de las enfermeras y otros profesionales de la salud. ■ Existen fuertes vínculos entre los BPSO y el éxito de la acreditación, y los BPSO de atención a largo plazo incorporan sus esfuerzos y resultados de implantación de las Guías en sus planes de mejora de la calidad presentados al gobierno para apoyar la financiación. ■ Los BPSO en todos los sectores, y especialmente en hospitales, atención domiciliaria y atención a largo plazo, están obteniendo las mejores puntuaciones en mejoras de calidad y eficiencia financiera. ■ La inscripción de BPSO ha ayudado a varios hospitales a asegurar su estatus Magnético.

MODELO DE BPSO HOST: DIFUSIÓN DE ÉXITO A NIVEL MACRO GLOBAL

La creación del modelo de BPSO Host fue el siguiente paso en el enfoque de difusión de RNAO, desde la difusión a nivel micro con la Red de Impulsores de Guías, pasando por la difusión a nivel meso con el modelo de BPSO Directo, hasta la difusión a nivel macro con el modelo de BPSO Host. RNAO se ha visto incitada a desarrollar el modelo de BPSO Host por el gran entusiasmo mostrado por las enfermeras líderes en España con respecto al trabajo de RNAO en políticas y guías basadas en la evidencia y debido a nuestra implantación activa a través de la designación de BPSO. La idea de liderazgo de RNAO en la ampliación de la designación de BPSO para incorporar a centros satélites en todo el mundo (modelo de BPSO Host), con España como el primer país innovador con un BPSO Host, fue el trampolín hacia una rápida expansión global. A partir de este inicio en 2012 en España (Grinspun, 2011; Albornos-Muñoz, González-María y Moreno-Casbas, 2015), se han establecido otros BPSO Hosts en Australia, Italia, Perú y Chile. Los logotipos de algunas de estos Hosts se incluyen en la Figura 12.2. Además, RNAO sigue utilizando el modelo de BPSO Directo para establecer centros de práctica basada en la evidencia en países como Bélgica, China, Colombia, Nueva Escocia (Canadá), Portugal y Jamaica, algunos de los cuales, con el tiempo, se convertirán en BPSO Host y extenderán su difusión a todas sus jurisdicciones.

El movimiento de la práctica basada en la evidencia, liderado por RNAO y que tiene un impacto en la Enfermería y la salud a nivel mundial, ha afectado el cambio de práctica, las políticas a nivel organizacional y de sistemas, la imagen de la Enfermería, el alcance de la práctica de la Enfermería, las estructuras de gobierno y de toma de decisiones, y el seguimiento y la evaluación de los resultados. Desde los BPSO canadienses en salud pública, atención primaria, hospitales, atención domiciliaria y atención a largo plazo, hasta organizaciones de servicios e instituciones académicas en Australia, Bélgica, Chile, China, Colombia, España, Italia, Jamaica, Perú, Portugal y Qatar, se ha producido un cambio sostenido en la forma en que se brinda la atención y se enseña a los estudiantes. Esto ha reforzado el grado de orgullo y satisfacción de la Enfermería y ha fortalecido el estatus y el lugar de la Enfermería en el equipo sanitario (RNAO, 2015a).

REFLEXIÓN

*¿Qué otros ejemplos se le ocurren en los que el cambio en la práctica ha influido en la organización o el sistema de manera más general?
¿Cómo cree que la participación de una asociación profesional y sus asociaciones influyeron en los cambios generados por la expansión global de BPSO?*



FIGURA 12.2 Logotipos de BPSO Hosts en Canadá, Chile y Perú.

MAXIMIZANDO LA DIFUSIÓN MIENTRAS SE MANTIENE EL PROGRAMA DE GUÍAS Y LA FIDELIDAD AL PROGRAMA BPSO

Al permitir la difusión global, RNAO presta especial atención a los sistemas y procesos necesarios para garantizar la fidelidad de BPSO. Mowbray, Holter, Teague y Bybee (2003) definen la *fidelidad* como el grado en que la intervención del programa es consistente con el modelo del programa según lo planeado por los profesionales que lo desarrollan. Carroll y otros (2007), al elaborar un marco conceptual para la fidelidad en la implantación, afirman que la atención a la fidelidad es crítica para poder determinar los impactos del programa y prevenir conclusiones inexactas sobre la efectividad de un programa. Refuerzan la importancia de esto, enfatizando que la fidelidad al programa afecta el éxito de este.

Existe un acuerdo general (Dane & Schneider, 1998; Durlak & DuPre, 2008; Dusenbury, Brannigan, Falco & Hanson, 2003; Fagan, Hanson, Hawkins & Arthurs, 2008) de que la implantación de la fidelidad puede medirse a través de una revisión de los siguientes componentes que deberían formar parte de toda la evaluación del programa. Estos componentes son:

- **Adherencia:** la capacidad del programa de cumplir con los requisitos
- **Exposición:** el alcance de la intervención del programa, conocer su extensión
- **Calidad de la intervención:** su capacidad de reflejar los estándares y valores del programa en un alto grado
- **Capacidad de respuesta de los participantes:** el grado de compromiso, el nivel de interés, la creencia en la utilidad del programa y el entusiasmo
- **Diferenciación del programa:** la distinción de cada componente del programa, incluyendo aquellos con mayor impacto

Alternativamente, al reconocer los conceptos de fidelidad y ajuste y sus tensiones inherentes (Castro, Barrera y Martínez, 2004), Chambers, Glasgow y Stange (2013) discuten la importancia de la sostenibilidad dinámica que reconoce la evolución de las intervenciones de la PBE a lo largo del tiempo y los contextos, y afirman que la sostenibilidad dinámica es necesaria para responder a las realidades contextuales y mantener los programas relevantes para los usuarios. Chambers et al. (2013) refuerzan la necesidad de que las metas del programa puedan contribuir al programa y crear conjuntamente algunos aspectos para asegurar la relevancia y sostenibilidad dentro de los parámetros del programa.

Todas estas son consideraciones críticas en la expansión y difusión de la designación de BPSO y presentan desafíos que el programa de garantía de calidad y fidelidad de RNAO ha mantenido en el centro de atención, incluyendo:

- Garantizar la coherencia de la designación de BPSO en todos los aspectos: cuando RNAO actúa como BPSO Host; cuando una organización externa a RNAO actúa como BPSO Host; cuando los BPSO son supervisados por BPSO Hosts en otras jurisdicciones.
- Equilibrar la continua relevancia contextual, junto con el sostenimiento y la fidelidad.
- Mantener canales de comunicación para mantener informados a las organizaciones de BPSO Hosts y BPSO Directo de RNAO sobre los cambios en la designación de BPSO.
- Fomentar una identidad colectiva entre todas las organizaciones de BPSO como parte de un movimiento global de prácticas basadas en la evidencia.

Cada aspecto del proceso de fidelidad está diseñado para cumplir uno o más de los cuatro objetivos identificados anteriormente. Como se discutió al principio de este libro, un factor clave del éxito del programa de RNAO y especialmente de sus BPSO es que ha creado un sentido de identidad colectiva, que es un factor importante de sostenibilidad, fidelidad y difusión acelerada (ver *Capítulo 1, Transformación la Enfermería a través del conocimiento: los fundamentos programáticos y conceptuales del Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO*). La identidad colectiva de los BPSO refleja los valores de la designación de BPSO. Se expresa a través del intenso orgullo que las organizaciones tienen de ser un BPSO y parte del

movimiento global de la PBE a través de una implantación sostenida de las Guías de RNAO y la evaluación y difusión continuas de su impacto. La identidad colectiva es evidente en:

- La exhibición del logotipo en los materiales de la organización
- Compartir abiertamente y construir juntos nuevas herramientas y enfoques a través de las fronteras
- Difusión de los resultados en presentaciones y publicaciones
- Acuerdo preparado para ser parte de todos los aspectos del programa, ya sea desarrollo de guías, implantación, evaluación, enseñanza, tutoría o auditoría
- El intenso trabajo de todos los BPSO para hacer uso de la mejor evidencia de una manera que sea cada vez mejor para los pacientes
- En esta sección se analizan las diversas formas en que RNAO ha abordado la fidelidad de la designación de BPSO a medida que se expande y se extiende. Abarcan enfoques que permiten el sostenimiento dinámico (Chambers et al., 2013) de una iniciativa de la PBE de calidad que repercute en la adopción efectiva de las guías en todos los contextos mundiales y abordan cada uno de los cinco componentes analizados anteriormente. Los componentes de garantía de calidad y evaluación de la fidelidad incorporan: 1) el Programa de Orientación de BPSO; 2) el proceso de formador experto en implantación certificado por el BPSO Host; 3) el requisito de auditoría y retroalimentación; 4) el sistema de datos NQuIRE y los informes de MyBPSO; 5) el uso de la tecnología para proporcionar formación y consulta; 6) los enfoques para la traducción; y 7) los requisitos del programa en curso.

Todo esto es evidente cuando se mide la fidelidad, en particular los componentes de la calidad y la capacidad de respuesta de los participantes.

EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN DE BPSO

El Programa de Orientación de BPSO de 5 días proporciona conocimientos y habilidades fundamentales al grupo identificado de partes interesadas e Impulsores que liderarán el proceso de BPSO en su organización, incluyendo la implantación específica de Guías. Este Programa de Orientación, que se basa en la Herramienta de implantación de RNAO (2012), utiliza varios ejemplos de implantación de éxito de Guías y logros de los BPSO y consta de componentes curriculares basados en el marco de Conocimiento para la acción (Straus, Tetroe y Graham, 2013). Sirve como programa de capacitación para los promotores de BPSO, los líderes de BPSO y los líderes Impulsores, quienes a su vez capacitan a los líderes de Guías y a los Impulsores en un taller dirigido a sus funciones en el cumplimiento de los productos de BPSO, incluyendo la implantación de Guías.

Todos los BPSO y BPSO Hosts comienzan su trabajo de designación de BPSO con el Programa de Orientación, que se proporciona de manera consistente en todos los entornos. Cuando es posible, los participantes de diferentes BPSO asisten juntos a la orientación, contribuyendo a su identidad colectiva como BPSO. RNAO dirige la orientación de sus organizaciones BPSO Directo, así como de las nuevas organizaciones BPSO Host y proporciona apoyo continuo acorde con el Acuerdo de BPSO. Una vez totalmente orientados, los BPSO Hosts planifican y dirigen la orientación para los BPSO en sus propias jurisdicciones y continúan con el seguimiento de la supervisión y el apoyo.

Los participantes reciben un cuaderno de trabajo preparado por RNAO, completo con objetivos, contenido, folletos, ejercicios de aplicación y material de referencia para cada sesión. La metodología de enseñanza (tan importante como el contenido) se basa en un modelo de desarrollo de capacidades sostenible e incluye el establecimiento de objetivos personales, intercambio de conocimientos críticos, compromiso, ejercicios de aplicación que reflejen su contexto, construcción de redes, oportunidades de liderazgo individual y de grupo, y planificación de acciones. Para muchas enfermeras fuera de Norteamérica, estas sesiones introducen un enfoque completamente nuevo de la enseñanza y el aprendizaje y desarrollan el conocimiento, la comprensión y la capacidad de aplicar la teoría, así como la confianza y la habilidad para articular los fundamentos de la práctica basada en la evidencia y el valor y el impacto de la Enfermería.

El Programa de Orientación de BPSO está dirigido por los BPSO Coaches internacionales de RNAO, como *formadores expertos de BPSO*. En el caso de la orientación para los BPSO Hosts, el Programa de Orientación de BPSO incorpora un proceso de formación de formadores desde el principio, en el que RNAO capacita al líder del BPSO Host como *Formador de formadores experto en implantación de BPSO certificado por RNAO* para la futura entrega del programa con el fin de continuar el desarrollo de la capacidad y la expansión de BPSO en su jurisdicción. Para las nuevas organizaciones de BPSO Directos, los formadores expertos de BPSO de RNAO, los formadores expertos de BPSO Host y/o un *Formador Experto en Implantación certificado por BPSO Host (FEI)* llevan a cabo su orientación. Los FEI son enfermeras que cumplen con los criterios establecidos y reciben formación con el Formador experto, ya sea RNAO o el BPSO Host. Más detalles sobre el Modelo de Formación de Formadores de BPSO internacionales de RNAO se tratarán más adelante en este capítulo.

El Modelo de Formación de Formadores de BPSO Hosts beneficia tanto a la iniciativa BPSO en ese país como al Programa de BPSO en general. La iniciativa específica de cada país no solo se basa en un modelo de asociación y amplía los recursos de RNAO, sino que también contribuye al desarrollo de la capacidad y a la identidad colectiva de los BPSO, trabajando en colaboración entre sí.

AUDITORIA DE LOS BPSO Y NECESIDAD DE RETROALIMENTACIÓN

El Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (Cochrane Effective Practice and Organization of Care), define la auditoría y la retroalimentación como una sinopsis de los comportamientos clínicos de los profesionales de la salud relacionados con su atención, durante un periodo de tiempo específico, con el fin de modificar dichos comportamientos de acuerdo con una norma (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012). La sinopsis puede ser el resultado de prácticas observada, resultados o registros escritos, e incluye recomendaciones y planes de acción (Grimshaw et al., 2012). Al explorar intervenciones efectivas para mejorar los resultados de salud, Grimshaw et al. (2012) analizaron las revisiones Cochrane clave de las estrategias profesionales de cambio de conducta, incluida la auditoría y la retroalimentación. Identificaron que los elementos importantes de una auditoría y retroalimentación eficaces son: una norma objetiva, la provisión de retroalimentación con recomendaciones y un plan de acción. Grimshaw y sus colegas (2012) concluyeron que la auditoría y la retroalimentación son herramientas útiles porque hasta casi un tercio de las veces, los profesionales califican su rendimiento a niveles superiores a los reales (Adams, Soumerai, Lomas y Ross-Degnan, 1999). La auditoría y la retroalimentación, al exponer esta discrepancia, pueden estimular el cambio de comportamiento. En análisis secundarios más profundos de estas revisiones sistemáticas, Ivers y sus colegas (2014) verificaron estos hallazgos y afirmaron que la auditoría y la retroalimentación sí funcionan.

De acuerdo con estos puntos de vista relacionados con la motivación del cambio de comportamiento profesional, la atención de RNAO a la calidad de los BPSO incluye una auditoría anual del BPSO en el segundo y tercer año del periodo de precalificación. A través de los procesos de auditoría y retroalimentación requeridos, se realizan visitas a los BPSO Hosts y BPSO Directos. Se informa por adelantado a los BPSO de que la visita tendrá lugar dentro de un plazo mutuamente acordado. Se les informa de que esperamos observar evidencias de los resultados requeridos como se indica en el Acuerdo de BPSO. Estos resultados incluyen la infraestructura, el desarrollo de capacidades, la implantación, la difusión, evaluación de las Guías, así como la práctica a tiempo y/u observaciones de enseñanza de acuerdo con las recomendaciones contenidas en las Guías

seleccionadas. Se han desarrollado herramientas de auditoría específicas para los BPSO Hosts, así como para los BPSO Directo de Servicio y Académicos, que reflejan los requisitos del Acuerdo de BPSO y sirven como criterios para la auditoría. Las herramientas de auditoría guían la visita de auditoría del BPSO y ayudan a determinar las fortalezas y áreas de crecimiento para proporcionar retroalimentación oportuna a los BPSO. Los BPSO Hosts realizan auditorías con sus BPSO Directos; RNAO audita a los BPSO Directos de los que es responsable, así como a todos los BPSO Hosts.

Durante la auditoría in situ, se celebra una reunión inicial y el BPSO o BPSO Host hace presentaciones que reflejan aspectos importantes del cambio cultural que ha tenido lugar durante el último año. En las auditorías de los BPSO de servicios, a esta reunión asisten los principales grupos interesados de la organización, entre las que se incluyen la alta dirección, el líder de BPSO, impulsores de Guías específicos y otros líderes, y todos ellos tienen un papel que desempeñar en la presentación. Luego se realizan visitas a unidades y equipos específicos donde se están implantando las Guías y los auditores observan las situaciones de la práctica y hablan con enfermeras, profesionales de la salud, otros miembros del equipo y pacientes. Si los estudiantes y el profesorado forman parte de la unidad o equipo auditado, también participan. Este tipo de visita puede durar de 3 a 4 días dependiendo del tamaño del BPSO y del número de unidades y equipos involucrados. Cuando se audita a un BPSO Académico, se utiliza el mismo proceso con la participación de la administración académica superior, los líderes de BPSO, el profesorado y los estudiantes, y se realizan observaciones del plan de estudios, los materiales didácticos y las situaciones de enseñanza-aprendizaje.

De conformidad con las recomendaciones de Ivers et al. (2014) y Grimshaw et al. (2012), relativas a un proceso eficaz de auditoría y retroalimentación, la visita concluye con una última oportunidad para que la organización revise los aspectos más destacados, seguida de una presentación de los auditores. Los auditores presentan un resumen de las fortalezas y mejoras necesarias de acuerdo con los criterios y se describen y discuten las recomendaciones para el seguimiento. En un plazo de dos semanas, el BPSO recibe un resumen escrito con las recomendaciones que el BPSO debe abordar en un plan de acción. La capacitación y el seguimiento continúan y el progreso se mide a través de reuniones regulares, informes semestrales y futuras auditorías.

EL SISTEMA DE DATOS NQUIERE COMO ESTRATEGIA DE FIDELIDAD Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

El enfoque de RNAO en un medio consistente de evaluación de la implantación de las Guías a través de NQuIRE (ver Capítulo 16, *Evaluación del impacto de las Guías: desarrollo y perfeccionamiento de NQuIRE*) también actúa como una estrategia de garantía de calidad (Grinspun et al., 2015). Todos los BPSO deben presentar datos sobre indicadores de calidad definidos en diccionarios de datos para el sistema internacional de datos NQuIRE. Se presentan indicadores estructurales de recursos humanos para los BPSO y los centros de implantación, así como los indicadores de proceso y de resultados basados en la evidencia para cada Guía. La comunicación regular con los BPSO y la revisión de los resultados de NQuIRE en la presentación de informes semestrales a RNAO garantizan que los BPSO sean coherentes en su enfoque de las intervenciones clave y en la forma en que miden tanto los cambios en las prácticas como los impactos de las Guías. NQuIRE permite a las organizaciones RNAO, BPSO Hosts y BPSO Directo revisar la implantación en todas las jurisdicciones o unidades y equipos, lo que ayuda a identificar las tendencias de los resultados que pueden conducir a nuevas oportunidades de prácticas de mejora de la calidad.

USO DE LA TECNOLOGÍA PARA PROPORCIONAR FORMACIÓN Y CONSULTA

En un esfuerzo por preparar mejor a los BPSO locales, nacionales e internacionales, RNAO diseñó una metodología de campamento de entrenamiento para intercambiar conocimientos sobre aspectos críticos del Programa de Guías y la designación de BPSO. Esta incluye sesiones interactivas presenciales a las que asisten los BPSO de Ontario y campamentos virtuales de entrenamiento organizados para los BPSO nacionales e internacionales. Estas sesiones han proporcionado información sobre el sistema de datos NQuIRE, orientación para la selección de indicadores y la presentación de datos, y la oportunidad de resolver problemas y tener experiencia práctica en el uso del sitio de demostración de NQuIRE. Este modo de formación interactiva sirve como otro medio para asegurar enfoques consistentes para la presentación de datos que cumplan con los estándares de calidad. También ofrece oportunidades para que los BPSO se reúnan a través de plataformas interactivas de conferencias web. Es importante en nuestro enfoque en la adopción global que ofrezcamos formación, entrenamiento y oportunidades de retroalimentación similares a los socios locales, nacionales e internacionales, y que construyamos una identidad colectiva entre los BPSO.

PLANTEAMIENTOS DE LA TRADUCCIÓN

Actualmente, RNAO tiene un proceso formal de traducción que orienta la traducción de las Guías y de varios recursos y apoyos a una variedad de idiomas. El proceso incluye un acuerdo firmado entre RNAO y la organización que patrocina la traducción, estipulando sus responsabilidades para financiar la traducción inicial, y nuestro compromiso mutuo con la traducción inversa y otros procesos de validación. Un aspecto siempre crítico del control de calidad es la traducción precisa de las herramientas basadas en la evidencia que refleja la evidencia y la intención de las recomendaciones y es consistente con el lenguaje y los matices culturales.

REQUISITOS Y OPORTUNIDADES PARA LA DESIGNACIÓN CONTINUA DE BPSO

Los estrictos requisitos para convertirse en un BPSO Designado y para conservar la Designación, como se describe en el Capítulo 6 y se destaca a lo largo de este capítulo, también son factores clave que afectan la fidelidad al programa y aseguran la consistencia y fidelidad del programa. Las oportunidades para reuniones y revisiones interactivas de procesos y resultados, incluidos los resultados de NQuIRE, contribuyen a que los BPSO comprendan los requisitos del programa y la capacidad de RNAO para supervisar que los BPSO hayan cumplido con los requisitos. Los BPSO tienen una gran cantidad de oportunidades para estar informados y participar en aspectos del desarrollo, implantación y evaluación de las Guías. Pueden contribuir como miembros del panel de expertos en desarrollo de Guías; revisores de Guías, herramientas de implantación, indicadores y otras propuestas de programas de los grupos interesados; y miembros de comités asesores.

La Tabla 12.3 Resumen de los objetivos del proceso de medición de la fidelidad en la implantación de RNAO y los componentes clave relevantes para cada objetivo.



REFLEXIÓN

¿Cómo ayudará la atención a la garantía de la calidad y la fidelidad de la implantación de las Guías y de la designación de BPSO para construir la Enfermería como una profesión de conocimiento y a crear culturas basadas en la evidencia en todo el mundo?

TABLA 12.3 OBJETIVOS DEL PROCESO DE RNAO EN LA MEDICIÓN DE LA FIDELIDAD EN LA IMPLANTACIÓN Y EN LOS COMPONENTES CLAVE RELEVANTES PARA CADA OBJETIVO

OBJETIVO DE FIDELIDAD	COMPONENTES CLAVE DEL PROGRAMA DE FIDELIDAD PARA ALCANZAR EL OBJETIVO
<p>Garantizar que la designación de BPSO sea coherente en todos los aspectos cuando RNAO actúa como BPSO Host, cuando una organización externa a RNAO actúa como BPSO Host; cuando los BPSO son supervisados por BPSO Host en otras jurisdicciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa de Orientación de BPSO ■ Formador experto en implantación certificado por el BPSO Host ■ Reuniones periódicas de intercambio de conocimientos entre RNAO y BPSO organizados por país, región, estado de designación o tipo o modelo de BPSO ■ Proceso anual de auditoría y retroalimentación de RNAO con el BPSO cuando RNAO actúa como BPSO Host, y del BPSO Host con visitas seleccionadas a los BPSO ■ Proceso anual de auditoría y retroalimentación realizado por un BPSO Host ■ Revisión de los informes, incluidos los informes de NQuIRE y myBPSO ■ Proceso de traducción
<p>Equilibrar continuamente la pertinencia contextual, junto con el sostenimiento y la fidelidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oportunidades formales e informales para proporcionar retroalimentación ■ Compartir estrategias relacionadas con el contexto en reuniones e informes ■ Oportunidades de ser grupos interesados, revisores o aportar información sobre las Guías, el proceso de desarrollo de las Guías, las herramientas de implantación, la evaluación de las Guías, NQuIRE y los Acuerdos de BPSO ■ Membresía en comités asesores relacionados con los principales elementos del programa, desarrollo, implantación y evaluación ■ Visitas a sitios de auditoría para ver el contexto y cómo un BPSO es relevante en el contexto
<p>Mantener los canales de comunicación para mantener informados a los BPSO Hosts sobre los cambios en la designación de BPSO y supervisar los logros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Página web de RNAO ■ Conexión con el Coach de RNAO y reuniones periódicas y sesiones de intercambio de conocimientos con RNAO y los BPSO ■ Boletín de noticias de las Guías ■ Informes periódicos con debate ■ Procesos similares llevados a cabo por BPSO Hosts con su sitio web, boletín, reuniones e informes de BPSO ■ Varias herramientas de conocimiento para ayudar a comprender las Guías específicas y su aplicación, incluyendo seminarios en línea, programas de aprendizaje en línea, guías de referencia rápida de las Guías, actualizaciones de NQuIRE y requisitos generales de presentación de informes.
<p>Cultivar una identidad colectiva entre todos los BPSO como parte de un movimiento global de prácticas basadas en la evidencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los grupos que integran los BPSO son participativos ■ Reuniones colectivas con todos los BPSO ■ Simposio anual internacional de BPSO ■ Eventos regionales de BPSO ■ FEI y participación en Redes Sociales ■ Formador de formadores expertos en evaluación certificado por RNAO (FDFEE) y Red ■ Uso del logotipo de BPSO ■ Comunidades de Prácticas de BPSO ■ Oportunidades de orientación ■ Oportunidades de aprendizaje con apoyo tecnológico

EL FUTURO

El futuro de las Guías de RNAO y de la designación de BPSO es muy prometedor. Con la designación de BPSO actualmente en 12 países y varios otros en fase de aplicación, las Guías de RNAO son reconocidas como productos de conocimiento de calidad que están transformando positivamente la profesión de Enfermería y sus prácticas clínicas, formativas y de gestión. El impacto del programa en las organizaciones académicas y de servicio demuestra constantes mejoras en los resultados de la educación, los pacientes, la organización y el sistema de salud. El uso entusiasta de las Guías por parte de las enfermeras en todas las funciones y sectores, otros profesionales de la salud, profesores y estudiantes, así como por parte de los políticos, ha cimentado la fuerte credibilidad de las Guías de RNAO y de su Programa de BPSO. A esto se suma la continua atención de los medios de comunicación que ha servido para difundir el éxito de este programa. El rápido crecimiento de la designación de BPSO como una estrategia de transferencia de conocimientos de éxito en diversos contextos ha aportado nuevas fortalezas y desafíos importantes a la designación de BPSO. Dentro de esta perspectiva, a continuación se discuten algunas de las consideraciones futuras.

DESIGNACIÓN DEL BPSO COMO UNA ENTIDAD QUE INSPIRA LA IDENTIDAD COLECTIVA

A medida que los modelos BPSO se expanden y maduran, el papel de RNAO será el de continuar asociándose con los BPSO, examinar lo que está funcionando bien, lo que necesita reforzarse y lo que necesita evolucionar para asegurar una atención efectiva basada en la evidencia en todo el mundo, a través de un Programa de Guías de alta calidad y la designación de BPSO. El modelo BPSO presenta una oportunidad para el desarrollo de la capacidad en la profesión de Enfermería desde la perspectiva de la práctica basada en la evidencia. Además, en el proceso, los países de todo el mundo han aprendido muchas estrategias relacionadas con el desarrollo de políticas, la promoción política y el establecimiento de asociaciones de colaboración con otros organismos profesionales y de atención de la salud y con los gobiernos.

Hay una serie de apoyos emergentes que necesitarán ser probados y contextualizados para adaptarse a la diversidad de sistemas y culturas que forman parte de la floreciente designación mundial de BPSO. La tutoría ha sido identificada en la literatura como un apoyo significativo (Melnik, 2007, 2014), y basándose en la experiencia de RNAO, mejora la calidad tanto en las organizaciones que son mentores como en las que son aprendices. En el futuro se identificarán y apoyarán más mentores internacionales, a medida que se aproveche la tecnología para ampliar y crear nuevos vínculos de intercambio de conocimientos, que conecten a personas y organizaciones para el aprendizaje mutuo.

La identidad colectiva es un término que se discute en detalle en el Capítulo 1, *Transformación de la Enfermería a través del conocimiento: los fundamentos programáticos y conceptuales del Programa de Guías de Buenas Prácticas de RNAO*. RNAO seguirá marcando las normas para inspirar y nutrir la identidad colectiva del programa en todas las formas de intercambio de conocimientos, en las que los BPSO se basan en sus relaciones y experiencia para aprender unos de otros y, junto con RNAO, construir el movimiento de BPSO. Por ejemplo, los BPSO Académicos de Bélgica, Canadá, Chile, China, Colombia, Italia, Jamaica, Perú, Portugal y España nos están enseñando cómo integrar mejor los BPSO a lo largo del plan de estudios. Los BPSO Académicos de todo el mundo nos están ayudando a construir mejores estrategias de evaluación del impacto de las Guías en los resultados de los profesores, estudiantes y pacientes, que pronto formarán parte del sistema de datos NQuIRE. Las visitas in situ, incluyendo la auditoría presencial de RNAO y los procesos de retroalimentación, se introdujeron por primera vez en nuestros BPSO internacionales y en 2016 se convirtieron en parte de los requisitos para los BPSO de Ontario.

Cuanta más voz tengan nuestros BPSO internacionales en los procesos de desarrollo de culturas basadas en la evidencia, más contribuirán las estructuras y procesos cocreados a una identidad colectiva y a un sostenimiento dinámico, produciendo mejores resultados para nuestros pacientes en Canadá y en el extranjero. El crecimiento real y sostenido de la profesión de Enfermería a nivel mundial solo se producirá cuando todas las enfermeras tengan la misma voz en la configuración del destino de nuestra profesión como socios igualitarios basados en la evidencia y centrados en el paciente en el equipo interprofesional. Esto se está logrando a través de la designación de BPSO, que está experimentando una continua expansión, un sostenimiento dinámico y una sólida fidelidad.

TRADUCCIÓN DE LAS GUÍAS

A medida que se acelera el desarrollo de los BPSO en todo el mundo, también deben acelerarse los sistemas de traducción para que las Guías se traduzcan con precisión a diferentes idiomas. La difusión en regiones y países facilitará esto, ya que la presencia de varios BPSO en un área que se comunican en un idioma similar significará habilidades y recursos adicionales para participar en el proceso. Los equipos de traducción, incluidos el personal de RNAO y los miembros de las organizaciones BPSO que pueden trabajar para sincronizar el idioma, la atención en salud y las diferencias culturales, serán cada vez más importantes a medida que se produzca la expansión.

DIFUSIÓN DE BPSO, SOSTENIBILIDAD Y SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE FORMADORES

La filosofía y la capacidad de RNAO para expandir sus conocimientos, habilidades y recursos más allá de su propio entorno son fundamentales para la difusión de las Guías y los centros BPSO. Como se describe en el Capítulo 1 y el 18, *Cambiando las normas y la cultura para mejorar la salud de las personas: desde la práctica basada en la evidencia hasta la política basada en la evidencia*, esta capacidad se ha visto impulsada por la sólida posición de RNAO como asociación profesional con una red de miembros en secciones y grupos de interés, una afiliación activa y fuertes relaciones con organizaciones similares. Los canales formales de difusión de RNAO y el uso extensivo de la tecnología proporcionan un sólido trampolín para que el Programa de Guías se construya sobre él, con una lista de oportunidades educativas que sirven a audiencias de todo el mundo. En el Capítulo 4, *Forjando el camino con la ciencia de la implantación*, se detallan algunas de estas oportunidades de creación de capacidades.

De acuerdo con el concepto de *evolución intencionada* discutido en el Capítulo 1, RNAO ha perfeccionado enfoques adicionales de difusión, sostenibilidad y supervisión de la calidad: el *formador experto certificado por RNAO*, el *formador experto en implantación certificado por el BPSO Host* y el *formador experto en evaluación certificado por RNAO*, que forman parte del emergente Modelo de Formación de Formadores de RNAO. Estos enfoques son una parte integral del escalamiento global dentro de un contexto de promoción de una designación de BPSO dinámica que difunde, sostiene, asegura la fidelidad y sirve para administrar recursos finitos. Lo que sigue es una descripción general del *formador de formadores experto en implantación certificado por RNAO*, del *formador experto en implantación certificado por el BPSO Host* y del *formador de formadores experto en evaluación certificado por RNAO*.

FORMADOR DE FORMADORES EXPERTO EN IMPLANTACIÓN CERTIFICADO POR RNAO

Los formadores de formadores expertos en implantación certificados por RNAO (FFE) son enfermeras de BPSO Hosts que han trabajado en estrecha colaboración con un formador experto del programa BPSO en el rol de formador experto en implantación certificado por BPSO Host, capacitando a los Promotores de BPSO, los líderes de BPSO y los líderes impulsores en sus BPSO Directos. Los FFE están familiarizados con los materiales de orientación y las metodologías de enseñanza de BPSO. Trabajan independientemente en sus jurisdicciones con sus BPSO Directos. RNAO supervisa esta función mediante la presentación de informes, la transferencia de conocimientos y los requisitos de evaluación del BPSO Host, lo que incluye la evaluación continua de la función del FFE.

FORMADOR EXPERTO EN IMPLANTACIÓN CERTIFICADO POR EL BPSO HOST

Como se discutió con brevedad anteriormente, los formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host (FEI) son enfermeras que cumplen con los criterios establecidos, incluyendo: experiencia como impulsor en un BPSO, habilidades para la formación y experiencia en el trabajo con poblaciones internacionales. Son elegidos por las organizaciones designadas como BPSO y, una vez seleccionados, reciben el Programa de

Orientación de BPSO para su revisión y discusión. A continuación, se asocian con un formador experto en el programa BPSO certificado por RNAO o un formador de formadores expertos en implantación certificado por RNAO para codirigir las sesiones de orientación hasta que demuestren su competencia para obtener la certificación. Después del Programa de Orientación, los FEI se comprometen a trabajar con los BPSO a medida que logran los resultados requeridos y a trabajar con los formadores principales en la impartición del Programa de Orientación de BPSO a los nuevos BPSO.

La participación de más FEI de cada uno de los países de los BPSO y la creación de una Red de formadores de BPSO certificados mejorará este enfoque de garantía de calidad para brotar en otros BPSO de todo el mundo y también agudizará el trabajo en los BPSO de los formadores. Además, esta polinización cruzada de la mejor evidencia mejorará la atención sanitaria a nivel mundial. Los impactos de una Red de formadores de BPSO certificados merecen ser investigados, y a lo largo del tiempo deben desarrollarse las buenas prácticas para seleccionar y formar a los formadores, así como para mantener los niveles de destreza de los formadores. La participación de los BPSO Hosts en el desarrollo de los FEI y la expansión de la Red de formadores certificados será cada vez más necesaria.

FORMADOR DE FORMADORES EXPERTO EN EVALUACIÓN CERTIFICADO POR RNAO

Los Formadores de formadores expertos en evaluación certificados por RNAO (FDFEE) son enfermeras de BPSO que han trabajado con un formador internacional de BPSO Coach de RNAO en la realización de auditorías de servicio y académicas utilizando las herramientas de auditoría de RNAO con retroalimentación específica y procesos de seguimiento. La discusión previa en este capítulo describió el proceso de auditoría de BPSO y su efectividad a nivel internacional como medio para proporcionar retroalimentación, un componente crítico de la implantación y el mantenimiento de las guías. El futuro aportará más requisitos para que RNAO y los BPSO Hosts realicen auditorías en todo el mundo y aumentará la necesidad de formadores de formadores expertos en evaluación certificados por RNAO (FDFEE) de todas las jurisdicciones y la creación de una Red FDFEE, muy similar a la Red de Formadores Certificados de BPSO. El modelo de FDF, explicado a continuación, será fundamental en este proceso.

MODELO DE FORMACIÓN DE FORMADORES (FDF)

Para establecer un proceso claro de formación de formadores como los FEI y FDFEE, así como de los líderes de conocimiento adicionales para garantizar la calidad y fidelidad de BPSO, RNAO ha desarrollado el modelo internacional de Formación de Formadores (FDF) de BPSO. La literatura apoya algunos de los beneficios obvios del Modelo de FDF para individuos, organizaciones, capacitadores y aprendices por igual, incluyendo: una difusión más rápida, acceso directo a las comunidades locales, comprensión de los temas contextuales, colaboración local y ventajas económicas (Assemi, Mutha, & Hudmon, 2007; Hiner et al., 2009; Rajapakse, Neeman, & Dawson, 2013; Yarber et al., 2015).

COMPONENTES CLAVE DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN

Los componentes clave de los enfoques más efectivos para los programas de formación han sido identificados en la literatura con base en la investigación de programas locales y globales, según se detalla:

- Selección cuidadosa de los candidatos (Hiner et al., 2009)
- Suministro de un libro de trabajo o herramientas específicas (Assemi et al., 2007; Baron, 2006; Rajapakse et al., 2013)
- Experiencia práctica y trabajo en grupo supervisado (Hiner et al., 2009; Yarber et al., 2015)
- Oportunidades de enseñanza demostrativa (Hiner et al., 2009; Yarber et al., 2015)

- Enfoque en el contenido, así como en la metodología de instrucción (Assemi et al., 2007; Baron, 2006; Hiner et al., 2009; Rajapakse et al., 2013)
- Conexión con estructuras locales (Hiner et al., 2009; Rajapakse et al., 2013)
- Evaluación y retroalimentación (Assemi et al., 2007; Baron, 2006; Hines et al., 2009)
- Creación de una red de FDF (Baron, 2006; Yarber et al., 2015)

El modelo de FDF de RNAO cumple con todos los criterios anteriores, y dada su clara vinculación con el conjunto específico de requisitos solicitados en la designación de BPSO, a diferencia de muchos programas de FDF, en los que la mayoría de los estudiantes nunca reproducen el programa (Hahn, Noland, Rayens y Christie, 2002), en nuestro caso, los que han recibido formación sí lo han hecho. El objetivo de RNAO es multiplicar sus efectos en todo el mundo a través de un modelo de FDF que atraviesa varios niveles de formadores y aprendices, incluyendo a los formadores expertos de BPSO certificado por RNAO, a los formadores de formadores expertos en implantación certificados por RNAO, a los formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host, a los Promotores de BPSO, a los BPSO Coaches, a los líderes impulsores de BPSO, a los líderes de BPSO, a los impulsores y a los líderes de las Guías.

La Figura 12.3 muestra el enfoque por niveles del modelo de FDF, mientras que la Figura 12.4 define cada uno de los niveles del modelo y explica sus vínculos, evidentes en las actividades de designación de BPSO. Ambos se explican después de las figuras.



FIGURA 12.3 Modelo BPSO DE FDF DE RNAO que muestra los niveles de formación.
©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Modelo de formación de formadores de BPSO de RNAO

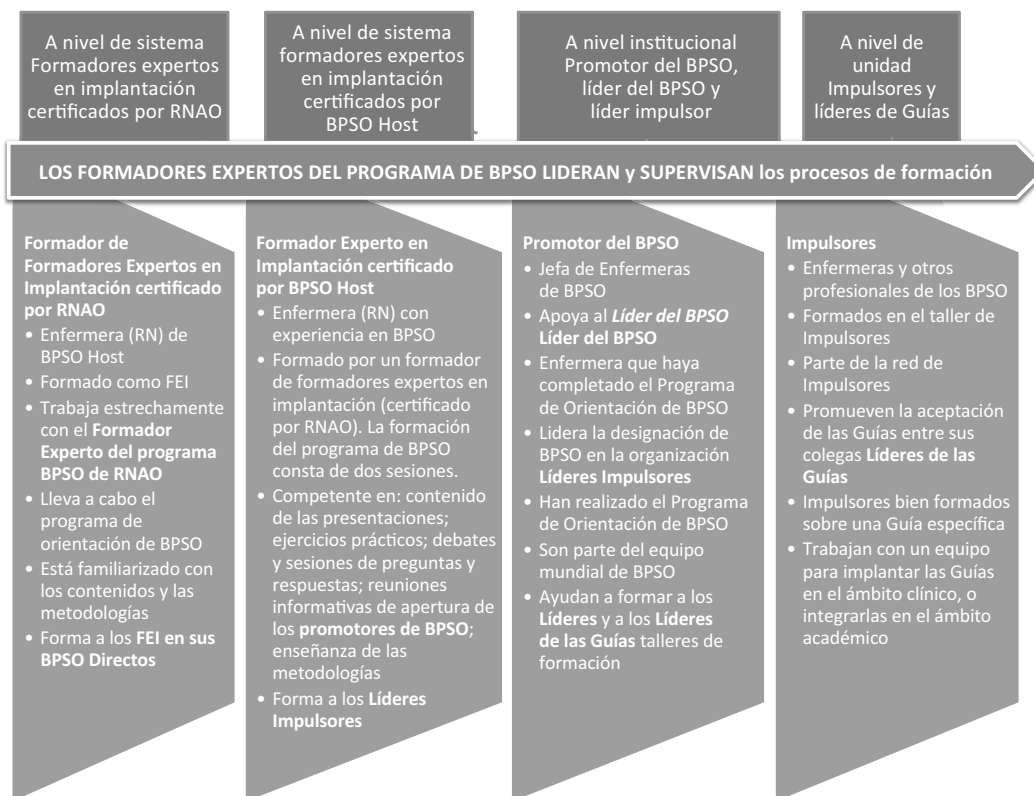


FIGURA 12.4 Modelo BPSO DE FDF DE RNAO con una explicación de cada nivel del modelo. ©Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario. Todos los derechos reservados.

Como se puede ver en las Figuras 12.3 y 12.4, el modelo de FDF comienza con la formación de los Promotores de BPSO, los Líderes de BPSO y los Líderes Impulsores por parte de los Coaches Internacionales de BPSO de RNAO, que son los formadores expertos del programa BPSO. Los formadores de RNAO BPSO seleccionan a los candidatos para la certificación basándose en criterios específicos y trabajan codo con codo con ellos para prepararlos para cumplir con la función de formador de formadores experto en implantación certificado por el BPSO Host o formador de formadores experto en evaluación certificado por RNAO.

Como se mencionó anteriormente, el Modelo de BPSO Host presenta otra oportunidad para formar al formador. En estas situaciones, el formador experto del programa de BPSO certificado por RNAO formará a un formador de formadores experto en implantación certificado por RNAO, que a su vez podrá formar a formadores de formadores expertos en implantación certificados por el BPSO Host, así como a líderes a nivel organizacional.

Estos líderes impulsores a su vez forman a los impulsores y a los líderes de las Guías en el nivel de unidad, utilizando una metodología similar en un instituto más corto. Los impulsores y los líderes de las Guías tienen funciones claras cuando trabajan con enfermeras, otros miembros del personal y los grupos interesados. Las enfermeras y otros que han recibido formación llevan con orgullo sus títulos de Líder Impulsor, Líder de BPSO, Impulsor y Líder de Guías.

REFLEXIÓN

¿Cómo influye el modelo internacional de RNAO de formación de formadores de BPSO en el compromiso del personal con todas las funciones de los BPSO?

CONCLUSIÓN

Este capítulo ofrece una visión general de cómo RNAO ha utilizado la teoría de la difusión en sus enfoques de la difusión de las Guías y la adopción de la designación de BPSO en todo el mundo. El Programa de Guías de RNAO, incluyendo la designación de BPSO yuxtapuesta contra la teoría de la difusión (Rogers, 2003), demuestra cómo y por qué las innovaciones y los procesos utilizados por RNAO son eficaces. Estos procesos incluyen el desarrollo de las Guías a través de la difusión y creación de procesos de implantación sólidos, sistemáticos y basados en la evidencia, y el establecimiento del sistema de datos NQuIRE y del Modelo de Evaluación BPSO-NQuIRE.

La creación de la designación de BPSO a través de los modelos Directo y Host ha contribuido en gran medida a la difusión de las Guías y ha añadido un sólido componente global al trabajo de RNAO en la práctica basada en la evidencia. Sin lugar a duda, ha sido un factor importante en la rapidez de la adopción y el mantenimiento de la práctica basada en la evidencia. Los impactos en todo el sistema de la implantación de las Guías y la creación de culturas basadas en la evidencia han resultado en cambios en la práctica y la educación en los entornos de atención de salud canadienses y en los BPSO nacionales. Estos resultados, aumentados por un modelo efectivo de formación de formadores desarrollado por RNAO y utilizado en todo el mundo, permiten una difusión y sostenibilidad más rápida de los programas, así como un uso efectivo de los recursos.

Finalmente, con un rápido crecimiento y aceptación, se presta mucha atención a la fidelidad. RNAO ha construido y continuará construyendo su programa de garantía de calidad, involucrando cada vez más a los BPSO. Las potentes estrategias de mejora de la calidad que se están utilizando actualmente tienen una serie de beneficios que todos los BPSO han experimentado. El intercambio de conocimientos, el intercambio entre países y el crecimiento conjunto son valores fundamentales del Programa de Guías y fundamentales para la identidad colectiva que hemos construido como BPSO.

MENSAJES CLAVE

- Tanto la implantación generalizada de las Guías de RNAO como la adopción de la designación de BPSO reflejan elementos clave de la teoría de la difusión.
- La designación de BPSO, tanto de los modelos de BPSO Directo como de BPSO Host, ha tenido un impacto positivo en la calidad de las prácticas y resultados formativos, clínicos y de gestión. También ha influido directamente en el enriquecimiento en el alcance de la práctica, la comunicación y la colaboración entre enfermeras y entre enfermeras y médicos, los estándares de excelencia en la práctica, la imagen de la Enfermería y las enfermeras, la atención centrada en el paciente, la política organizacional y el cierre de la brecha entre la investigación y la práctica.
- El modelo de BPSO Host apoya el desarrollo de la formación “en el país” en el ámbito de la práctica basada en la evidencia y ha permitido a RNAO maximizar la difusión y la sostenibilidad del Programa de Guías y de la designación de BPSO a nivel mundial, garantizando al mismo tiempo el uso eficaz de los recursos.
- Un programa estandarizado de orientación de BPSO, formadores certificados, auditorías anuales presenciales y requisitos y oportunidades continuas han permitido a RNAO maximizar la difusión, la sostenibilidad y la fidelidad a la designación de BPSO.
- El modelo FDF de BPSO de RNAO aumenta los recursos humanos necesarios para apoyar la difusión global de la designación de BPSO, al mismo tiempo que contribuye al compromiso con la aceptación y el uso sostenido de las Guías.

- La identidad colectiva de los BPSO de todo el mundo ha contribuido a la difusión dinámica, la sostenibilidad y la fidelidad del programa.
- El futuro incluye un enfoque en la expansión y difusión de recursos para satisfacer la demanda global de la designación de BPSO. Un mayor compromiso con los BPSO como socios de pleno derecho se basará en las fortalezas del programa, abordará las áreas de mejora y ampliará la comunicación transfronteriza y el intercambio de conocimientos a través de la tecnología.

REFERENCIAS

- Adams, A. S., Soumerai, S. B., Lomas, J., & Ross-Degnan, D. (1999). Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, *11*(3), 187–192. doi: 10.1093/intqhc/11.3.187
- Albornos-Munoz, L., González-María, E., & Moreno-Casbas, T. (2015). Best Practice Guidelines implementation in Spain: Best practice spotlight organizations. *Med UNAB*, *17*(3), 163–169.
- Assemi, M., Mutha, S., & Hudmon, K. S. (2007). Evaluation of a train-the-trainer program for cultural competence. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *71*(6), 110.
- Athwal, L., Marchuk, B., Laforêt-Fliesser, Y., Castanza, J., Davis, L., & LaSalle, M. (2014). Adaptation of a Best Practice Guideline to strengthen client-centered care in public health. *Public Health Nursing Volume*, *31*(2), 134–143.
- Bajnok, I. (2008, May 6). Re “It beats sucking up to teacher” [Letter to the Editor]. *Toronto Star*.
- Bajnok, I., Grinspun, D., Lloyd, M., & McConnell, H. (2015). Leading quality improvement through Best Practice Guideline development, implementation, and measurement science. *MedUNAB*, *17*(3), 155–162.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, *29*(3), 11–12.
- Baron, N. (2006). The ‘TOT’: A global approach for the training of trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters. *Intervention*, *4*(2), 109–126.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminate innovations in health care. *The Journal of the American Medical Association*, *289*(15), 1969–1975.
- Berwick, D. M., Godfrey, A. B., & Roessner, J. (1991). *Curing health care: New strategies for quality improvement*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Berwick, D. M., Godfrey, A. B., & Roessner, J. (2002). *Curing health care: New strategies for quality improvement* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Brundage, A. (2008, June 16). Check your blood sugar [Letter to the editor]. *The Toronto Sun*.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* *2*: 40–49.
- Castro, F. G., Barrera, M. Jr., & Martinez, C. R. Jr. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, *5*(1), 41–45.
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, *8*, 117. doi: 10.1186/1748-5908-8-117
- China Care Management. (2015, July 24). The first RNAO-BPSO evidence-based nursing research center in China is located in Beijing University of Traditional Chinese Medicine, will build a local nursing practice guide (translated). Retrieved from https://mp.weixin.qq.com/s/e4MrXwAS4_rHVKKjeTROqA
- Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1973.
- Dane, A. V., & Schneider, B. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, *18*(1), 23–45.
- Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Services Research*, *8*, 29. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-29>
- Davies, B., Tremblay, D., & Edwards, N. (2010). Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.), *Evaluating the impact of implementing evidence based practice* (pp. 165–188). Oxford, UK: STTI/Wiley-Blackwell.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3–4), 237–350.

- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hanson, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*(2), 237–256. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.237>
- Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthurs, M. W. (2008). Bridging science to practice: Achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology, 41*(3–4), 235–249.
- Gardner, D. (2010). A passion for improving health care: An interview with Doris Grinspun. *Nursing Economics, 28*(2), 126–129.
- Ghoshal, D. S., & Bartlett, C. (1988). Creation, adoption and diffusion of innovations by subsidiaries of multinational corporations. *The Journal of International Business Studies, 19*(3), 372.
- Gifford, W., Davies, B., Rowan, M., Egan, M., Lefebvre, N., & Brehaut, J. (2016). Understanding audit and feedback to support falls prevention and pain management in home health care. *Home Health Care Management and Practice, 28*(2), 79–95.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O. (Eds.). (2005). *Diffusion of innovations in health service organizations: A systematic literature review*. Malden, MA: Blackwell.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2004). Storylines of research in diffusion of innovation: A meta-narrative approach to systematic review. *Social Science and Medicine, 61*(2), 417–430.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. M., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science, 7*, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Grinspun, D. (2011). Guías de practica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enfermería Clínica, 21*(1): 1–2.
- Grinspun, D., Lloyd, M., Xiao, S., & Bajnok, I. (2015). Measuring quality of evidence-based care: NQuIRE—Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation data-system. *Med UNAB, 17*(3), 170–175.
- Grinspun, D., Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2014). Advancing optimal care with rigorously developed clinical practice guidelines and evidence-based recommendations. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.), *Evidence-based practice in nursing and health care: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 182–201). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Grinspun, D., Virani, T., & Bajnok, I. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: The Registered Nurses' Association of Ontario project. *Hospital Quarterly, 5*(2), 56–60.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2nd ed.). London, UK: John Wiley & Sons.
- Hahn, E. J., Noland, M. P., Rayens, M. K., & Christie, D. M. (2002). Efficacy of training and fidelity of implementation of the life skills training program. *Journal of School Health, 72*(7), 282–287. doi: 10.1111/j.1746-1561.2002.tb01333.x
- Health Council of Canada. (2012). *Understanding clinical practice guidelines: A video series primer*. Retrieved from https://healthcouncilcanada.ca/files/CPG_Backgrounder_EN.pdf
- Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch: How to change things when change is hard*. New York, NY: Random House.
- Higuchi, K. S., Davies, B. L., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three-year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing, 20*(9–10), 1329–1338. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03590.x
- Higuchi, K. S., Davies, B., & Ploeg, J. (2017). Sustaining guideline implementation: A multisite perspective on activities, challenges and supports. *Journal of Clinical Nursing, 1–12*. doi: 10.1111/jocn.13770
- Higuchi, K. S., Downey, A., Davies, B., Bajnok, I., & Waggott, M. (2013). Using the NHS Sustainability framework to understand the activities and resource implications of Canadian nursing guideline early adopters. *Journal of Clinical Nursing, 22*(11–12), 1707–1716.
- Hiner, C. A., Mandel, B. G., Weaver, M. R., Bruce, D., McLaughlin, R., & Anderson, J. (2009). Training-of-trainers model in a HIV counseling and testing program in the Caribbean Region. *Human Resources for Health, 7*, 11.
- Ireland, S., Kirkpatrick, H., Boblin, S., & Robertson, K. (2013). The real world journey of implementing fall prevention best practices in three acute care hospitals: A case study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 10*(2), 95–103.
- Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Jamtvedt, G., Flottorp, S., O'Brien, M. A., French, S. D., . . . Odgaard-Jensen, J. (2014). Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *Journal of General Internal Medicine, 29*(11), 1534–1541. <http://doi.org/10.1007/s11606-014-2913-y>
- Jadad, A. R., Cook, D. J., Jones, A., Klassen, T. P., Tugwell, D., Moher, M., . . . Moher, D. (1998). Methodology and reports of systematic review and meta-analyses: A comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals. *JAMA, 280*(3), 278–280.
- Jeffs, L., Beswick, S., Lo, J., Campbell, H., Ferris, E., & Sidani, S. (2013). Defining what evidence is, linking it to patient outcomes, and making it relevant to practice: Insights from clinical nurses. *Applied Nursing Research, 26*(3), 105–109.
- Jeffs, L., Lo, J., Beswick, S., & Campbell, H. (2013). Implementing an organization-wide quality improvement initiative: Insights from project leads, managers and frontline nurses. *Nursing Administration Quarterly, 7*(3), 222–230.

- Jennings, L., O'Neil, B., Bossy, K., Dodman, D., & Campbell, J. (2016). The story of Emily. *Patient Experience Journal*, 3(1), 146–152.
- Johnson-Bhatti, G., Case, A., & Shaikh, S. (2017). Raising the bar: Putting evidence into practice. *Senior Care Canada* (3rd Quarter), 14–15.
- Jordan, Z. (2005, Oct/Dec). Turning challenges into opportunities. *PACEsetter*, 2(4), 6–11.
- Kinnunen, J. (1996). Gabriel Tarde as a founding father of innovation diffusion research. *Acta Sociologica*, 39(4), 431–442. doi: 10.1177/000169939603900404
- Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Boston, MA.: Harvard Business Review Press.
- Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 83–93). Oxford, UK: Wiley-Blackwell/BMJ Books.
- McKeown, L. L., Woodbeck, H. H., & Lloyd, M. (2014). A journey to improve oral care with best practices in long-term care. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 48(2), 51–53.
- Melnyk, B. M. (2007). The evidence-based practice mentor: A promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 123–125.
- Melnyk, B. M. (2014). Building cultures and environments that facilitate clinician behaviour change to evidence-based practice: What works? *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(2), 79–80.
- Melnyk, B. M. (2017). The difference between what is known and what is done is lethal: Evidence-based practice is a key solution urgently needed. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 3–4.
- Meyer, G. (2004). Diffusion methodology: Time to innovate. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 9(S1), 61.
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510–520. <http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3), 315–340. doi: 10.1016/S1098-2140(03)00057-2
- Patten, L. (2017). Organizing and empowering staff to find solutions. *Senior Care Canada* (3rd Quarter), 6–8.
- Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The role of nursing best practice Champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(4), 238–251.
- Punch, D. (2016). Doing more for the 3Ds. *Registered Nurse Journal*, 28(6), 12–17.
- Rajapakse, B. N., Neeman, T., & Dawson, A. H. (2002). The effectiveness of a 'Train the Trainer' Model of resuscitation education for rural peripheral hospital doctors in Sri Lanka. *PLoS ONE*, 8(11), e79491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079491>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2002). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005). *Educator's resource: Integration of Best Practice Guidelines*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Nursing faculty education guide: Tobacco use and associated health risks*. Retrieved from <http://tobaccofreernao.ca/en/NFEG>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014, June 13). *Recommendations for first comprehensive nursing guideline on elder abuse released today*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2014/06/13/recommendations-first-comprehensive-nursing-guideline-elder-abuse-rel>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015a). *2014–2015 Best Practice Spotlight Organization Impact Survey: Summary of survey results*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_RNAO-BPSO_Impact_Survey_from_Printer.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015b, May 4). *Health-care professionals mark Nursing Week by showcasing excellence in evidence-based patient care*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2015/05/04/health-care-professionals-mark-nursing-week-showcasing-excellence-evi>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016a, May 4). *Nurses share their successes and challenges during National Nursing Week (May 9–15)*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2016/05/04/nurses-share-their-successes-and-challenges-during-national-nursing-w>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016b, July 14). *RNAO celebrates approval of supervised injection services by launching Best Practice Guideline*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/media-releases/2016/07/14/rnao-celebrates-approval-supervised-injection-services-launching-best>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017a). *Nurse educator mental health and addiction resource*. Retrieved from www.rnao.ca/bpg/initiatives/mhai

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017b, May 25). *Nurses stand proud during Nursing Week*. Retrieved from <http://rnao.ca/news/nurses-stand-proud-during-nursing-week>
- Rempel, L. A., & McCleary, L. (2012). Effects of the implementation of a breastfeeding Best Practice Guideline in a Canadian public health agency. *Research in Nursing & Health*, 35(5), 435–449. doi:10.1002/nur.21495
- Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovations: A cross-cultural approach* (2nd ed.). New York, NY: Free Press.
- Ryan, B., & Gross, N. (1943). The diffusion of hybrid seed in two Iowa communities. *Rural Sociology*, 8(1), 15–24.
- School of Nursing, Beijing University of Chinese Medicine. (2017, August 18). *Canada Ontario Registered Nurses Association BPSO evidence-based care and methods training campaign video*. Retrieved from <http://huli.bucm.edu.cn/tzgg/sy/41572.htm>
- Stetler, C. B., Richie, J. A., Rycroft-Malone, J., & Charns, M. P. (2014). Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviour for institutionalizing EBP. *Worldviews in Evidence-Based Nursing*, 11(4), 219–226.
- Strang, D., & Soule, S. (1998). Diffusion in organizations and social movements from hybrid corn to poison pills. *Annual Review of Sociology*, 24, 265–290.
- Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. (Eds.). (2013). *Knowledge translation in health care* (2nd ed.) Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: How evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302–310.
- Vanguardia. (2017, August 17). *Visita*. Retrieved from <http://m.vanguardia.com/entretenimiento/sociales/407800-visita>
- Virani, T. (2007, June 12). Nurses help prevent falls [Letter to the editor]. *The Peterborough Examiner*.
- Yarber, L., Brownson, C. A., Jacob, R. R., Baker, E. A., Jones, E., Baumann, C., . . . Brownson, R. C. (2015). Evaluating a train-the-trainer approach for improving capacity for evidence-based decision making in public health. *BMC Health Services Research*, 15, 547. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-1224-2>