

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Factores que determinan la competencia de las enfermeras de
atención primaria de salud (APS) y atención hospitalaria del
servicio de salud metropolitano norte-Santiago-Chile en
cuidados de enfermería basados en la evidencia**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Amalia Graciela Silva Galleguillos

Directores

Esperanza Rayón Valpuesta
Juan Vicente Beneit Montesinos
Tamara Raquel Velasco Sanz

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**FACTORES QUE DETERMINAN LA COMPETENCIA DE LAS ENFERMERAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y ATENCIÓN HOSPITALARIA
DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE-SANTIAGO-CHILE EN
CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN LA EVIDENCIA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Amalia Graciela Silva Galleguillos

Directores:

D^a Esperanza Rayón Valpuesta
D. Juan Vicente Beneit Montesinos
D^a Tamara Raquel Velasco Sanz

Madrid, 2021

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**FACTORES QUE DETERMINAN LA COMPETENCIA DE LAS ENFERMERAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y ATENCIÓN HOSPITALARIA
DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE-SANTIAGO-CHILE EN
CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN LA EVIDENCIA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Amalia Graciela Silva Galleguillos

Directores:

D^a Esperanza Rayón Valpuesta
D. Juan Vicente Beneit Montesinos
D^a Tamara Raquel Velasco Sanz

Madrid, 2021

AGRADECIMIENTOS

A mi familia; mi marido Juan Eduardo, mis hijos y nuera Eduardo y Alecsandra, Constanza, Joaquín y a esos dos pequeñitos que han llegado a darnos esperanza en tiempos de pandemia Elisita y Michael, gracias por su gran apoyo, cariño y cuidado durante el desarrollo de esta formación.

Al programa de Doctorado de la UCM y mis tutores que me han brindado todo el apoyo, por su gran rol formador y acompañamiento durante estos años.

A muchas personas que me han alentados con sus palabras de apoyo para llegar a esta meta entre ellas Dra. Doris Grinspun, Dra. Sara Mendoza y a Juan Araya.

ÍNDICE

RESUMEN	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Justificación.....	6
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Enfermería como ciencia del cuidado	10
2.2 Competencias actuales en Enfermería.....	15
2.3 Proyecto Tuning en Enfermería en América Latina y Chile	17
2.4 Formación profesional de Enfermería en Chile.....	23
2.5 Marco Jurídico y legal de Enfermería en Chile	28
2.5.1. Gestión del Cuidado	30
2.6 Investigación en Ciencias de la Salud en Chile	35
2.6.1 Investigación en Enfermería a nivel Internacional	39
2.6.2 Investigación en Enfermería América Latina	44
2.6.3 Investigación en Enfermería en Chile	46
2.6.4 Barreras en Investigación en Enfermería	51
2.7 Estrategias y Modelos Implementación de la EBE	53
2.7.1 Patrones de conocimiento en Enfermería. Propuesta de Carpe	55
2.7.2 Estudios de implementación de la EBE.....	56
2.7.3 Modelos de implementación de la EBE.....	60
2.7.4 Modelo de implementación de la RNA O	63
2.7.5 Aspectos comunes de los Modelos.....	66
2.8 Contexto y Sistema de Salud en Chile	68
2.8.1 Niveles de atención en Salud en Chile	71
CAPÍTULO 3. ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBE)	
3.1 Revisión de Alcance	73
3.1.1 Metodología.....	74
3.1.1.1 Definir Objetivos	75
3.1.1.2 Desarrollar Criterios de inclusión	75
3.1.1.3 Planificación de búsqueda, selección, extracción y gráficos	75
3.1.1.4 Buscando la evidencia	75
3.1.1.5 Seleccionando la evidencia.....	77
Evaluando la evidencia	80
3.1.1.6 Extrayendo la Evidencia	80
3.1.1.7 Trazando y resumiendo la evidencia: Resultados	81
Historia de la Evidencia en Salud- Medicina Basada en la Evidencia	81
Historia de la Enfermería Basada en la Evidencia	82
Concepto y función de Enfermería Basada en la Evidencia.....	84
Etapas del uso de la Evidencia	86
Barreras y elementos facilitadores para implementar la Evidencia.....	87
3.1.1.8 Matriz: Características de los estudios incluidos	93

CAPÍTULO 4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1 Hipótesis.....	98
4.2 Objetivo.....	98
4.2.1 Objetivo General.....	98
4.2.2 Objetivos Específicos	98

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio	99
5.2 Ámbito del estudio.....	99
5.3 Población de estudio	103
5.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión	103
5.3.2 Muestreo.....	103
5.3.3 Tamaño Muestral	103
5.3.4 Variables del estudio	104
5.3.4.1 Características Sociodemográficas	104
5.3.4.2 Variables de Formación	104
5.4 Instrumentos de medida	107
5.5 Procedimiento de recogida de datos.....	108
5.6 Consideraciones éticas.....	110
5.7 Análisis de datos.....	111

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

6.1 Características Sociodemográficas	114
6.2 Competencias en Práctica Clínica Basada en la Evidencia.....	118
6.3 Análisis de datos sociodemográficos y EBPQ-19.....	123
6.4 Variables Policotómicas.....	126
6.5 Regresión Lineal.....	136
6.6 Confiabilidad del instrumento del EBPQ-19.....	150
6.7 PROPUESTA INICIAL DE UN MODELO PARA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD EBE EN CHILE.....	151

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.....

ANEXOS

Anexo 1. Lista de verificación CASPE	185
Anexo 2. Lista de verificación STROBE.....	191
Anexo 3. Instrumento EBPQ-19.....	192
Anexo 4. Carta de aprobación del Comité de Ética	194

RELACION DE TABLAS.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.

Tabla 1. Cronología desarrollo enfermería a nivel mundial	40
Tabla 2. Hitos en el desarrollo de la investigación Enfermería en Chile	46
Tabla 3. Cronología del desarrollo del Sistema de Salud de Chile	68

CAPITULO 3. ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

Tabla 4. Manual de JBI. Pasos de revisión bibliográfica (Peter y cols.).....	74
Tabla 5. Fuerza de la evidencia según CTPFCHC.....	80
Tabla 6. Barreras para la aplicación de EBE.....	89

CAPITULO 5. METODOLOGÍA

Tabla 7. Distribución enfermeros por instituciones	103
Tabla 8. Operacionalización de las variables	105

CAPITULO 6. RESULTADOS

Tabla 9. Estadísticos descriptivos ítem del EBPQ-19.....	119
Tabla 10. Sexo -EBPQ.....	124
Tabla 11. Variables EBE 2 años /B.Bibliog./Congreso Inves-EBPQ	125
Tabla 12. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento para las categorías de Institución	126
Tabla 13. Resultados Post hoc test ANOVA para Práctica segmentada para las categorías de Institución.....	127
Tabla 14. Resultados Post hoc test ANOVA para Puntaje Total segmentada para las categorías de Institución	127
Tabla 15. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Tipo de Contrato	128
Tabla 16. Resultados Post hoc test ANOVA para puntaje total, Práctica y Actitud segmentada para las categorías de Contrato.....	128
Tabla 17. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Actividad.....	129
Tabla 18. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Modo Uso Internet.....	129
Tabla 19. Resultados Post hoc test ANOVA para puntaje total, Conocimiento y Habilidades segmentada para las categorías de Modo Uso Internet.....	130
Tabla 20. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Nivel Académico.....	131
Tabla 21. Resultados test ANOVA para puntaje total y Práctica segmentada para las categorías de Nivel Académico.....	132
Tabla 22. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la	

variable Edad por Grupos	132
Tabla 23. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Años de Egresado.....	133
Tabla 24. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Años de Experiencia Institucional.....	133
Tabla 25. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Años de Experiencia laboral.....	134
Tabla 26. Correlaciones de Pearson para las cuatro dimensiones Práctica media, Actitud media, Conocimiento Habilidades y Puntaje Total medias versus las variables continuas	135
Tabla 27. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Puntaje Total	136
Tabla 28. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Puntaje Total	140
Tabla 29. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Práctica.....	142
Tabla 30. Resultado final de análisis de coeficientes de regresión factor Práctica	145
Tabla 31. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Actitud	146
Tabla 32. Resultado final de análisis de coeficientes de regresión factor Actitud.....	146
Tabla 33. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Conocimientos y Habilidades.	147
Tabla 34. Resultado de final análisis de coeficientes de regresión factor Conocimiento y Habilidades	149
Tabla 35. Análisis coeficiente Alfa de Cronbach	150
Tabla 36. Factores EBPQ.....	150

RELACION DE FIGURAS

CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

Figura 1. Marco de competencias del CIE.....	17
Figura 2. Documentos por temas <i>Scimago</i>	49
Figura 3. Modelo de Everett Rogers.....	54
Figura 4. Marco de Conocimiento para la acción. RNAO.....	65

CAPITULO 3. ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

Figura 5. Términos clave empelados en búsqueda bibliográfica.....	76
Figura 6. Estrategias y resultados de la búsqueda bibliográfica: Tema Historia.....	78
Figura 7. Estrategias y resultados de la búsqueda bibliográfica: Tema Barreras y Facilitadores	79

CAPITULO 6. RESULTADOS

PROPUESTA INICIAL DE MODELO PARA IMPLEMENTACIÓN EBE EN CHILE

Figura 8. Expresión gráfica Malla Curricular e Hipótesis de Progresión.....	155
Figura 9. Esquema gráfico del modelo propuesto	159

RESUMEN

Introducción: La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) es una estrategia que existe hace más de 20 años en países como Canadá, Estados Unidos y parte de Europa, demostrando que su utilización por parte de los profesionales de enfermería aporta resultados positivos para la salud de la población. Sin embargo, en Chile su aplicación como herramienta para el cuidado que proporcionan los profesionales de Enfermería no se ha evidenciado.

Objetivos: Conocer el nivel de competencia en EBE en las enfermeras/os del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago, Chile.

Metodología: La competencia de los profesionales fue medida con el Cuestionario EBPQ-19, a través de las tres dimensiones: “Actitudes”, “Conocimiento y Habilidades” y “Práctica”. Se realizó además una encuesta anónima que consideraba variables sociodemográficas y profesionales. Se diseñó un estudio transversal descriptivo correlacional predictivo para todos los profesionales de enfermería del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile, tanto de ámbito hospitalario como de Atención Primaria Salud. El universo estuvo compuesto por 654 enfermeros pertenecientes a tres hospitales de alta complejidad y 7 centros de Atención Primaria. Se realizó un muestreo de conveniencia, calculando el tamaño muestral para un intervalo de confianza del 95% una heterogeneidad del 50% y un margen de error del 5%, obteniéndose un N=243 sujetos.

Se realizó análisis estadístico descriptivo considerando para las variables cuantitativas medidas de tendencia central de medias y desviación estándar y frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas. Se efectuó un análisis bivariado aplicando pruebas T y ANOVA a las variables Práctica, Actitud, Conocimiento y Habilidades contra las distintas variables nominales. Para las variables cuantitativas se obtuvieron las correlaciones de Pearson. Finalmente se efectuaron regresiones de las combinaciones de variables endógenas para variable respuesta puntaje total y para cada uno de los factores de EBPQ-19, creando dos modelos para su análisis.

Resultados: Se realizaron 303 encuestas, de las cuales 251 fueron validadas, mayoritariamente corresponden a mujeres (90%). La edad media de la muestra es de 32,9 años (DE: 10,2). El tiempo medio de egreso es de 8,5 años (DE 9,7) y con una experiencia laboral similar 8,4 años (DE: 9,8). Las unidades con mayor participación fueron las de Pacientes Críticos con 76 encuestas. El 100% de los profesionales aseguró utilizar Internet

en su casa y en el trabajo. El 81,3 % (204) sabe realizar búsquedas bibliográficas. El 62,9% (158) no ha recibido en los últimos dos años formación en EBE. El 92,2 % (232) no ha asistido a Congresos de investigación en los últimos años. Un 67,9% (170) de los profesionales realiza actividades de tipo clínico, el 72,5 % (182) de los encuestados se encuentran a contrata, esto, bajo el régimen de contratación con renovación anual. El nivel académico es de grado de licenciado 53,2 % (134). El grado máximo de la muestra corresponde al nivel de magister 1,4 % (3).

La puntuación media total fue de un 5,0 (DE: 0,66). La dimensión “Actitud” mostró la más alta puntuación, con una media de 5,80 (DE:0,20), con igual ponderación el factor “Práctica” con una media de 4,8 (DE: 0,31) y finalmente el factor “Conocimientos y Habilidades” con una media de 4,8 (DE:0,31) en la población estudiada. Las variables Edad en Grupo, fuera de 30-39 años, Formación en EBE los últimos dos años, Tipo de Contrato, Modo Uso Internet, Unidad se presentan como factores predictores para las competencias de la práctica basada en la evidencia.

Conclusiones: Mediante este estudio se puede observar que las variables que interfieren en las competencias de los profesionales de enfermería del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile para efectuar una práctica clínica basada en la evidencia se relacionan con la edad; el rango entre 30 y 39 años tienen menor puntaje para el uso de EBE; la formación de EBE recibida en los últimos dos años, la realización de búsqueda bibliográfica, incidieron positivamente frente al cuestionario para quienes responden afirmativamente, aquellos profesionales que utilizan internet por motivos Profesionales y Profesional y Todas, presentan una mayor capacidad para desarrollar la práctica de EBE. Los profesionales en contrato en planta tienden a bajar la puntuación del instrumento, demostrando de esta forma su poca práctica de los cuidados basados en la evidencia

Palabras claves. Competencia profesional, enfermería basada en la evidencia, práctica enfermería, cuidados de enfermería.

Summary

Introduction: Evidence-Based Nursing (EBN) is a strategy that has been used for over 20 years in countries such as Canada, the USA and parts of Europe, demonstrating that its application generates positive results in healthcare. However, its use in Chile as a tool in the care provided by nursing professionals has not been formally documented.

Objectives: Identify the level of EBN competency of nurses employed by the North Santiago Metropolitan Health Service, Chile (Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago, Chile).

Methodology: The competency of professionals was measured using questionnaire EBPQ-19, through three dimensions: “Attitudes”, “Knowledge and Abilities”, and “Practice”. An anonymous survey was also carried out that considered socio-demographic and professional variables.

We conducted a predictive correlational descriptive cross-study study across all nursing professionals in the North Santiago Metropolitan Health Service of Santiago de Chile, both in the hospital setting and in Primary Health Care. The universe was made up of 654 nurses belonging to three high complexity hospitals and 7 Primary Care centers. A convenience sampling was carried out, calculating the sample size for a 95% confidence interval, a heterogeneity of 50% and a margin of error of 5%, obtaining a N=243 subjects.

A descriptive statistical analysis was conducted, accounting for measured quantitative variables such as central tendency measures, and standard deviation, frequency, and percentages for qualitative variables. Additionally, a bivariate analysis was conducted applying T and ANOVA tests to the “Practice”, “Attitude”, and “Knowledge and Abilities” dimensions against the different nominal variables. For quantitative variables, Pearson correlations were determined. Finally, we conducted regressions for the endogenous variable combinations for the Total Score and for each of the factors of EBPQ-19, creating two models for the analysis.

Results: From 303 surveys, 251 were validated, of which the majority corresponded to women (90%). The median age of the sample is 32.9 years (SD: 10.2). The median time of exit is 8.5 years (SD: 9.7), with work experience being similar, at 8.4 years (SD: 9.8). The units with greatest participation were those of Critical Patients with 76 surveys. 100% of the professionals claimed to use the internet at home and at work. 8.3% (204) knows how to

conduct bibliographic searches. 62.9% (158) have not received any EBN training in the last two years. 92% (232) have not attended research summits in recent years. 67.9% (170) of the professionals conduct activities of clinical nature, while 72.5% (182) of the participants are under an annually renewed contract. The academic level is Undergraduate for 53.2% (134). The highest academic level corresponds to a master's degree for 1.4% (3).

The average score was 5.0 (SD: 0.66). "Attitude" showed the highest score, with an average of 5.80 (SD: 0.20). "Practice" had an average of 4.8 (SD: 0.31), and finally "Knowledge and Abilities" had an average of 4.8 (SD: 0.31) within the sample. Variables such as "Age Group (outside 30-39 years)", "EBN training in the last two years", "Contract Type", "Internet usage", and "Unit" are presented as predictive factors for EBN competencies.

Conclusions: Through this study we can determine that the variables interfering with EBN competencies of nursing professionals in the North Santiago Metropolitan Health Service are related to: age (Age Group 30-39 gave lower scores in the application of EBN); EBN training received in the last two years and bibliographic research both had a positive impact in those who responded affirmatively; professionals who use internet for professional matters present a higher capability to develop EBN practices. Professionals under limited contracts tend to score lower, illustrating their limited experience in EBN care.

Key Words: Professional competency, Evidence-Based Nursing, nursing practice, nursing care.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN:

La investigación es la búsqueda o el estudio sistemático y minucioso que valida y mejora los conocimientos existentes y desarrolla otros nuevos¹. Es uno de los pilares que fundamenta la Enfermería junto con la gestión, la práctica y la docencia². Su desarrollo desde Florence Nightingale a la fecha ha permitido desarrollar un cuerpo de conocimientos propio, en la medida que genera conocimiento, para otorgar los cuidados a la población. Muchos autores declaran que la investigación en Enfermería ha sido un aporte, pero que aún es incipiente. M. Raile ³ menciona: “cuando los profesionales de Enfermería utilizan la teoría y las evidencias basadas en ella para estructurar su práctica, mejora la calidad de los cuidados que proporcionan”.

Como señalan varios estudios ¹, es indispensable comprender que la aplicación práctica de la investigación científica se refleja por medio del uso de la herramienta de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

La EBE es una herramienta que muchos autores declaran como un indicador de calidad dado que su utilización acorta el tiempo de ingreso hospitalario, con un pronto retorno a la vida familiar y laboral llevando implícita una disminución del gasto sanitario, tributando a una mayor producción a nivel país. Los beneficios que otorga la utilización de EBE movilizan, por tanto, a muchos actores.

La EBE se ha desarrollado fuertemente en Estados Unidos y en Europa donde se han creado centros de elaboración y almacenamiento de Guías de Buenas Prácticas Clínicas basadas en la evidencia, entre otras herramientas para el aprendizaje del uso de la investigación para la práctica clínica¹.

Para poder utilizar la EBE en todos los ámbitos, se requiere un gran compromiso de las instituciones de salud con la calidad. Sin embargo, en algunos países incluido Chile, a pesar de existir este movimiento hace más de 20 años, no se constata con exactitud su aplicación en los cuidados. Múltiples pueden ser los factores que presentan este escenario, que es indispensable conocer y proponer nuevas estrategias que faciliten este cambio en la forma de brindar cuidados de Enfermería en Chile, en una población que presenta problemas de salud

relevantes y que requieren de una intervención actualizada y basada en la mejor evidencia disponible.

Si Enfermería en Chile quiere avanzar en el desarrollo de la profesión, deben llevar los resultados de investigación a la atención de la población que cuidan, y de esta forma lograr una mayor visibilidad, autonomía y liderazgo en los cuidados.

Como se ha señalado Enfermería es una ciencia con un cuerpo de conocimientos propios aportados por la investigación. Las ciencias son dinámicas, en constante crecimiento, nutridas por la actividad científica. Chile presenta unos indicadores incipientes en la producción de investigación en Enfermería, por lo tanto, es indispensable generar estrategias para involucrar a los profesionales de Enfermería del país en este rol, para obtener nuevos conocimientos surgidos desde la cultura local y compartirlos con el mundo global de la ciencia de Enfermería.

1.JUSTIFICACIÓN

Pese a la experiencia de otros países, en Chile la investigación en Enfermería es un tema muy poco abordado, con publicaciones científicas escasas⁴. EBE se mantiene como un tema sin precisar y aún por explorar. Hasta la fecha no existe un estudio como el presente que nos permita evidenciar el nivel real de las habilidades, conocimientos y actitudes de los profesionales de Enfermería hacia esta gran herramienta para otorgar cuidados de calidad.

A nivel nacional como se ha mencionado anteriormente, la EBE se ha estado trabajando por iniciativas institucionales individuales, tanto en la academia como en el ámbito hospitalario, apoyada con el uso de Guías de Buenas Prácticas Clínicas. Es así como en el 2015 dos instituciones fueron reconocidas en el país con una certificación internacional como centros comprometidos con la excelencia del cuidado por el *Registered Nursing Association of Ontario Canadá* (RNAO), organismo que es reconocido por el Consejo Internacional de Enfermeras por su compromiso con los cuidados de calidad y que desde 1925 ha abogado por políticas públicas saludables, ha promovido la excelencia en la práctica de la Enfermería y que actualmente se encuentran trabajando en todos los continentes con su programa de Guías de Buenas Prácticas Clínicas tanto en instituciones de Salud como en Universidades⁵.

En concreto, el Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, ha difundido el tema a través de diferentes espacios Congreso y Jornadas, como han sido *The 90th Annual General Meeting, BPSO Symposium* (Ontario Canadá, 2015), *V Congresso de Investigação em Enfermagem Iberoamericano e de Países de Lengua Oficial Portuguesa* (abril, 2016), Congreso ICN (Barcelona, 2016), Congreso ICN (Singapur, 2019), entre otros a nivel Latinoamericano y nacional.

El compromiso de los académicos del departamento de Enfermería de la Universidad de Chile frente a este cambio en los cuidados de salud basados en la evidencia, ha trascendido el ámbito local asumiendo cargos de coordinación internacional y nacional de la red OPS de EBE, con la finalidad de continuar difundiendo la relevancia en el manejo de esta herramienta, para proporcionar cuidados de Enfermería de alta calidad y seguros a la población.

Es necesario pensar que las instituciones de educación superior en salud, deben revisar y reflexionar los perfiles epidemiológicos nacionales actualizados, de esta forma responderán adecuadamente a las necesidades formativas de profesionales de alta calidad que mejoren los indicadores de salud de los países.

En este sentido, Chile de acuerdo con el informe elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) ⁶ la población el 2017 fue de 18.373.917 millones de habitantes, con una esperanza de vida en los hombres de 77,3 años y en las mujeres de 82,1 años. La tasa de Mortalidad Infantil fue de 0,0065 en varones y de 0,0052 en mujeres.

Por otro lado, en la actualidad Chile presenta cuatro grandes temas de salud de mayor relevancia a nivel nacional, en el ámbito hospitalario⁷: el cáncer es la primera causa de muerte en el país con una tasa de mortalidad por 100.000 habitantes de 133,7, siendo el sexo masculino el que representa la mayor carga; las enfermedades cardiovasculares corresponden a la segunda causa de muerte en el país y su tasa por 100.000 habitantes es de 146,7, siendo el sexo masculino también el que representa el mayor valor. En atención primaria, los temas relevantes son la diabetes con una tasa de mortalidad de 19,4 por 100.000 habitantes, siendo el sexo femenino el de mayor valor y una prevalencia de 9,4 a nivel nacional, los hombres con una prevalencia de 8,4 y las mujeres de 10,4; la hipertensión arterial presenta una

prevalencia a nivel nacional de un 26,9%, en hombres un 28,7% y mujeres un 25,3%⁷.

En el 2005 se crea en Chile el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)⁸, cuyo objetivo es brindar acceso oportuno a servicios de calidad para 56 patologías de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA y diabetes. Junto con esto, el Ministerio de Salud crea guías médicas basadas en la evidencia para el manejo del diagnóstico y tratamiento, que son utilizadas en todos los servicios de salud públicos y privados.

En este contexto, los profesionales de Enfermería en Chile han sido clave en la mejora de los indicadores de salud en la historia de salud-enfermedad del país, con sus aportes en la prevención y cuidado de la población⁹.

En 1997 en Chile los servicios profesionales de Enfermería fueron reconocidos en el Código Sanitario Chileno, conforme a ello la Ley N°19.536¹⁰ define su rol social, que comprende tres grandes funciones: la gestión del cuidado, ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente. Con esto el cuidado queda determinado como un aporte específico de la enfermera en la atención de salud, otorgando certeza jurídica respecto a su campo de acción, garantizando el derecho a la protección de la salud de la población.

Según la Norma Técnica n° 19, de octubre de 2006 párrafo 1¹¹, la “Gestión del Cuidado de Enfermería” se entiende como el ejercicio profesional de la enfermera/o sustentado en su disciplina la ciencia del cuidar; se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

De acuerdo con la Norma Técnica citada, el profesional de Enfermería debe organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de Enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna, continua e intercultural de acuerdo con las políticas y normas del Ministerio de Salud chileno. Debe participar en los lineamientos estratégicos relacionados con la dotación de recursos humanos, materiales físicos y financieros del

cuidado de enfermería, incluyendo la administración presupuestaria asignada y la implementación de nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el control de la gestión. Promover los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional, tanto en su rol independiente como parte de un equipo multidisciplinario, promoviendo la comunicación eficaz entre las diferentes dependencias institucionales.

La enfermera/o debe promover un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia, para ello debe proponer programas de evaluación y mejoramiento continuo del cuidado de Enfermería. Se espera también que exista una integración docente asistencial para así incentivar la investigación en el ámbito de la gestión del cuidado.

La EBE es indispensable para complementar las guías médicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que actualmente existen en el país para el manejo de los temas de salud relevantes antes mencionados, logrando así un abordaje más integral con evidencias desde su mirada disciplinar en prevención, cuidado y recuperación de la salud que aún no han sido considerados.

Por todo lo anterior, la EBE se visualiza como una estrategia importante para asegurar la calidad de la Gestión del Cuidado, encomendada al profesional de Enfermería en Chile por decreto ley N° 11.161¹⁰ del Código Sanitario que se promulgó el 20 de febrero de 1953 y su última versión es del 17 de enero de 1957¹⁰, contando con un respaldo científico en la toma de decisiones frente al cuidado de salud que otorga a la población.

De acuerdo con lo expuesto y sumado a que en Chile no se han encontrado trabajos realizados en este área, se hace necesario evidenciar por medio de este estudio la realidad que presentan las enfermeras de centros de atención terciaria de salud y de APS pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile, área que concentra una alta población de la capital del país y que además incluye centros asistenciales como el Instituto Nacional del Cáncer, que son referencia nacional para las patologías oncológicas más relevantes; de este modo responder a cuál era el nivel de competencia en EBE de los profesionales de Enfermería y qué factores fueron determinantes de ese nivel, interrogantes necesarios de responder con la finalidad de identificar áreas deficitarias para generar intervención con estrategias adecuadas que pudieran ser relevantes para su aplicación.

CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO

A continuación, se revisará el marco teórico que presenta un enfoque internacional del proceso histórico de la ciencia de Enfermería. Su relevancia para la disciplina en Chile será analizado en el apartado “La Enfermería como Ciencia del Cuidado”; de igual modo se revisarán las competencias que los profesionales de Enfermería requieren al proporcionar cuidados con una mirada en las declaraciones de los conglomerados (o instituciones) de Enfermería a nivel internacional y apoyados en los proyectos educativos con sus orientaciones en competencia para la formación de los nuevos profesionales en los apartados de “Competencias actuales en Enfermería” y “Proyecto Tuning en Enfermería América Latina y en Chile” y cómo estos se deberán proyectar en los profesionales de Enfermería del país, para la aplicación de la EBE.

Se continuará revisando el entorno para la implementación de esta herramienta a nivel nacional y para ello se estima necesario conocer el sistema de salud existente en Chile, la formación de Enfermería a nivel nacional y su marco jurídico para el ejercicio profesional. La siguiente dimensión nos permitió identificar cómo ha sido el desarrollo de la investigación en Enfermería tanto desde la producción como desde su puesta en práctica a nivel internacional como nacional, identificando las principales barreras a considerar para el uso de la evidencia científica en los cuidados de salud.

2.1 La Enfermería como Ciencia del Cuidado

Florence Nightingale fue perseverante en su visión de la Enfermería a pesar de la opinión que algunos declaraban y en los años 50 del siglo XIX levanta un nuevo pronunciamiento afirmando que el quehacer de Enfermería era independiente y diferente a otras disciplinas; el cual expone “los cuidados de las enfermas se basan en el conocimiento de las personas y en su entorno, una base de conocimientos diferente a la que usan los médicos en su ejercicio profesional”³. Con este postulado se le reconoce como la primera enfermera en intentar teorizar en relación con la labor de Enfermería¹². Su trabajo se reflejó en los programas de formación de la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás que estaban elaborados bajo este modelo¹².

La Enfermería es una ciencia; entendiendo este concepto, según la Real Academia Española, como “conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemático estructurados y de los que se deducen principios y leyes con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente”. Aparece Enfermería como ciencia hacia 1950, previo a esto como mencionan algunos autores, “la Enfermería se basaba en principio y tradiciones heredados del modelo de formación sustentada en el aprendizaje práctico y en los manuales individuales de procedimientos hospitalarios”³.

La Enfermería nace con un fuerte componente en el quehacer y durante el siglo XX, un gran número de enfermeras trabajaron con la intención que esta práctica se transformará en una profesión cuyo término se define como “campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o el conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan”³.

Al inicio de este siglo Enfermería no era reconocida ni como profesión ni como disciplina académica³, todo el trabajo realizado desde esa época hasta la actual ha llevado a formar un conocimiento específico que es propio de una disciplina definida esta como “específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento”³.

De acuerdo con Newman, Sime y Corcoran-Perry ¹³ “una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser. Es decir, una disciplina puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en general se expresa con una frase sencilla, la cual especifica su área de estudio particular. Por ejemplo, la fisiología es el estudio de las funciones de los sistemas vivos, la sociología es el estudio de los principios y procesos que gobiernan las sociedades humanas”.

Enfermería ha ido evolucionando a través de la historia con los movimientos sociales y con las corrientes de pensamiento, generando los determinados modelos y teorías que han aportado los sistemas conceptuales y marcos de referencia fundamentales para las bases de

estudios propios de la disciplina y la práctica de enfermera. Los modelos de enfermería adecuadamente trabajados son sustantivos para las acciones de Enfermería porque permiten un trabajo transversal en numerosas facetas de la práctica, guían los pasos de los procesos de Enfermería, permitiendo la evaluación objetiva de las intervenciones¹⁴.

A partir de la década de los años 50 del siglo XX, Enfermería comienza a desarrollar los modelos conceptuales de Enfermería definidos como “conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva y producen evidencia entre fenómenos específicos de su disciplina”³. Estos representan puntos de vistas diferentes y explicaciones, permitiendo a los profesionales de Enfermería tomar decisiones en el cuidado basados en el conocimiento.

El uso de modelos conceptuales de Enfermería en la atención garantiza que todas las enfermeras/os compartan un lenguaje común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros. Abordan conceptos de metaparadigma extensos (seres humanos, salud, Enfermería y entorno) centrales para la disciplina enfermera³.

Desde esa época hasta la actualidad han surgido un crecimiento exponencial de teorías de Enfermería enunciando diferentes tipos de postulados constituyendo la Enfermería como tal, esta necesidad de un cuerpo de conocimiento especializado de Enfermería para orientar la práctica de esta disciplina³ hacia el posicionamiento como profesión es lo que ha motivado su desarrollo durante el siglo XX.

La Enfermería con el cuidado como su objeto de estudio, definido según Collière³ como “mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”, actúa frente a las necesidades de salud de la población, desempeñando un rol y actitud dinámica preventiva primordial de promoción y prevención de la salud. Esto se ha establecido desde los principios de la enfermería moderna en donde Florence Nightingale³ define como “el cuidado inteligente” entregando a esta práctica del cuidado una justificación teórica y que la función propia de la enfermera era “situar al paciente en la mejor condición para que la naturaleza (Dios) ejerciera su acción sobre él”.

De igual forma otras teóricas de la Enfermería han centrado su trabajo en el cuidado como Swanson³ que desarrollo la “teoría de los cuidados” en 1993 y define; la Enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Está fundada afirma; por el conocimiento empírico de la Enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por “el conocimiento ético personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales”.

La unificación de criterios para establecer un concepto universal de lo que es Enfermería ha sido el trabajo de varios años influyendo mucho sobre él las realidades locales desde las miradas; políticas, sociales e históricas. La mayoría de los trabajos publicados^{3,12,14,15} tienden a presentar términos comunes como profesión, ciencia del cuidado, cuidados holísticos, disciplina poniendo énfasis en lo que Enfermería debería conocer más que en lo que ha sido su evolución el quehacer.

El marco Epistemológico de la Enfermería ha evolucionado clarificando el significado de Disciplina Profesional con sus componentes; perspectiva, dominio, definiciones y conceptos y patrones del conocimiento¹⁶. Barbara Carper ¹⁶en 1978 declaró cuatro formas de conocer propias de la Enfermería, denominados patrones de conocimientos, que constituyen los fundamentos ontológicos y epistemológicos de Enfermería que son: empírica, ético, conocimiento personal y estéticos, cada uno de ellos constituidos por teorías, modelos, explicaciones y predicciones que relacionan cada ámbito. Esto lo abordaremos nuevamente en la fase de implementación de la EBE.

Una realidad con la que nos encontramos es que aún existe dificultad entre los profesionales de Enfermería para la utilización de los modelos de Enfermería en su quehacer, existiendo una separación entre estos dos aspectos generando una brecha importante entre ellos y confusión que lleva a la mala utilización de estas herramientas o incluso la no utilización de las mismas^{14,15}.

Esta brecha puede ser atribuido a múltiples factores, enfermeras clínicas orientados a resolver problemas puntuales, excesivo enfoque biomédico, elevada presión asistencial que impide un cuidado más individualizado, entre otros¹⁴. Desde la academia puede existir también una

responsabilidad en donde no se ha sabido encantar a los profesionales en formación con el valor de la utilización de nuestros propios conocimientos que nos da el concepto de ciencia.

En los otros roles de Enfermería, como docencia, investigación y gestión, también se observa debilidades que no facilitan este acercamiento, falta de profesionales con grado de doctor dedicados a la docencia de pregrado desde la disciplina, poca participación en investigación disciplinar y mayor desarrollo de la figura de la enfermera como gestora de los cuidados¹⁴. Probablemente desde la formación de pregrado en las universidades se debe revisar en profundidad como se transmiten estos conocimientos y como se les estimula a los estudiantes a su utilización práctica.

De acuerdo con lo anterior surge la necesidad de realizar una propuesta de trabajo en conjunto tanto la teoría como la práctica con la finalidad de proporcionar los cuidados de calidad y además de hacer visible el quehacer de Enfermería. Esta brecha también se refleja en el desarrollo de la investigación en Enfermería y de su valor para reforzar los cuidados de salud basados en la evidencia. Lo cual se evidencia en Chile en la escasa publicaciones que existen en relación con el tema.

El conocimiento teórico se nutre del conocimiento práctico y este último requiere del conocimiento teórico para perfeccionar la tarea de los profesionales de Enfermería, así lo afirman autores que mencionan “Sí una disciplina práctica genera una práctica repetitiva, fundamentada en la rutina y la tradición no se requiere de la teoría. Pero si se desea una práctica innovadora basada en conocimiento científico, como debería ser toda práctica profesional, y con claro conocimiento por parte de las profesionales del significado de ella y sus intervenciones, entonces la teoría sí que es necesaria, con urgencia”¹⁵.

La evolución que ha presentado Enfermería desde sus inicios hasta la actualidad se ha logrado con mayores niveles de conocimientos y junto con ello se han desarrollado por medio de la innovación, formación habilidades y competencias específicas que les permiten proporcionar cuidados culturalmente sensibles en el mundo globalizado de hoy y con un público informado y capaz de discernir.

Recordar los hitos más relevantes del desarrollo de la Enfermería nos contextualiza a la Enfermería y su evolución como ciencia, llevándonos a reflexionar hacia donde debemos avanzar para lograr cumplir los nuevos desafíos del siglo XXI, en donde la EBE es la herramienta que marcará la diferencia en los cuidados que entreguen los enfermeros a nivel mundial¹.

2.2 Competencias actuales en Enfermería

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer el nivel de competencia en EBE en los profesionales de esta disciplina. Para ello y como se mencionó anteriormente, es indispensable revisar cuáles son las competencias que actualmente se espera que domine este profesional y de ellas, las que correspondan al perfil de una enfermera que proporcione cuidados basados en la evidencia científica, lo que pasamos a revisar a continuación.

Competencia, palabra que tiene una raíz en el latín “*competens*”, se refiere a “ser capaz”¹⁷. Si bien desde el contexto histórico es una palabra que se remonta hace muchos años, su definición como tal como lo demuestran diferentes autores², unen conceptos como conocimientos, habilidades y destrezas, valores y actitudes frente a la solución de problemas en forma autónoma y flexible para ejercer una profesión.

Las competencias según la Real Academia de la lengua española es la “pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir un asunto determinado”.

El concepto de competencia desde la pedagogía incluye no sólo el saber sino también el saber hacer; su utilización ha modificado en la formación las metas curriculares, pasando desde el paradigma del saber en los currículos por objetivos al cognitivo y conductual en la formación por competencia en donde el saber se utiliza para algo, se utiliza en la acción.

El proyecto Tuning desarrollado en Europa, en el que desde el 2001 más de 175 universidades europeas han trabajado para la creación del Espacio Europeo de Educación Superior como respuesta al desafío planteado por la Declaración de Bolonia²; ha sido un referente importante para el impacto de esta temática, e indica que las competencias “representan una combinación dinámica de conocimientos, habilidades, capacidades y valores”², también menciona que son las capacidades que todo ser humano necesita para resolver, de manera eficaz y autónoma,

las situaciones de la vida. Se fundamentan en un saber profundo, no sólo saber qué y saber cómo, sino saber ser persona en un mundo cambiante y competitivo”². Identifica competencias genéricas que todo profesional debe desarrollar y competencias específicas que son exclusivas de cada disciplina².

A continuación, se revisa con más profundidad dos ámbitos de competencias: profesional desde el Consejo Internacional de Enfermería. CIE) y educativo, desde el proyecto Tuning América Latina.

Uno de los referentes mundial para Enfermería es el Consejo Internacional de Enfermería CIE, creado en 1899. Es la organización profesional internacional más antigua, constituida como una federación de asociaciones nacionales de Enfermería independientes, no partidista y no gubernamental. El CIE es la organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo y cuyo objetivo principal es conseguir unos cuidados de Enfermería de calidad para todos. Define los lineamientos de acción de las enfermeras de la siguiente manera: “la Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la Enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”¹⁸.

El CIE se define como la voz de la Enfermería en el plano internacional y en base a eso establece las competencias para la enfermera generalista, trabajo realizado con las opiniones de enfermeras de muchas partes del mundo de diversas culturas¹⁹.

Para el CIE la definición de competencia es: “Un nivel de realizaciones que demuestre la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio (CIE 1997 :44).

Las competencias del CIE para las enfermeras generalistas las agrupa en tres capítulos¹⁹:



Figura 1: Marco de competencias del CIE. www.icn.ch/es

- Profesionales, ética y de práctica jurídica
- Prestación y gestión de los cuidados
- Desarrollo profesional.

Este marco de competencia es un aporte del CIE a la Enfermería mundial cuyo deseo es que se utilice para revisar y elaborar las definiciones de Enfermera Generalista en el ámbito del ejercicio profesional, explica que en el ámbito docente puede ser utilizado para elaborar o modificar los planes de estudios así como también ser empleado por todas las enfermeras para formular normas para el ejercicios de la profesión, espera que se utilice también como un instrumento que permita un reconocimiento mutuo y programas de licencia en múltiples países.

Cada país cuenta con realidades políticas, económicas, sociales y culturales que tienen su impacto en las diferentes profesiones, Enfermería no es la diferencia y su ejercicio se ve fuertemente ligado a ellas a nivel mundial, por lo que resulta relevante aportar datos, especialmente los referidos a América Latina y en concreto, Chile, que permitan contextualizar adecuadamente esta investigación.

2.3 Proyecto Tuning en Enfermería en América Latina y Chile

De acuerdo con el informe final del Proyecto Tuning en América Latina la formación universitaria de Enfermería se inicia en la primera década de siglo XX, desarrollando el grado de licenciado en los 60. La formación tiene una duración que fluctúa entre 4 y 5 años, siendo,

según la OPS/OMS, el 52% de los programas dictados en Universidades y el 47% en otras instituciones, tales como Ministerio de Educación (21%), Ministerio de Salud (19%) y otros, (7%)².

En el contexto del proyecto Tuning-América Latina², que nace posterior a la iniciativa del Proyecto Tuning de Europa se elaboraron en América Latina perfiles de egreso y declaración de competencias específicas para la formación de Enfermería que en la actualidad en muchas universidades han servido para implementar sus nuevos currículos con la mirada del aprendizaje basado en Competencias.

La Universidad de Chile por ser la principal y más antigua institución de educación superior del Estado de Chile, de carácter nacional y estatal fue seleccionada como una de las 8 universidades latinoamericanas que presentaron la propuesta en octubre 2003 al Programa ALFA de la Comisión Europea para efectuar esta experiencia en América Latina². El programa ALFA es un programa de cooperación entre instituciones de educación superior de la Unión Europea y América Latina su objetivo es la promoción de la Educación Superior en América Latina como medio para contribuir al desarrollo económico y social de la región². Este programa ha sido la entidad que ha garantizado el funcionamiento del proyecto Tuning tanto la organización de las jornadas de trabajo como en la manutención de los participantes como el financiamiento para la elaboración de documentos y sus publicaciones².

En la tercera reunión general del proyecto que se realizó en San José de Costa Rica en febrero 2006 se incorporó dentro de los equipos de trabajo Enfermería y se definieron las competencias específicas para esta área, las cuáles fueron consultadas a académicos, graduados, estudiantes y empleadores².

Las competencias específicas declaradas en el proyecto Tuning América Latina para los egresados al finalizar la titulación de Licenciado en Enfermería son 27 y se presentan a continuación:

1. Capacidad para aplicar los conocimientos en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad considerando las diversas fases del ciclo de vida en los procesos de salud-enfermedad.

2. Habilidad para aplicar la metodología del proceso de Enfermería y teorías de la disciplina que organiza la intervención, garantizando la relación de ayuda.
3. Capacidad para documentar y comunicar de forma amplia y completa la información a la persona, familia y comunidad para proveer continuidad y seguridad en el cuidado.
4. Capacidad para utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para la toma de decisiones asertivas y la gestión de los recursos para el cuidado de la salud.
5. Demuestra respeto por la cultura y los derechos humanos en las intervenciones de enfermería en el campo de la salud.
6. Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud prioritarias, emergentes y especiales.
7. Capacidad para diseñar y gestionar proyectos de investigación relacionados con el cuidado de Enfermería y la salud.
8. Habilidad para resolver los problemas de salud utilizando la investigación en la práctica de Enfermería.
9. Capacidad de participar activamente en el desarrollo de las políticas de salud, respetando la diversidad cultural.
10. Capacidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperación de la enfermedad, con criterios de calidad.
11. Capacidad de trabajar dentro del contexto de los códigos éticos, normativos y legales de la profesión.
12. Capacidad para diseñar, ejecutar, y evaluar programas de educación en salud formales y no formales que responden a las necesidades del contexto.
13. Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios en la formulación de proyectos educativos.
14. Habilidad y capacidad para promover el proceso de aprendizaje permanente con personas, grupos y comunidad en la promoción del autocuidado y estilos de vida saludable en relación con su medio ambiente.
15. Conocimiento y capacidad para aplicar la tecnología y la informática en investigaciones de Enfermería y salud.

16. Conocimiento de las distintas funciones, responsabilidades y papeles que debe desempeñar el profesional de Enfermería.
17. Capacidad para aplicar en la práctica los principios de seguridad e higiene en el cuidado de Enfermería.
18. Conocimiento y habilidad para utilizar los instrumentos inherentes a los procedimientos del cuidado humano.
19. Capacidad para participar activamente en los comités de ética de la práctica de la Enfermería y Bioética.
20. Capacidad para defender la dignidad de la persona y el derecho a la vida en el cuidado interdisciplinario de la salud.
21. Capacidad para administrar en forma segura fármacos y otras terapias con el fin de proporcionar cuidado de Enfermería de calidad.
22. Capacidad para reconocer, respetar y apoyar las necesidades espirituales de las personas.
23. Capacidad para participar y concertar en organismos colegiados de nivel local, regional, nacional e internacionales que promueven el desarrollo de la profesión.
24. Capacidad para establecer y mantener la relación de ayuda con las personas familia, comunidad, frente a diferentes cuidados requeridos con mayor énfasis en situaciones críticas y en la fase terminal de la vida.
25. Capacidad de promover y realizar acciones tendientes a estimular la participación social y desarrollo comunitario en el área de su competencia en salud.
26. Demuestra solidaridad ante las situaciones de desastres, catástrofes, y epidemias.
27. Capaz de gestionar de forma autónoma nuevos servicios de Enfermería.

Las competencias específicas identificadas para el desarrollo del dominio de la investigación en los profesionales de Enfermería son tres (7, 8, 15), su descripción es muy amplia. Sería relevante declarar en estas competencias la utilización del pensamiento crítico y reflexivo en la búsqueda de evidencias que expliquen el fenómeno observado y resolución de problemas en las diferentes áreas de desempeño de este profesional. Como se ha mencionado anteriormente la EBE es la utilización de la evidencia científica al servicio de la práctica profesional. Esta consiste en crear una cultura del cuidado basado en la evidencia, por lo

tanto, el dominio del resto de las competencias específicas identificadas en este listado no debe mirarse de forma aislada muy por el contrario cada una de ellas deberán estar apoyadas en la evidencia científica para adquirir la competencia final.

En este contexto la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado de Chile²⁰, organismo de carácter público y autónomo cuyo fin es verificar y promover la calidad de las instituciones de educación superior, elaboró en el 2007, criterios para la formación de enfermeras a nivel país²¹, siendo responsable del proceso el Comité Técnico de Enfermería de la comisión, en él declararon las siguientes tres competencias específicas relacionadas con la aplicación de la investigación en la práctica: aplicar el método científico como herramienta fundamental en el análisis y resolución de los problemas inherentes a su quehacer profesional, desarrollar el razonamiento crítico en la interpretación de distintas fuentes de información y aplicar los conocimientos generados por la disciplina para optimizar la calidad de los cuidados de Enfermería.

Sin embargo, lo que se ha podido observar es que estos criterios de formación en el ámbito de la investigación aplicada han sido incorporado en forma más reciente en el pregrado, la integración de la investigación en la formación durante estos años ha sido considerada mayoritariamente desde la concepción de la metodología más que su utilización en la práctica.

En Chile existen 45 universidades que dictan la carrera de Enfermería con un total de 137 programas distribuidos en instituciones públicas y privadas.²²

Actualmente en Chile los perfiles declarados por las diferentes universidades que forman profesionales de Enfermería presentan la investigación como uno de los dominios a alcanzar por los egresados de pregrado. Sin embargo, al realizar una observación general a las mallas curriculares la mayoría de las instituciones continúa ofreciendo la investigación como un curso aislado dentro de la totalidad, lo que podría representar una formación insuficiente para desarrollar dicha competencia. Una estrategia curricular que se propone en este trabajo para acercar la investigación durante la formación sería a través de la creación de la hipótesis de progresión en donde el conocimiento se construye mediante un proceso de aproximaciones

sucesivas sobre la temática que permitirá ir adquiriendo el conocimiento en forma gradual, pasando desde una conceptual simple, hacia concepciones más elevadas y complejas utilizando la reflexión y vivencias hasta el logro de la competencia.

El proyecto Tuning en América Latina perseguía la convergencia de los programas de educación superior desde su planificación y estandarización de acuerdo con las demandas sociales y económicas que se proyectaban, además de incorporar los diferentes aspectos de la diversidad de los países que intervenían e interactuaban². Se buscaba estar en sintonía con los cambios en el modelo de Educación Superior en Europa. Algo complejo de realizar en América Latina y el Caribe dada la gran diferencia en las estructuras de las carreras universitarias.

Chile como se mencionó anteriormente junto a 18 países más integraron el grupo de trabajo del proyecto Tuning América Latina cuya metodología tuvo cuatro grandes líneas² :

1. competencias (genéricas y específicas de las áreas temáticas)
2. enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación de estas competencias;
3. créditos académicos;
4. calidad de los programas.

El proyecto Tuning permitió a las universidades mantener una mirada desde la filosofía y naturaleza de las diferentes formaciones de profesionales, reflexionando en relación con los profesionales que hasta la fecha se habían ofrecido a la sociedad, como también el proyectar hacia el futuro los cambios que se debían realizar para responder a los requerimientos que la sociedad demandaba. En Chile la formación en Enfermería se ha alineado con este proyecto y la mayoría de las instituciones formativas han cumplido con estas grandes líneas anteriormente mencionadas, cuentan con una declaración pública del perfil de egreso el cuál se compone de diferentes dominios elaborados en base a competencias genéricas o transversales y competencias específicas; las metodologías de enseñanza ponen en el centro al estudiante fomentando el autoaprendizaje y la autonomía; los créditos académico se orientan en el Sistema de Créditos Transferibles (SCT-Chile) estandarizado con un máximo de 45 horas de trabajo semanales y definiendo el valor operativo de 1 crédito SCT de 27

horas cronológicas en un semestre académico de 18 semanas². Desde el punto de vista de la evaluación de los programas, en la actualidad en Chile existen las acreditaciones tanto institucionales, como de las carreras dependientes de agencias estatales, como alguna privadas certificadas por el Ministerio de Educación.

Sin embargo, no todos los objetivos planteados en el Proyecto Tuning se han logrado, uno de ellos se refería a otorgar una mayor flexibilidad curricular a los estudiantes que les permitiera crear su proceso formativo de acuerdo con sus necesidades. Esto particularmente, en las carreras de la salud en Chile ha sido más complejo y un proceso más lento, existiendo diferentes estrategias individuales desde las instituciones. De igual forma ha pasado con la movilidad estudiantil, tanto nacional como internacional, que se realiza en diferentes proporciones de acuerdo con las instituciones.

Otro aspecto también a considerar es la dificultad para realizar la evaluación de las competencias transversales siendo aún difícil encontrarlas en forma integrada en los instrumentos de evaluación de las prácticas asistenciales.

En el siglo XXI la Enfermería actual requiere cumplir con todas aquellas competencias que les permitan hacer frente a la atención sanitaria demandante de cuidados de calidad y seguro; algunos autores²³afirman que las competencias y habilidades que aportan valor a la profesión son la práctica basada en la evidencia; la comunicación empática; y otras capacidades transversales como el pensamiento crítico.

2.4. Formación profesional de Enfermería en Chile

Al igual que ha sido la evolución de Enfermería en el mundo, en Chile fue ejercida principalmente por religiosas, otorgando los cuidados por un acto de caridad al prójimo para lograr la salvación de su alma y la expiación de los pecados²⁴.

En 1902 se crea el primer curso para enfermeras a cargo del doctor Eduardo Moore con la intención de transformar la Enfermería chilena en un oficio científico requiriendo de estudios formales, con una duración de 3 años, sin más requisitos que contar con un auténtico sentimiento vocacional²⁵.

En junio de 1906 se funda la primera Escuela de Enfermeras del Estado, siendo la primera también en Sudamérica en el Hospital San Vicente de Paul, dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile. Su director fue el doctor Francisco Navarro y fue acompañado en la supervisión por Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul, de nacionalidad francesa, fundada en 1663 por el sacerdote San Vicente de Paul, primer educador de la asistencia voluntaria quien las preparó con cursos teóricos y prácticos constituyendo la escuela más antigua del mundo en Enfermería²⁵.

Posteriormente, los requerimientos para la formación aumentaron, solicitando para ingresar contar con licencia secundaria completa²⁵.

En 1927 se crea la Escuela de Enfermeras Sanitarias, bajo la dirección de la doctora Cora Mayers permitiendo desarrollar actividades de fomento y protección de la salud, lo que significó un importante avance para la Enfermería chilena al explorar nuevas tendencias procedentes del paradigma preventivo en salud pública. Fueron denominadas “enfermeras visitadoras”, trabajaban fuera de los hospitales, visitando hogares, desarrollando funciones de divulgar nociones de higiene a la población para prevenir las enfermedades²⁶. Posteriormente se fusionan la Escuela de Enfermeras Sanitarias con la Escuela de Enfermeras del Estado mediante el decreto ley del 8 de marzo de 1929 dando origen a la que aún se mantiene como la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Con esto se aumentó el plan curricular considerando tres años de Enfermería Hospitalaria y un año de postgrado en Enfermería Sanitaria; se modifican nuevamente los requisitos de ingreso siendo necesario rendir el bachillerato de humanidades. Finalmente, ambas formaciones se unen para constituir la formación de enfermeras en cuatro años.

En la década de los veinte tres eran las escuelas de enfermeras que dependían de la Junta Central de Beneficencia, organismos que dictaba las directrices para los centros hospitalarios del país, una ubicada en la ciudad de Valparaíso a 127 kilómetros de Santiago, anexada al Hospital San Agustín, dos en Santiago junto a los hospitales Roberto del Río y Manuel Arriarán. También la historia menciona una escuela de enfermera de iniciativa privada anexada al Hospital de Niños en Valparaíso²⁶.

Las direcciones de las Escuelas de Enfermería en Chile estuvieron a cargo de médicos, quienes condicionaban la formación a recibir de acuerdo con lo que consideraban adecuado para Enfermería. En 1944 sucede un hecho relevante para la Enfermería de Chile, por primera vez la dirección de las escuelas dejó de estar a cargo de estos profesionales y pasaron a manos de las enfermeras, lo que fue una importante motivación para el desarrollo de la profesión^{25,26}.

En 1981 se efectúa la última reforma académica en el país, creando el Programa de Licenciatura en la Universidad de Talca, extendiendo la formación a cinco años y otorgando el grado de Licenciada (o) en Enfermería, con un plan de formación que considera las ciencias básicas (biología, fisiología, fisiopatología, farmacología, química, bioquímica, anatomía, entre otras), Humanidades (ética, psicología, entre otras), disciplinares (modelos y teorías de enfermería, proceso de Atención de Enfermería, Cuidados de Enfermería en las distintas etapas del ciclo vital, gestión, administración de Enfermería, entre otras).

En 2003 el Plan de Estudios del Programa Complementario de Licenciatura para Profesionales de la Salud, que permitió a aquellos profesionales de Enfermería con cuatro años de formación acceder al grado académico pasando a ser Licenciados en Enfermería, entre las unidades a cargo estuvo de la Universidad de Chile por decreto universitarios N° 0014277²⁷. Este programa en su artículo 2 refiere que “podrán acceder al respectivo grado de licenciado las profesionales enfermeras/os que obtuvieron su título en la Universidad de Chile o en otras instituciones de Educación Superior del país”.

Los objetivos del plan se indican en el artículo 3 que menciona²⁷:

1. Actualizar conocimientos provenientes de las ciencias básicas con el fin de optimizar el desarrollo en diferentes disciplinas esenciales en el quehacer de salud.
2. Comprender aquellos aspectos de las Ciencias Sociales que le permitan desarrollar acciones de salud integrales e intersectoriales.
3. Manejar conocimientos generales acerca de la gestión de salud.
4. Aplicar la metodología científica cuantitativa y cualitativa en el desarrollo de su quehacer profesional.
5. Analizar las perspectivas modernas de la Bioética que debe regular su quehacer profesional.

6. Valorar la importancia de los factores biopsicosociales involucrados en el proceso salud-enfermedad.

En este mismo reglamento en su título II, artículo 4, señala que se desarrollará en el plazo de dos semestres académicos, comprendiendo asignaturas y actividades curriculares obligatorias equivalentes a 404 horas, la modalidad para la formación se realizó on-line ²⁷ Este programa se mantuvo vigente hasta el segundo semestre del año académico 2014, momento en que se dio cierre con la última cohorte de estudiantes.

Este programa de Licenciatura para los profesionales de Enfermería de Chile otorgó una nueva posibilidad de profundizar en el área de la investigación como también lograr una mayor formación para el rol académico permitiendo con este grado optar a formación de Magister y Doctorados. Esta formación de posgrado si bien las primeras iniciativas se remontan a los años 70 abarcaron inicialmente otras disciplinas como Salud Pública, Educación, no el área disciplinar de Enfermería. El primer programa de posgrado se creó en 1973, siendo el Magister en Salud de la Comunidad, con mención en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. El siguiente programa fue de doctorado en Enfermería, aparecido en 2004. En la actualidad, si bien existe una mayor oferta de formación de posgrado en Magister en la disciplina, aún sigue siendo escasa. Por su parte la formación doctoral en Enfermería no presenta mejor escenario donde la oferta actual es de solo dos programas en el país.

La Formación Continuada en Chile, por el contrario, se ha desarrollado muy rápidamente a través de programas de diplomas que han abarcado distintas áreas de la profesión. De igual manera, existe formación como especialista en áreas de Cuidados Intensivos, o Adulto Mayor entre otras, lo que actualmente se encuentra también buscando un reconocimiento a nivel de país dado que solamente están reconocidas las especialidades médicas por el Ministerio de Salud.

La formación de los profesionales de Enfermería en Chile hasta la fecha ha sido exclusivamente universitaria. Se inicia el 1906 con la creación de la primera escuela universitaria de la profesión, anexa a la Universidad de Chile, sin embargo la ley N° 18.962 Orgánica Constitucional de Enseñanza, mediante normativa recogida actualmente en el DFL N° 2 de 2010 determinó de manera tácita la exclusividad universitaria de la carrera de

Enfermería y de siete carreras más de la salud; permitiendo que los Institutos Profesionales pudieran también dictar estas formaciones profesionales²⁸. Pese a ello, hasta la fecha, para la carrera de Enfermería no se ha concretado su formación en Institutos, dada la naturaleza de su quehacer y el rol social que ha desempeñado, pero la amenaza existe y su creación significa un retroceso normativo en materia de regulación de las profesionales de la salud.

Por esto conglomerados o instituciones de Enfermería en forma constante han sido parte y defensa sobre el carácter de título profesional con exclusividad universitaria, espacio en donde se asegura la reflexión e investigación sobre los aportes para la salud de la persona, familia y comunidad²⁸. Enfermería ha impulsado el proyecto de Ley de Exclusividad Universitaria (LEU), registrado con el número de boletín 3849-04 al que también se adhieren el resto de las carreras de la salud; Nutrición, Fonoaudiología, Obstetricia, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional, abogando por la modificación del artículo 52 de la ley N°18.962 obteniendo los títulos profesionales que requieren el grado de licenciatura. Se inició su tramitación constitucional en diciembre de 2005 en la Cámara de Diputados. El 2015 el pronunciamiento sólo respaldaba a las carreras de Enfermería, Obstetricia y Puericultura, excluyendo a las otras carreras, lo que llevó al rechazo del proyecto.

Luego de una reformulación, el proyecto fue nuevamente ingresado el 14 de junio 2016 en defensa de las siete carreras cuestionadas. En esta oportunidad el debate se realizaría en una comisión mixta, conformada por Diputados y Senadores de la República. Ese mismo año, el 11 de mayo, Enfermería presentó un proyecto de ley independiente abogando la Exclusividad Universitaria ²⁹. Actualmente este proyecto aún se encuentra en trámite.

Como se mencionaba anteriormente, en Chile existen un total de 45 universidades que cuentan con facultades, departamentos, escuelas de Enfermería con un total de 137 programas de estudios¹⁰. Se cuenta con un sistema general de acreditación de la carrera de enfermería elaborado por el Comité Técnico de Enfermería de la Comisión Nacional de Acreditación (CNA)²⁰ quien ha establecido los criterios a considerar; la acreditación se representa en número de años, siendo 7 años el máximo de tiempo otorgado, en la actualidad sólo tres universidades del país cuentan con esta distinción una de ellas la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Someterse a este proceso de certificación de calidad de sus procesos internos y sus resultados en Chile es voluntario para la carrera de Enfermería.

La acreditación es un proceso por el cuál una autoridad técnica reconoce formalmente que una organización es competente para efectuar actividades específicas de evaluación de la conformidad³⁰. Sólo 28 del total de programas se encuentran acreditados.

El desarrollo que ha tenido la formación de enfermeras en Chile, ha permitido contar con cinco años de estudios y con el grado de licenciatura, sin embargo, las universidades no han desarrollado como se esperaría una fuerte formación de posgrado en el área disciplinar. Esto puede estar influenciados por múltiples variables, la dependencia de las unidades académicas podría ser una de ellas, en Chile, la mayoría se encuentran insertadas en Facultades de Medicina, no son autónomas por lo cuál para levantar esta formación debe contar con el respaldo de las facultades e incluirlo dentro de los proyectos de desarrollos institucionales.

Existen sólo dos programas a nivel nacional de doctorado, programas cuyo objetivo principal es desarrollar la pericia investigadora en sus estudiantes. Si bien es cierto la mayoría de los profesores que ingresan a la academia cuentan con formación de posgrado como magister, este lo han efectuado en diferentes áreas de formación como gestión, educación en Enfermería, entre otras. Esto refleja la escasa formación en el ámbito investigativo y por ende del uso de la evidencia. Es necesario desarrollar estrategias desde las universidades orientadas a fortalecer la formación de postgrado disciplinar en Enfermería para generar nuevos conocimientos, acercar la evidencia a los profesionales favoreciendo de esta manera los cuidados de calidad a la población.

El conocer el desarrollo que ha tenido la formación de Enfermería en Chile, nos permite identificar la forma como el país ha ido respondiendo a la necesidad de contar con profesionales que se ajusten a las demandas sanitarias en las diferentes etapas y visualizar como se ha producido el cambio, lo que puede resultar orientador para establecer el modelo de implementación a nivel país de esta nueva cultura del cuidado basado en la evidencia.

2.5. Marco Jurídico y legal de Enfermería en Chile

La regulación de la Enfermería en Chile se ha abordado desde la formación, el ejercicio profesional y las relaciones laborales desde el principio de la profesión por medio de los códigos Sanitario y Laboral, reglamentos, leyes, normas administrativas¹⁰.

Los aspectos que considera la educación en Enfermería son los planes de estudios, sus perfiles formativos, la certificación, la titulación y la acreditación que se regulan a través del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior Ley N° 20.129 del 2006 y de la Ley General de Educación N° 20.370 del 2009, con el objetivo de tener un sistema educativo caracterizado por la equidad y calidad de sus servicios¹⁰.

Por otra parte, el ejercicio profesional, el rol de la enfermera en unidades de gestión del cuidado o subdirecciones de enfermería, ha permitido generar un equilibrio científico técnico en los equipos de salud.

Existe la regulación laboral en el ejercicio profesional con requisitos de entrada, campo de desempeño, formas de contratación, nombramientos, carrera funcionaria, entre varias otras¹⁰.

En 1931 se dicta DFL N° 226 (15/05/1931 se aprueba Código Sanitario), a partir de la reforma del Código Sanitario efectuada en diciembre de 1997 por primera vez en Chile las enfermeras son explícitamente reconocida; estableciendo:

El Artículo 1 define: “El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes”, y en su Artículo 2, menciona “El Presidente de la República dictará, previo informe del Director General de Salud, los reglamentos necesarios para la aplicación de las normas contenidas en el presente Código”. En el libro quinto que establece el ejercicio de la Medicina y Profesiones afines, el 16 de diciembre 1997 se incorporó el Artículo 113 que reconoce a enfermería como profesión y declara: “Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente¹⁰.

En Chile las enfermeras están incluidas en las normativas generales de acuerdo en donde desempeñen su labor: el Sistema Nacional de Salud por Ley No. 18.834, Estatuto Administrativo, en el Sector Municipalizado, Ley No. 19.378, Estatuto de Atención Primaria y en el sector privado por el Código del Trabajo¹⁰.

2.5.1.Gestión del Cuidado

La Gestión del Cuidado de Enfermería en Chile es entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar ¹¹, se le entrega a la enfermera la responsabilidad de gestionar los cuidados y de ejercer su liderazgo permitiendo asegurar que todas las personas involucradas en el cuidado del paciente reciban la información que requieren para la continuidad y calidad de los cuidados que aportan.

A continuación, se presentará los antecedentes que han permitido en Chile a los profesionales de Enfermería ser los responsables de la Gestión del Cuidado.

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, en el marco de la reforma sanitaria del año 2005, incorpora los servicios profesionales de la enfermera bajo los términos de “Gestión del Cuidado”, garantizando la organización de la atención de Enfermería en coherencia al artículo 113 del Código Sanitario, considerando la gestión del cuidado entre las estrategias indispensables con las que deben contar los servicios de salud y los establecimientos de atención cerrada y abierta. Esto también involucra a establecimientos de autogestión, establecimientos de salud de menor complejidad¹⁰.

La Norma Técnica N°19 de octubre de 2006 donde el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Colegio de Enfermeras de Chile participan en fuertes debates con la finalidad de crear las subdirecciones de enfermería en aquellos establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención integral, general o especializada, habilitados para la internación de pacientes (atención cerrada), lo cual contiene dos relevantes aspectos para la nueva práctica: uno, quedando la enfermera a cargo de esta unidad incorporada en la alta dirección institucional con la dirección médica y segundo, la dependencia del personal de Enfermería corresponde a esta subdirección.

La Gestión del cuidado fue definida por la Comisión de Legislación en Enfermería (Ministerio de Salud 1995-1997) como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” ¹¹.

De acuerdo con el informe del Ministerio de Salud de Chile en diciembre de 2016, la densidad de enfermeras universitarias por 10.000 habitantes se establece en un valor de 24,45 para el país. Un reciente artículo publicado que buscaba medir y analizar asociaciones entre dotaciones, *skillmix* e indicadores laborales de Enfermería en hospitales públicos de alta complejidad en Chile, trabajó con 34 instituciones, siendo respondido por un total de 1.395 enfermeras, este demostró que el promedio de pacientes por enfermera en Chile es de 14, valor que varía si es de turno día en 12,4 pacientes/ enfermera o noche con un 15,6 pacientes/ enfermera, lo que según las autoras es un indicador muy superior a países como Estados Unidos o Inglaterra donde su promedio es de 8,8 paciente/enfermera³¹.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en su informe “Panorama de la salud 2017” asegura que en Chile el número de enfermeras en 2015 era de menos de 3 por cada 1.000 habitantes siendo relativamente bajo comparado con un promedio de 9,1 en los países miembros del OCDE³².

El promedio que se maneja de estos profesionales en países de la OCDE alcanza un nivel de 9,1. El número de enfermera/médico es de 1,07 en este mismo informe (cumpliendo con el nivel mínimo recomendado por la OMS 1por 1). El promedio de este indicador en los países de la OCDE es más alto con 2,8 enfermeras por médico, alcanzado en más de 4 en Estados Unidos y Canadá, y 3 en Reino Unido. Cabe señalar que este indicador pasó de 0,77 enfermeras por médico en el 2012 al valor actual de 1,07 en Chile³².

Existe también en Chile una formación técnica con una duración de dos a dos años y medio que son los llamados Técnicos de nivel superior en Enfermería. Según el mismo informe del Ministerio de Salud en 2017, los inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud al 31 de diciembre de 2016 alcanzaban a 199.835 personas³⁰. Sumando enfermeras universitarias y técnicos de nivel superior en Enfermería, se puede establecer que la densidad nacional de personal de Enfermería es de 80,3 por 10.000 habitantes. A su vez, la razón de personal de Enfermería por médico sube a 3,7. Estos indicadores van en desmedro de la atención de calidad, el profesional de Enfermería dispone de un tiempo muy limitado por paciente lo cuál incluso pone en riesgo la seguridad y el bienestar de quienes están a su cuidado. Así ha quedado evidenciado en un reciente trabajo

publicado de Linda H.Aiken y colaboradores chilenas³³sobre dotación de personal de Enfermería hospitalaria y resultados de la atención en donde se observó que aquellos pacientes en hospitales que presentaban una dotación de 18 pacientes por enfermera, en comparación con los de hospitales con ocho pacientes por enfermera, tenían un 41% más de probabilidades de morir, un 20% más de probabilidades de ser readmitidos y un 41% más de probabilidades de quedarse más tiempo hospitalizados, por lo tanto es relevante continuar solicitando a las autoridades mejorar la dotación de enfermería en Chile, los principales gestores en relación al tema han sido los diferentes conglomerados que existen en el país y que se presentan a continuación.

Los grandes conglomerados o instituciones de Enfermería en Chile están compuestos por:

- Colegio de Enfermeras: es una asociación gremial sin fines de lucro conformada por enfermeras/os vigentes desde su creación que fue el 20 de febrero de 1953 bajo la Ley N° 11.161³⁴, en 1954 se aprobó su reglamento orgánico, obteniendo personalidad jurídica y la afiliación obligatoria para ejercer la profesión de Enfermería, lo que se mantuvo hasta 1981 cuando por Decreto Ley N° 2.757 se establece en Chile la libertad de asociación a las asociaciones gremiales. Cuenta con delegaciones a lo largo del país.

El ejercicio profesional de las enfermeras en la actualidad es resguardado por la autoridad de salud y son los tribunales de justicia

Misión: “Ofrecer las mejores condiciones económicas, sociales y de capacitación para garantizar profesionalmente el cuidado de Enfermería de las personas, asumiendo el peso histórico y cultural del cuidado humano”³⁴.

Visión: Ser reconocidos por nuestros colegiados como la única organización que vela por el permanente perfeccionamiento y desempeño profesional de los mismos.

- Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN)³⁵: Asociación de derecho privado de carácter científico sin fines de lucro. Creada en 1963.

Misión: “Corporación de derecho privado sin fines de lucro, consultora y reguladora de la Educación Superior en Enfermería, que basada en principios éticos fortalece el trabajo colaborativo entre los socios, con respeto por la autonomía y la diversidad, y que establece vínculos internacionales”

Visión: “Ser líder en la formación de Enfermería en Chile, con posicionamiento internacional”³⁵. La ACHIEEN tiene como propósito impulsar y coordinar el desarrollo de la educación superior en Enfermería en el país, su formación y coordinación con las políticas y programas de salud y educación en la formación de enfermeras/os Licenciado en Enfermería en pregrado, perfeccionamiento continuo, postítulo y posgrado.

La ACHIEEN está compuesta por 21 escuelas, departamentos o facultades de Enfermería del país. Sus integrantes son los académicos de las unidades formadoras.

Dado el explosivo crecimiento de la formación en Enfermería en el país y la autonomía universitaria existente, la ACHIEEN solicitó en 2004 a la Comisión del Examen Nacional, entidad perteneciente a ACHIEEN y conformada por miembros de la Asociación que son elegidos por el directorio de una lista de académicos propuesta por el consejo asesor, generar un sistema nacional de evaluación de los egresados de las carreras de Enfermería, denominado Examen Nacional de Enfermería. Es una prueba escrita en donde participan voluntariamente las unidades socias y algunas no socias de todo el país en forma simultánea, con el propósito de evaluar los conocimientos de los futuros profesionales en su último año de formación en áreas de la Enfermería previamente determinadas.

En 2007 se aplica por primera vez a nivel nacional, manteniéndose hasta la actualidad en su décima segunda versión 2019^{35,36}.

El reglamento del Examen Nacional de Enfermería cuyo objetivo es aportar a la sociedad información que verifique el cumplimiento de objetivos cognitivos comunes a la formación de enfermera/o generalista y que deben estar presentes en todas las unidades académicas pertenecientes a la asociación, conforme a los perfiles de egreso que ellas mismas han determinado y sean consecuentes con los criterios de acreditación establecidos^{35,36}. Es de

modalidad escrita y participan las unidades socias y no socias de la asociación y es de carácter voluntario para los egresados. Se aplica en forma simultánea en el país

Este examen hasta el momento ha cumplido con ser un instrumento de retroalimentación a las unidades académicas a través de un informe confidencial que es enviado en forma individual a cada egresado como también a cada unidad de formación en donde sólo se le compara con un todo, manteniendo la confidencialidad de los resultados de las otras unidades para evitar su transformación en un elemento de ranking.

Desde 2015, la ACHIEEN y la Comisión del Examen Nacional de Enfermería han estado trabajando el proyecto de traspaso del examen oficial para todos los egresados de Enfermería del país. La idea es que este examen finalmente permita incorporar a Enfermería como carrera de certificación brindando a la población profesionales con cumplimiento de los conocimientos de acuerdo con lo declarado por las escuelas en sus perfiles de egreso y los criterios de acreditación establecidos.

- Federación Nacional de Asociaciones de enfermeros de Chile (FENASENF)

Asociaciones de enfermeros de Chile (FENASENF) conforman una organización que se ha constituido para abogar por los derechos gremiales y el desarrollo de las enfermeras y enfermeros de los hospitales del sistema público chileno mediante el perfeccionamiento, racionalización de la profesión, su protección laboral, económica y social, representándolos frente a las autoridades ejecutivas y políticas de nuestro país, además de respaldar el trabajo local de las asociaciones bases en cada establecimiento donde están constituidas³⁷.

- Federación Nacional de Estudiantes de Enfermería de Chile (FENEECH).

Organización estudiantil que se ha formado y constituido a través de los años con el objetivo de respaldar y velar por el óptimo desarrollo en el período de formación de todos los futuros profesionales de Enfermería a lo largo de nuestro país, todo esto mediante la discusión de temáticas de contingencia, protección educacional y el perfeccionamiento del cuidado basado

en la investigación; además de representarlos frente a las organizaciones gremiales de Enfermería, autoridades y otras organizaciones interdisciplinarias.

- Federación es integrada por Centros de estudiantes de Universidades públicas y privadas³⁸.

Los diferentes conglomerados que existen de Enfermería en Chile tanto de los profesionales como de estudiantes declaran dentro de sus intenciones la investigación como una de las actividades a desarrollar. Si bien algunas de estas instituciones cuentan con una estructura orgánica para cumplirlo, sigue siendo insuficiente el aporte de nuevos conocimientos desde las investigaciones primarias, y menos aún la EBE que no es mencionada en ninguna de sus declaraciones como una herramienta fundamental para aportar cuidados de salud de calidad a la población. Este aspecto es relevante al considerar la oportunidad de proponer un modelo de implementación de la EBE en donde estos conglomerados pasan a ser grupos de interés. Su apoyo y grado de influencias serán determinantes para el logro de la estrategia.

2.6 Investigación en Ciencias de la Salud en Chile

La investigación se define como la búsqueda o el estudio sistemático y minucioso que valida y mejora los conocimientos existentes y desarrolla otros nuevos³⁹.

En Chile la investigación se inicia en el campo de la sanidad con la creación del Instituto de Higiene en 1892, actual Instituto de Salud Pública de Chile⁴⁰.

El Estado de Chile en 1967 crea mediante la Ley N° 16.746, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) que depende del Ministerio de Educación, con funciones de asesoría al presidente de la República en el planeamiento, fomento y desarrollo de investigaciones en el campo de las ciencias, y de coordinación de actividades del sector público y privado relativas al desarrollo de la ciencia y la tecnología. Es el organismo más importante en investigación científica en el país. Sus pilares estratégicos son el fomento de la formación de capital humano y el fortalecimiento de la base científica y tecnológica del país. A su vez, ambos pilares son potenciados de manera transversal por un área de información científica y una de vinculación internacional⁴¹.

Entre las funciones de CONICYT está el desarrollo de la investigación en el campo de las ciencias puras y aplicadas, administrando también el Fondo Nacional de Desarrollo Científico (FONDECYT), destinado a estimular y promover el desarrollo de la investigación científica y básica en el país. El 75% de los proyectos financiados por FONDECYT en su "área de Medicina", corresponden a investigación biomédica.

La inversión de los recursos públicos en Chile para investigación en salud se distribuye a las instituciones hospitalarias y otros organismos dependientes del Ministerio de Salud, a universidades y otros van a concursos públicos abiertos a investigadores o instituciones de diferentes disciplinas.

En Chile la gestión y asignación de los recursos públicos concursables para investigación en salud se encuentra a cargo de CONICYT, que además de FONDECYT contempla al Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF) que distribuye sus recursos en igual proporción a proyectos de salud pública y clínicos. Este a su vez contempla Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) entregando sus recursos para investigaciones aplicadas orientadas a favorecer las políticas públicas sanitarias; aproximadamente el 66% de los proyectos que financia son de Salud Pública. FONIS se sustenta con presupuesto combinado con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Gestionan el financiamiento en investigación en salud también otros organismos públicos como el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) y la Superintendencia de Salud⁴².

Existen en Chile otras fuentes de financiamiento para investigación en diferentes áreas como también en salud, tales como: Iniciativa Científica Milenio que depende del Ministerio de Planificación, la Corporación de Fomento de la Producción, dependiente del Ministerio de Economía, y algunas universidades.

A pesar de estas posibilidades, un hecho que preocupa es que Chile presenta un índice económico bajo en investigación. De acuerdo con el informe del Consejo de CONICYT 2015-2018⁴³ el país invierte solo un 0,39 % del Producto Interno Bruto (PIB), presentando un indicador muy por debajo del resto de los países miembros de la OCDE, correspondiente a un 2,4% a la misma fecha. La mayoría de ese aporte corresponde al Estado. Por otro lado,

al observar a nivel nacional el desarrollo alcanzado en investigación, se puede identificar el perfil en el cuál actualmente se encuentra: así lo representa un artículo⁴² que menciona que en términos de estructura, en la investigación en salud en Chile destacan cuatro elementos:

- 1) Chile presenta un importante gasto público en proyectos de investigación cuando se compara con otros países de Latinoamérica;
- 2) las principales líneas de investigación son, en orden decreciente la biomédica, la clínica y luego salud pública;
- 3) si bien la investigación en salud en Chile es importante como para destinar fondos a ella de manera estable (aunque por debajo de la meta del 2% sugerida por OMS), aún no se generan pautas explícitas acerca de cuáles son los temas prioritarios que se requieren investigar;
- 4) existe una concentración inusual de investigadores principales en la región Metropolitana y una baja proporción de mujeres⁴².

El informe presentado por el Consejo Nacional de investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) 2015 (último publicado a la fecha) donde aporta los principales indicadores cienciométricos mencionan que Chile creció de aportar el 7,7% de la región, hasta contribuir con el 8,2% en 2013, pasando de participar en la publicación de 3.182 documentos en 2003 a 9.178 en 2013. El aporte de Chile a nivel mundial en este mismo año es del 0,34%. Pese a esto, Chile pierde posiciones en el ranking mundial de producción científica, retrocediendo en dos posiciones respecto al lugar ocupado en 2009, quedando en el número 46 del mundo en 2013 como consecuencia del crecimiento muy acelerado de algunos países emergentes. Se mantiene en cuarta posición relativa en América Latina⁴⁴.

En relación con los indicadores de capital humano avanzado, el informe de CONICYT aporta que Chile en relación con los países miembros de la OCDE, es uno de los que cuenta con menor cantidad de investigadores activos, entendidos estos como *Scientific Capital Pool* (SKP) es el número de coautores únicos que publicaron al menos un artículo durante un año calendario. Este es un proxy del número de investigadores existentes en un dominio. Del mismo modo, la capacidad del país por generar documentos por millón de habitantes de la Población Económicamente Activa (PEA), está por detrás del conjunto de la OCDE⁴⁴.

Con respecto a las publicaciones, CONICYT declara que la mayor producción nacional se publica en revistas Q1, pasando del 31,3% de la producción en 2008 al 35,8% en 2013.

El sector de las universidades lidera la producción científica en Chile. De acuerdo con el informe ingresan atraídos por el país investigadores europeos, especialmente de España y Europa del Este. De igual forma las especializaciones temáticas han cambiado de acuerdo con el informe; las áreas que crecen en orden de stock de autores son: *Arts and Humanities* (crece de 10 a 398 autores); *Nursing* (de 6 a 161 autores), *Psychology* (de 29 a 358 autores) y *Social Sciences* (99 a 967 autores). En el mismo período las áreas donde el stock de capital humano crece de forma menos intensa son: *Chemistry* (de 538 a 833 autores), *Neurosciences* (46 a 240 autores), *Veterinary* (de 122 a 204 autores) y *Enviromental Sciences*(de 498 a 880 autores)⁴⁴.

En relación con el ranking mundial de producción científica por número de documentos del año 2017, Chile se encuentra en la posición 45 del mundo y 4° de América Latina, siguiendo a Brasil que se encuentra en el puesto 14; México en el 28; y Argentina en el 44. Luego, Colombia en el 47; Perú, 73, Cuba, 79; y Venezuela en el 86. Chile y Argentina pierden una posición respecto del año anterior (2016), en tanto Colombia gana una posición, y Venezuela pierde cuatro posiciones. En 2003 Brasil ocupaba la posición 17°, México 28°, Argentina 34°, Chile 41°, Venezuela 51°, Colombia 57°, y Cuba 56^{o4}.

De acuerdo con lo presentado, Chile ha aumentado su producción científica, aunque mantiene su inversión económica en este ámbito como una de la más baja entre los países que integran la OCDE⁴³ Si bien se han realizado esfuerzos generando oportunidades para el desarrollo del capital humano avanzado, esto aún no es suficiente. En ciencias como la Enfermería, se deben crear estrategias que apunten a transformar la investigación científica como uno de los roles principales y habituales de la práctica de los cuidados. El profesional debe utilizar la evidencia para resolver los cuidados de salud. Si pensamos en la implementación de un modelo para proporcionar cuidados de salud de calidad por medio de la EBE, existe la posibilidad en Chile de que las instituciones puedan acceder a los diferentes fondos concursables en una primera etapa para contar con recursos destinados a la capacitación de los profesionales de Enfermería, para un cargo de dedicación absoluta a estas tareas y también

para desarrollar investigaciones primarias del diagnóstico institucional de los cuidados de salud que aportan los profesionales de Enfermería de este modo evaluar la implementación de intervenciones basadas en la evidencia científica orientadas a mejorar los estándares de calidad en atención a la población.

Más adelante se analizará el desarrollo y evolución de la investigación en Enfermería en Chile.

2.6.1 Investigación en Enfermería a nivel Internacional.

La investigación es uno de los pilares en que se fundamenta Enfermería junto con gestión, práctica y educación.²

La investigación en Enfermería tiene una evolución histórica que ha representado las inquietudes por abordar diferentes temáticas motivadas por la necesidad que visualizaron las profesionales de Enfermería de los diferentes períodos. Desde Florence Nightingale su desarrollo ha cambiado significativamente en los últimos 160 años.

El desarrollo histórico de la investigación en Enfermería nos da cuenta de las temáticas revisadas:

- En 1930, el *American Journal of Nursing* empezó a publicar artículos que sugerían la necesidad de que las estudiantes de Enfermería tuvieran la libertad de formular críticas. Nace un movimiento hacia el pensamiento crítico en la Enfermería⁴⁵.
- Entre 1930-1940 el motivo de la investigación es la formación en Enfermería.
- Entre 1950 y 1960 los roles de Enfermería fueron el interés a investigar.
- En la década de 1970 el proceso Enfermería motivo numerosos estudios con investigaciones de técnicas de evaluación, clasificación de diagnósticos de Enfermería, métodos para la obtención de resultados e intervenciones específicas de Enfermería³⁹.
- Entre 1980-1990 los estudios se han centrado en los problemas clínicos con resultados en la práctica³⁹.

- En el siglo XXI las investigaciones de Enfermería incluyen estudios de calidad utilizando variadas metodologías, de estudios en la mejor evidencia de la investigación y utilización de esta evidencia en la práctica³⁹.

Así también se han presentado diferentes acontecimientos que han influido en el desarrollo de la investigación en Enfermería en el contexto internacional, reseña de ello se muestra a continuación en Tabla 1

Tabla 1. Cronología desarrollo Enfermería a nivel mundial.

Año	Acontecimiento
1850.	Florence Florence Nightingale (1820-1910). Reconocida como la primera investigadora en Enfermería.
1900	<i>American Journal of Nursing</i> publicada por primera vez
1923	<i>El Teacher's College</i> de Columbia ofrece el primer programa de Doctorado para enfermera
1929.	Universidad de Yale. Primer Máster en Enfermería.
1932	Creación <i>Association of Collegiate Schools of Nursing</i> para favorece el desarrollo de la investigación.
1950	<i>American Nurses Association</i> (ANA) publica estudios con las funciones y actividades del personal de enfermería
1952.	Publicación de <i>Nursing Research</i> primera revista de investigación en Enfermería
1953	Creación del <i>Instituto for Research and Service in Nursing</i> .
1955	Creación para financiar las investigaciones en enfermería de <i>American Nurses Foundation</i>
1957	Se crean el <i>Southern Regional Educational Board (SREB)</i> , el <i>Western interstate Commission on Higher Education (WICHE)</i> , la <i>Midwestern Nursing Research Society (MNRS)</i> y el <i>New England Board of Higher Education (NEBHE)</i> para apoyar y difundir la investigación en Enfermería.
1963	Primera publicación de la revista <i>Internacional Journal of Nursing Studies</i>

1965	La ANA financia las primeras conferencias de investigación en enfermería
1967	La Sigma Theta Tau <i>International Honor Society of Nursing</i> publica <i>Image</i> que enfatiza la enseñanza en Enfermería, en la actualidad se denomina <i>Journal of Nursing Scholarship</i> .
1970	Se establece la <i>American Nurses Association Commission on Nursing Research</i>
1972	Cochrane publica <i>Effectiveness and Efficiency</i> , que insta los principales conceptos de la práctica basada en la evidencia (PBE). Se crea el <i>ANA Council of Nurse Researchers</i> .
1973	Se celebra la primera <i>Nursing Diagnosis Conference</i> dentro de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
1976	Se publica el modelo Stetler/Marram para la implementación de los hallazgos de la investigación.
1978-1988	Aparecen nuevas revistas: <i>Research in Nursing and Health</i> , <i>Advances in Nursing Science</i> , <i>Western Journal of Nursing Research</i> , <i>Annual Review of Nursing Research</i> .
1981	La ANA definía la investigación en enfermería como “el desarrollo del conocimiento sobre la salud y su promoción a través de las diferentes etapas de la vida, el cuidado de personas con problemas de salud o discapacidades y las intervenciones de enfermería encaminadas a aumentar la capacidad de la persona para responder eficazmente a los problemas de salud reales o potenciales”
1985	Se crea el <i>National Center for Nursing Research</i> (NCNR) dentro de los National Institutes of Health. ^[1] 1988. Virginia Henderson (1897-1996) fue mencionada de honor en la Convención de la ANA en 1988 por su contribución a la investigación, la formación y a la profesionalidad en enfermería a lo largo de su vida
1987	Se publica <i>Scholarly Inquiry for Nursing Practice</i>
1988	Se publica <i>Applied Nursing Research</i> y <i>Nursing Science Quarterly</i> .
1989	Se crea la <i>Agency for Health Care Policy and Research</i> (AHCPR), que publica las primeras Guías para la práctica clínica. Directrices de la PBE
1990	Se publica <i>Nursing Diagnosis</i> , la revista oficial de NANDA, actualmente llamada <i>International Journal of Nursing Terminologies and Classifications</i> . ANA crea el <i>American Nurses Credentialing Center</i> (ANCC), con la implementación del <i>Magnet Hospital Designation Program for Excellence in</i>

	<i>Nursing Services.</i>
1991	La Asociación Americana de Enfermería recomendó enfocar la actividad investigadora hacia la identificación de problemas de salud, la realización de trabajos de investigación con marcos de referencia propios de Enfermería, la participación en comités o programas científicos, la colaboración con otros profesionales en actividades investigadoras, la crítica de estudios antes de su puesta en práctica y la utilización de los resultados de las investigaciones en el desarrollo de políticas, protocolos y guías para el cuidado de la salud.
1992	El U.S. <i>Department of Health and Human Service</i> (U. S. DHHS) publica <i>Healthy People 2000</i> . Se publica <i>Clinical Nursing Research</i> .
1993	El NCNR cambia su nombre por el de <i>National Institute of Nursing Research (NINR)</i> para aumentar la financiación de la Investigación en Enfermería. Se publica <i>Journal of Nursing Measurement</i> . Surge la Cochrane Collaboration, que proporciona revisiones sistemáticas y directrices de PBE.
1994	Primera publicación de <i>Qualitative Nursing Research</i>
1999	La AHCPR cambia su nombre por el de <i>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</i> .
2000	El <i>National Institute of Nursing Research (NINR)</i> financia las prioridades de investigación para los años 2000-2004. El U.S. DHHS publica <i>Healthy People 2010</i> . Se publica <i>Biological Research for Nursing</i> .
2001	Stetler publica su modelo. <i>Steps of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice</i> . El informe del Institute of Medicine (IOM) <i>Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century</i> hace incapié en temas claves de la asistencia sanitaria, la calidad y la seguridad.
2002	La Joint Commission revisa las políticas de acreditación para los hospitales que apoyen los cuidados de salud basados en la evidencia. NANDA se hace internacional: NANDA-I
2003	El informe de IOM <i>Health Professions Education: A Bridge to Quality</i> identifica seis competencias básicas que deben adquirir en su formación los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios.
2004	Se publica <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> .

2005	Surge la iniciativa <i>Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)</i> para el desarrollo de las competencias de estudiantes y diplomados de Enfermería.
2006	Se publica el posicionamiento de la <i>American Association of Colleges of Nursing (AACN)</i> respecto a la investigación en enfermería.
2007	Se lanza la página web QSEN (http://qsen.org). Ofrece estrategias y recursos de enseñanza para facilitar el logro de competencias QSEN.
2010	El informe del IOM <i>The Future of Nursing –Leading Change</i> recomienda que el 80% del grueso de los profesionales de enfermería hayan alcanzado la diplomatura en el año 2020.
2011	Se publica el plan estratégico actual del NINR. Surge la agenda científica actual de la American Nurses Association (ANA)
2013	Healthy People 2020 ya disponible en web del U.S. DHHS. La misión actual y las prioridades de financiamiento de la AHRQ. La misión actual y las prioridades de financiamiento del NINR.

(Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ªed. España. Elsevier.2016. 9-10 p.)³⁹.

Esta cronología desde los tiempos de Florence Nightingale, reconocida como la primera investigadora en Enfermería en 1850, hasta la fecha actual, permite también identificar que el mayor impulso en investigación procede de los EE.UU, y que la investigación ha crecido a nivel internacional a partir de las asociaciones profesionales y de las nuevas publicaciones científicas, ambas han impactado en la creación de nuevos grados académicos; todo este camino que han recorrido las enfermeras para lograr instalar la investigación científica como un pilar fundamental del desarrollo del conocimiento de Enfermería, ha beneficiado a todas las enfermeras del mundo y se debe observar como la ruta a plantear en aquellos países como Chile en donde Enfermería es una ciencia incipiente de acuerdo con el informe de CONICYT⁴¹.

La investigación en Enfermería ha permitido a través de su desarrollo generar un cuerpo de conocimiento propio a la ciencia de la Enfermería. La Enfermería también es una profesión práctica y la investigación es indispensable para desarrollar y aumentar los conocimientos

que estos profesionales deben tener y aplicar a los pacientes en la práctica clínica y de esta forma promover resultados de calidad³⁹.

La disciplina de Enfermería del siglo XXI debe responder a estas demandas a través del conocimiento científico fortaleciendo los cuidados aportados a la población.

2.6.2 Investigación en Enfermería América Latina

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe de 1980 afirmaba que la principal barrera para la investigación en Enfermería en muchos países de América Latina, es la falta de conocimiento y experiencia en el tema. La realidad política y social de cada país influyen a la hora de intentar tener una visión general de la investigación de Enfermería en la región. La formación de posgrado con programas de Enfermería a nivel de magíster o doctorados es escasa como los programas de licenciatura evidenciando la falta de recursos humanos formados⁴⁶.

El panorama actual ha mejorado en los últimos años, ya que los esfuerzos realizados por las universidades en la integración de investigación en los planes de formación ha sido una estrategia que se espera genere un mayor acercamiento al tema.

De acuerdo con el último ranking 2019 publicado por *SCImago & Country Rank*, una plataforma de internet que provee indicadores sobre la calidad y el impacto de publicaciones de revistas científicas a nivel mundial, se puede visualizar la investigación que se realiza en los países Iberoamericanos. Al revisar Enfermería y el ranking por país a nivel mundial en América Latina el primer país que se destaca es Brasil en el puesto número 7 entre 189 países con un total de 2.460 artículos publicados durante 2019, le sigue Chile en el puesto 41 con un total de 296 artículos, en el puesto 44 se encuentra Colombia con 192 artículos, Argentina se ubica en el puesto 47 con un total de 146 artículos publicados durante 2019. Perú en el puesto 57 con 80 artículos publicados. Dentro de los primeros cien países también encontramos a Ecuador, Uruguay, Costa Rica, Cuba, Guatemala y Venezuela⁴⁷.

Al revisar la producción científica en Enfermería de América Latina versus la producción a nivel mundial, indica que aún se encuentra en crecimiento, sólo un país logra posesionarse

entre los diez primeros del mundo. Sin embargo, Chile logra superar a países con mayor población, lo que refleja el interés de los profesionales de Enfermería a nivel nacional de hacer visible sus investigaciones y socializar los nuevos conocimientos⁴⁷.

La OPS/OMS en su informe 2017 *Formación doctoral en Enfermería en América latina y el Caribe*⁴² menciona la relevancia de la formación terciaria para generar avances de la investigación y de la práctica clínica, y así contribuir con mayor calidad a la solución tanto de los problemas de salud, y a los de la propia Enfermería que están presentes en América Latina y el Caribe. Brasil es un país que ha presentado diversas estrategias para favorecer el desarrollo de la investigación en Enfermería, cuenta con una gran trayectoria en formación de postgrados en Enfermería y actualmente con una oferta de 37 programas de doctorado muy atractiva para el resto de América latina. Chile cuenta con dos programas activos⁴⁶.

Como se ha mencionado anteriormente, la formación de posgrado en América Latina se encuentra fuertemente representada por Brasil, esto de alguna manera puede presentar un grado de dificultad al tener que contar como requisito en algunos programas el dominio del idioma portugués o del inglés, lo que establece una barrera para el resto de los países de habla castellana. En Chile por su parte con sólo dos programas de doctorado disciplinar ve disminuida la formación de capital humano avanzado.

La formación en EBE en Chile se ha aportado inicialmente dentro de algunos programas de postgrado como un contenido más desde la investigación, pero no como una herramienta para la toma de decisiones en la práctica de enfermería. Lo cuál se evidenció en el informe de OPS/OMS⁴⁶ en donde el 97,5% de los programas de doctorado se consideraron académicos o de investigación, es decir, dirigidos a las habilidades de investigación y de enseñanza, no para la práctica clínica. Desde 2019 existe a nivel país, el primer Diplomado de EBE e Investigación Disciplinar de Enfermería dependiente del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile que pretende contribuir a que los profesionales de Enfermería valoren la investigación disciplinar y que su aplicación se realice en los diferentes ámbitos de desempeño. Se espera que los profesionales logren desarrollar una conciencia investigadora y aplicar las conclusiones en el ejercicio de su quehacer. Esta estrategia de formación de

postítulo viene a brindar una oportunidad más de aprendizaje de EBE para los profesionales de Enfermería para Chile.

2.6.3 Investigación en Enfermería en Chile

El desarrollo de la investigación en Enfermería en Chile ha tenido su mayor auge en los últimos años, algunos hitos importantes desde las fechas de fundación de las primeras escuelas de Enfermería en Chile que reflejan la evolución de la investigación en Enfermería en el país recopilado de la página de la Asociación Chilena de Educación en Enfermería y de diversas fuentes de la Universidad de Chile se muestran a continuación en Tabla 2:

Tabla 2. Hitos en el desarrollo de la investigación Enfermería en Chile.

Años	Acontecimientos
1954	1er. Seminario de Educación en Enfermería, que motiva la creación de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería (Flores, Enfermería N°5, 1965), actual Asociación Chilena de Educación en Enfermería.ACHIEEN ³³ .
1958	III Congreso Nacional de Enfermería, en Santiago, presentación de 7 trabajos relacionados con educación en Enfermería ²⁴ .
1959	Doris Krebs enfermera, coordinadora y docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile (1969 y 1973) obtiene el Bachelor of Sciences. Fundadora en el mismo año el Centro de Experimentación en Enfermería organismo creado en un convenio Chile - OMS – UNICEF. Que nace de la escasez de enfermeras y el éxodo de ellas especialmente a E.EU.U. Por mejores oportunidades. El propósito del centro es determinar métodos para la atención de enfermería y de organización de Servicios de Enfermería en Chile. Se desarrolla una investigación muy relevante para la Enfermería de Chile. "Recursos y Necesidades de Enfermería en Chile". (Enfermería, N°1,1965) Los resultados destacados por Krebs fueron el establecer un convenio entre el SNS y la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo de la Enfermería y la atención de Enfermería ^{22,33} . Desarrollo de estudios de investigación con un enfoque principal en Educación en Enfermería.
1960	Primeros contactos internacionales a nivel de Latinoamérica y Estados Unidos.
1965	IV Congreso Nacional de Enfermería en Valdivia. Área temática rol de la Enfermería en Chile. VIII Seminario de Educación en Enfermería, organizado por la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería.

	Nace la primera Revista de Enfermería en Chile, órgano oficial del Colegio de Enfermeras.
1966	IX Seminario de Educación en Enfermería, en Santiago. Área Temática lineamientos curriculares y recomendaciones para la formación de docentes.
1967	Primer programa de Gerontología y Geriatria a nivel nacional (Gacitúa, EnfermeríaN°14:6-12,1967)
1968	V Congreso Nacional de Enfermería, en Concepción, con el tema "Ejercicio Profesional".

El cuadro refleja los primeros pasos que se han transitado en este ámbito. Otro aporte interesante es un trabajo que permite conocer las investigaciones publicadas en las tres revistas de Enfermería de Chile editadas a partir de 1965 hasta el 2003⁴⁸, la autora revisó 214 publicaciones científicas, evidenciando cual había sido la organización del conocimiento de Enfermería en el país; cómo se encontraban conformados los grupos de investigación; las instituciones que apoyaban más la tarea investigativa, además de la calidad de esas investigaciones.

Concluyó que el sujeto de estudio más frecuente fue el propio profesional de Enfermería, en los años 60 se respondía a los intereses profesionales, luego viene un interés por los problemas de salud de los grupos de mayor riesgo epidemiológico, entre 1970 y 1989 las publicaciones estaban orientadas a los problemas de salud de la población infantil y a partir de los años 90 se orientan a los problemas de salud de la población Adulta y Senescente. En cuanto a los grupos que investigaban estaban conformados por pares de profesionales de Enfermería y en los años 80 se unió a otros profesionales algunos fueron médicos y/o estadísticos. Se menciona a la universidad como la institución que más apoyaba económicamente la investigación y agregó que existía poco sustento teórico en el proceso investigativo de esos tiempos por la escasa referencias bibliográficas⁴⁸.

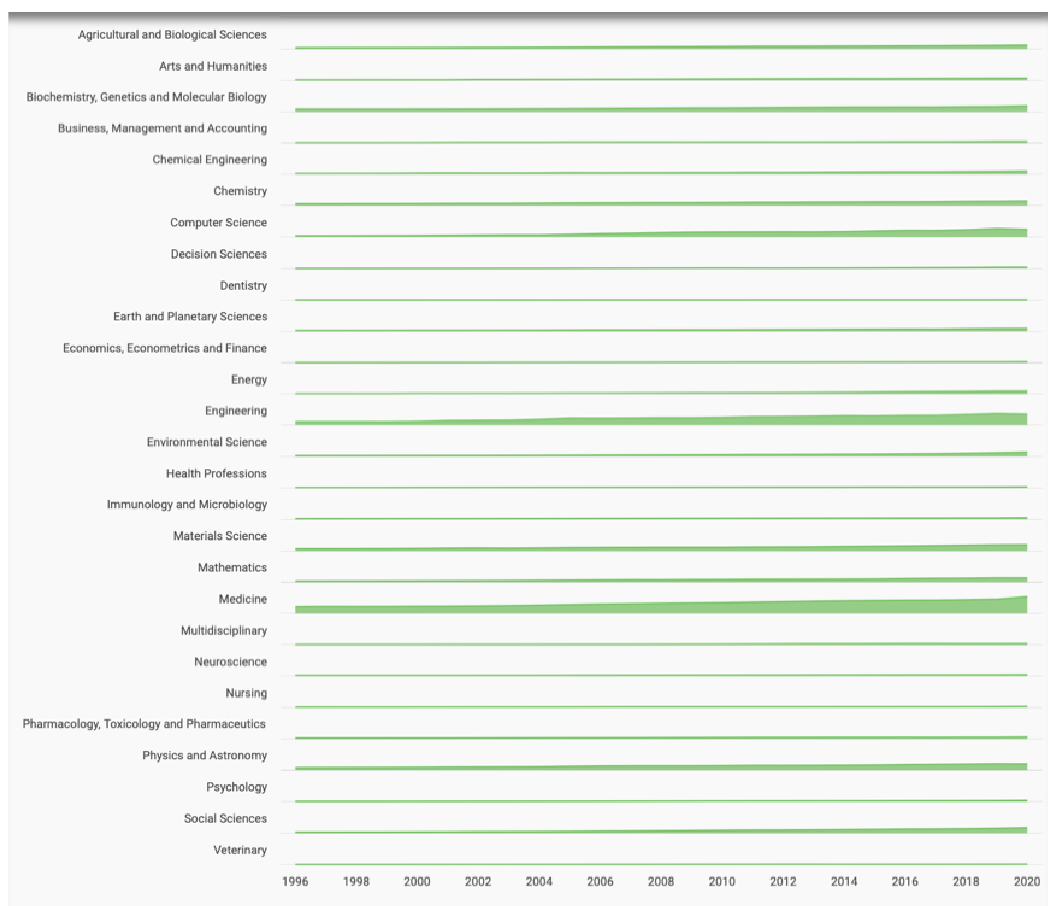
En la actualidad los grandes conglomerados de Enfermería en Chile, las universidades, y las instituciones de salud, realizan en forma periódica diferentes espacios de divulgación científicas, tanto para profesionales de Enfermería como para estudiantes; como congresos, jornadas, entre otras; también existen revistas científicas de Enfermería, numerosas sociedades científicas y redes de Enfermería.

Esto refleja el valor que se le brinda desde los profesionales de Enfermería a la investigación en la disciplina, sin embargo, para lograr un mayor desarrollo es aconsejable crear centros o unidades de investigación del cuidado a cargo de enfermeras dedicadas a tiempo completo en diferentes lugares estratégicos como el Ministerio de Salud, en las instituciones prestadoras de servicios tanto a nivel terciario como de atención Primaria de Salud.

Según el informe de CONICYT (2012 y actualizado en 2015)⁴¹ como se mencionó anteriormente, identifica la actividad científica en Enfermería como un campo incipiente entre los indicadores Cienciométrico revisados se destacan los siguientes;

- crece en todas las formas de colaboración, mantiene un liderazgo por sobre el 80%.
- Su nivel de producción en revistas Q1 es de 17,9%, muestra un deterioro en 20 puntos porcentuales, siempre por debajo de la media de Chile entre otras disciplinas.
- En 2003 aportaba en investigación el 0,1 y crece en 2012 hasta aportar el 0,6 del país.
- En 2003 Enfermería mostraba una distribución de tipologías documentales poco común, en 2012 se asimila a las prácticas de otras disciplinas afines publicando el 86% de sus resultados en artículos de investigación.
- Su pauta idiomática pierde internacionalidad, retrocediendo el inglés del 80% en 2003 a un 54% en 2012, explicado por el ingreso de revistas latinoamericanas de enfermería a Scopus.
- Disminución de los trabajos firmados por un solo autor, de un 80% en 2003 a un 42% en 2012.
- Colaboración internacional: aún muestra unos niveles incipientes, pasando de un 20% en 2003 a un 32,8% en 2012.

Figura 2 de documentos por temas



Fuente: Scimago World Report 2020. <https://www.scimagojr.com/worldreport.php>

Esta tabla de documentos del Reporte de *Scimago World 2020* muestra la evolución durante el período 1996-2020 de los documentos citados por área temática. Enfermería en 1996 presentaba un total de 14.414 documentos , lo cual ha ido incrementando en forma constante a través de los años hasta 1919 y 2020, en donde se visualiza un descenso atribuible del 2020 a la situación de Pandemia COVID-19 .Si los agrupamos cada 6 años la evolución ha sido la siguiente; 2002,18.870 documentos citados ,2008, 28.096 documentos citados ,2014, 34.593 documento para el 2020 el total fue de 18.728 documentos. Se puede observar que la evolución en nuestra área antes de la Pandemia había aumentado pero su progresión aún era lenta.

La investigación en Enfermería en Chile, por tanto, ha ido avanzando lentamente, y su desarrollo es aún incipiente, un artículo⁴⁹ que se remonta al IV Congreso de la Federación Panamericana de Enfermería de 1977 presentó en una de sus conferencias los factores que afectaban en ese momento la investigación en Enfermería en Chile y América Latina identificando entre ellos; la falta de equipos estructurados de investigación, el poco apoyo institucional, falta de recursos económicos, ausencia de tiempo para desarrollar la investigación y la poca formación en el área como los principales factores que impedían el desarrollo de la investigación en Enfermería, transcurrido el tiempo, se puede observar que aún se encuentran presente de acuerdo con lo evidenciado en el artículo de Barreras y Facilitadores que declaran enfermeras para desarrollar investigación en Chile⁵⁰.

Otro aspecto muy relevante que menciona el artículo⁴⁹ es que actualmente existe falta de reconocimiento investigativo en Chile hacia Enfermería por parte de los organismos financiadores que no consideran por separado el área de Enfermería, debiendo incluirse en el área biomédica o en otra para postular a fondos concursables. Esto ha llevado que las enfermeras participen en calidad de coinvestigadoras en un número importante de investigaciones con adjudicación de fondo con equipos formados por estamento médico⁴⁹, siendo el ámbito de estudio a desarrollar la mirada biomédica y no disciplinar de Enfermería, lo cuál no favorece la visibilidad de la enfermera investigadora ni sus avances.

Con todo lo anterior, se hace perentorio que desde la academia se formen a los nuevos profesionales fuertemente en la identidad de Enfermería con su eje disciplinar el cuidado como también en el desarrollo de la investigación desde su quehacer práctico uniéndolo con la teoría, como se ha mencionado anteriormente guiarlos durante su formación en la utilización de la investigación para la resolución de problemas en la práctica por medio de la EBE que ha mostrado fortalecimiento del rol de Enfermería³⁹.

En cuanto a lo formación que se plantea como factor limitante para el desarrollo de la investigación en Enfermería, actualmente, lo que se ha visto es que presentan una formación de pregrado en la temática que no es homogénea, ya que las instituciones formadoras deciden los créditos asignados y los paradigmas investigativos a enseñar a sus estudiantes. Algunas universidades optan por entregar el paradigma cualitativo a partir del posgrado, otras

universidades como la Universidad de Chile, enseña ambos paradigmas en el pregrado y desarrollan un proyecto investigativo, cumpliendo con todo el rigor metodológico y que culmina con el envío del proyecto a revistas de Enfermería para su eventual publicación.

Actualmente la investigación en Enfermería en Chile se concentra al igual que la investigación global, en el ámbito académico y en mucho menor escala en el ámbito clínico.

Una estrategia a proponer es considerar implementar en las instituciones de salud departamentos de investigación del cuidado a cargo de enfermeros formados en el ámbito investigativo y en EBE, que apoyen a los profesionales de Enfermería en el levantamiento de nuevos conocimientos que aporten al cuidado como también al uso de la evidencia en la práctica clínica.

Se debe analizar en profundidad las probables causales del escaso desarrollo investigativo entendiendo que todos los egresados son licenciados. Desde la academia debemos saber encantar desde pregrado. Los gobernantes deben valorar el nuevo conocimiento enfermero e implementar una unidad de investigación en cuidados y de EBE dentro del Ministerio de Salud, invertir en recursos humanos y económicos para incentivar el desarrollo y aplicación de la investigación en enfermería del país.

2.6.4 Barreras en Investigación en Enfermería

De acuerdo con lo presentado en el punto anterior, la investigación en Enfermería en Chile ha mejorado en algunos indicadores, pero aún está muy por debajo de la media⁴¹.

La investigación como se mencionó, es uno de los pilares en los que se sustenta la Enfermería; su desarrollo ha brindado nuevos conocimientos en diferentes ámbitos educación, administración, servicio, sanitarios y características del personal de Enfermería y sus roles³⁶. El desarrollo de la investigación en Enfermería permite afirmar que es una Ciencia. Sin embargo, a pesar de la relevancia conocida, aún no se ha logrado cumplir o ejercer el rol investigativo de las profesionales⁴³.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente; un estudio de tipo no experimental transversal descriptivo realizado en Chile buscó conocer los factores facilitadores y las barreras que

impiden el desarrollo de la investigación científica en el profesional de Enfermería, en donde se aplicó una encuesta en línea de un instrumento validado en España a un total de 71 profesionales de Enfermería de 7 hospitales de Santiago de Chile. Los resultados más relevantes mostraron que un 87,1% de los encuestados mostraron una actitud positiva hacia la investigación, un 45,7% cree tener conocimientos para investigar y un 80% declara no haber recibido formación de posgrado. Dentro de lo que podemos calificar como barreras, el 65,7% menciona la carga asistencial, mientras que un 72,9 % declaró no disponer del tiempo suficiente. Esto una vez más confirma la relevancia de la formación con piso base para llegar a lograr que los profesionales de Enfermería integren la investigación o la búsqueda de la evidencia en su quehacer frente al paciente⁵⁰.

En el siglo XXI es indispensable contar con una Enfermería que se adapte a los nuevos modelos de asistencia basados en la integración. Los cuidados otorgados apoyados en la evidencia científica se constituyen en el gran desafío.

La integración de la investigación como una acción más de los profesionales de Enfermería, debe ser apoyado desde las instituciones, promoviendo el espíritu investigativo dentro de una cultura y un ambiente que favorezca la EBE³⁹. La falta de soporte puede afectar el cambio desde diferentes ámbitos: acceso inadecuado a revistas de investigación y a fuentes de recopilación de directrices basadas en la evidencia, escasos conocimientos o erróneos acerca de cómo poner en práctica estos conocimientos basados en la investigación, carga de trabajo excesiva limitando el tiempo en la práctica sin permitir realizar modificaciones en los cuidados, autoridad limitada para cambiar la asistencia al paciente de acuerdo con los hallazgos de la investigación, apoyo escaso de los directivos de Enfermería y estamento médico para efectuar los cambios en la EBE, escasos recursos económicos y de personal para apoyar proyectos de investigación y cambios en la práctica basados en la investigación, bajo reconocimiento o estímulo para realizar práctica de EBE, al paciente, familia y comunidad.³⁹

La adquisición y transmisión de conocimientos en Enfermería se ha presentado de diferentes formas³⁹:

- Tradición
- Autoridad

- Préstamo
- Ensayo y error
- Experiencia personal
- Modelos de roles
- Intuición
- Razonamiento

Pero los métodos mencionados son inadecuados para proporcionar una base de conocimiento científico en las profesionales de Enfermería.

Con todo, en el siglo XXI la Enfermería debe proporcionar los cuidados haciendo uso de la investigación a través de sus diferentes métodos. La práctica de EBE es indispensable para prestar cuidados de calidad y seguro a la población, como ha quedado señalado al inicio de este **trabajo**.

2.7 Estrategias y Modelos para la implementación de la EBE

El traspaso del nuevo conocimiento teórico a la práctica con la finalidad que los resultados obtenidos brinden los cuidados de calidad que se espera; es la etapa de la EBE que puede significar un esfuerzo superior a los defensores de esta práctica. Como se ha estudiado por algunos autores, las personas poseen diferentes perfiles frente a un cambio y la influencia de la comunicación es relevante. Así lo demostró Everett Rogers, profesor de Psicología, quien desarrollo en 1962 la Teoría de Difusión de las Innovaciones⁵¹. Él observó que todos los individuos dentro de cada sociedad encajan en tipos o perfiles de acuerdo con cuán rápido adopten una idea o innovación, establece que si se desea difundir una idea se deben usar diferentes canales y mensajes de comunicación para cada uno de estos adoptantes.

Rogers describió su teoría⁵² de la siguiente manera: “Este modelo describe el proceso mediante el cual una *innovación* (definida como una idea práctica u objetivo percibido como nuevo por un individuo) es *comunicada* por medio de ciertos *canales* a través del *tiempo* a miembros de un sistema social. El modelo clásico especifica: 1) Los estudios en el proceso decisión-innovación y la importancia relativa de varios canales en cada uno de los estudios; 2) la forma en la cual las características percibidas de las innovaciones afectan su tasa de

adopción; 3) las características y el comportamiento de los adoptadores “tempranos” y “tardíos”; 4) el rol de los líderes de opinión en la difusión de innovaciones; y 5) los factores que intervienen en el éxito relativo de los agentes de cambio”. Su famoso modelo representado por una S explica cómo se difunde una innovación en función del “tipo” de público que la recibe en cada fase nombradas anteriormente (innovadores, primeros adoptantes, mayoría precoz, mayoría tardía y rezagados) tal como lo muestra la figura 2

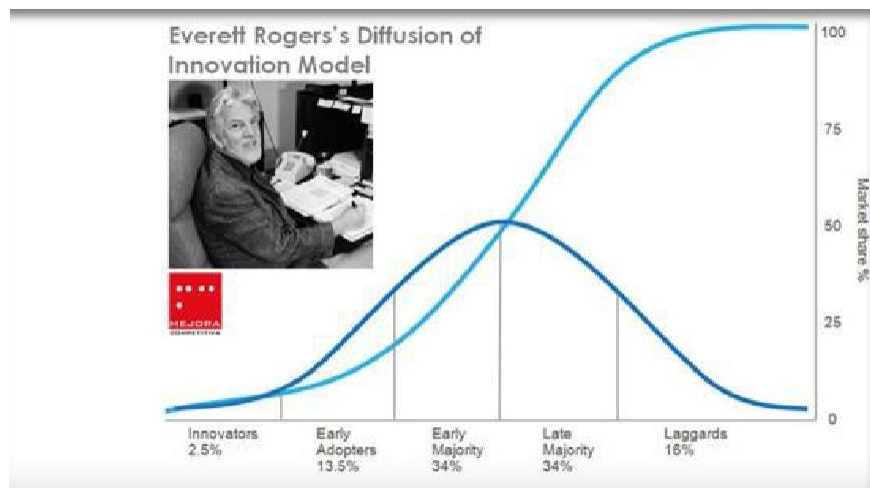


Figura 3: Modelo de Everett Rogers. <https://www.mejoracompetitiva.es/2014/10/4-aspectos-clave-para-que-tu-innovacion-triunfe-en-el-mercado/>

Estas fases consideran:

- ✓ Innovadores (2,5%) son los primeros en utilizar la innovación del sistema social. Se les caracteriza como aventureros, siempre ansiosos de experimentar nuevas tecnologías.
- ✓ Adoptantes iniciales (13,5%) calificados como respetables, líderes de opinión. Personifican el concepto de usar nuevas ideas con éxito y discreción. Adoptan la tecnología porque reconocen sus beneficios y no por la necesidad de tener referencias confiables. Son reconocidos como líderes capaces de influenciar la conducta de otros en el negocio.
- ✓ Mayoría Temprana (34%), son los deliberantes, ya que deliberan antes de acoger totalmente una nueva idea. Requieren tener referencias de experiencias exitosas antes de adoptar la innovación.

- ✓ Mayoría Tardía (34%), son los escépticos. Asumen un aire de desconfianza y cautela ante las innovaciones. Se sienten incómodos con la tecnología y les resulta indispensable la presión de sus congéneres para motivar la adopción.
- ✓ Rezagados (16%) que son los últimos en adoptar la innovación o simplemente la rechazan⁵¹.

Es este uno de los modelos más antiguos que se han utilizado como marco teórico para generar el cambio adoptando nuevas iniciativas en diferente ámbito, la mencionada Teoría de Difusión de las Innovaciones⁵¹⁻⁵³. Rogers con su teoría fue un gran impulsor en la investigación latinoamericana de la comunicación para el desarrollo rural en los años sesenta. Su teoría ha sido utilizada en diferentes áreas como el periodismo, el marketing y también para implementar la evidencia en la práctica.

Es interesante considerar esta teoría para adaptar los canales de comunicación a los diferentes perfiles de los profesionales del equipo de salud, de esta forma se podrá catalizar la adopción de la EBE.

Otro aspecto relevante en la implementación son las diferentes formas que tenemos de aprender los profesionales de Enfermería¹, Carper mantuvo que el “cuidado depende del conocimiento científico del comportamiento humano en salud y en enfermedad, de la opinión estética de experiencias humanas significativas, de una comprensión personal de la individualidad única de uno mismo y de la capacidad de seleccionar las opciones de las situaciones concretas que implican juicios morales”⁵⁴ y propuso los denominados Patrones de Conocimiento.

2.7.1 Patrones de conocimiento en Enfermería. Propuesta de Carper

Barbara Carper en 1978 propuso cuatro formas de conocer que son propias de la Enfermería⁵⁴

- 1) **Empírica o ciencia de la Enfermería:** con sus expresiones teóricas científicas, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos.
- 2) **Ética o conocimiento moral de la Enfermería:** expresiones de teorías éticas, códigos normatividades y estándares.

- 3) **Conocimiento personal:** expresado por sí mismo.
- 4) **Estético o el arte de la Enfermería:** manifestada por el acto artístico de cuidar, todos estos denominados patrones de conocimiento de Enfermería.

2.7.2 Estudios de implementación de la EBE

Dado lo anterior, esta integración de nuevo conocimiento como la EBE se debe implementar considerando esta forma de proporcionar cuidados de calidad integrados y holísticos que requiere una mirada más completa del conocimiento enfermero, por lo que se hace necesario completar la evidencia con la mirada del paradigma cualitativo.

La implementación de la EBE requiere de enfermeras motivadas para utilizar sus propias capacidades en las diferentes etapas del método, formando grupos de trabajo que busquen nuevos conocimientos para ser aplicados en la práctica. Es así como las enfermeras investigadoras se encuentran más preparadas para buscar, evaluar o crear la evidencia científica a través de sus propios estudios y la enfermera clínica se encuentra más preparada para utilizar los hallazgos de esa evidencia y evaluar su aplicación.

La implementación de EBE en el quehacer de los profesionales de Enfermería significa para muchos un gran cambio y es sabido que existen diferentes factores que pueden afectar y que son necesarios conocer. El estudio realizado por Dalheim y colaboradores⁴⁹ en un hospital universitario noruego con el objetivo de examinar los factores que influían en la implementación de la EBE, nos ayuda a visualizar algunos de ellos.

En este estudio se recolectaron 407 datos de enfermeras, utilizando la versión noruega del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en desarrollo (DEBP)⁴⁹ que incluye datos sobre diversas fuentes de información utilizadas para apoyo en la práctica, barreras potenciales para la EBE y sobre las habilidades auto declaradas en la gestión de la evidencia basada en la investigación. Se concluyó que las enfermeras utilizaron en gran medida conocimientos basados en la experiencia obtenidos de sus propias observaciones, a través de colegas y otros colaboradores para apoyo en la práctica. Rara vez se utilizaron pruebas de la investigación. Las mayores barreras fueron la falta de tiempo y la falta de habilidades para encontrar y manejar la evidencia de la investigación. La edad de la enfermera, el número de

años de práctica de Enfermería y el número de años transcurridos desde la obtención del último grado académico en el área de la salud influyeron en el uso de fuentes de conocimiento y en barreras auto informadas.

Las habilidades auto-reportadas para encontrar, revisar y usar diferentes fuentes de evidencia se asociaron positivamente con el uso de evidencia de investigación e inversamente relacionadas con las barreras en el uso de evidencia de investigación. El uso de conocimiento auto-experimentado se vio aumentado significativamente a: mayor edad de los enfermeros, con el mayor número de años de práctica de la profesión y con el mayor número de años desde la obtención del último grado académico en salud. Otro dato interesante encontrado fue la asociación positiva del uso de la investigación con la edad de la enfermera y el número de años de práctica de Enfermería, también declara una asociación estadísticamente significativa solo entre la evidencia de la investigación y la edad y entre las fuentes externas de conocimiento y el número de años de práctica de Enfermería⁵⁵. Con los datos aportados, proponen como estrategia que aquellos profesionales con mayor edad podrían actuar como facilitadores en el proceso de implementación.

Otros estudios han identificado una realidad diferente en relación con la edad y otras variables mencionadas. Así lo demuestra De Pedro-Gómez J⁵⁶, con su estudio cuyo objetivo fue “establecer el diagnóstico de los factores que los profesionales de Enfermería perciben como facilitadores para una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) en el Servicio de Salud de las Islas Baleares, con la utilización del instrumento EBPQ-19 (primera aplicación en España)⁵⁷ identificando posibles diferencias en función de las características de los : profesionales y de los entornos en que ejercen”, en un estudio observacional metacéntrico.

En este estudio participaron enfermeras pertenecientes a los Servicio de Salud de las Islas Baleares en 10 hospitales y 57 centros de Atención Primaria. Los resultados mostraron una masiva presencia de mujeres (82,5%), con una experiencia profesional de 14,15 años; el 78% perteneciente a los diferentes entornos hospitalarios y el 22% a atención primaria. En cuanto al grado de competencia profesional percibido por los profesionales para desarrollar EBE con una puntuación global significativa a los profesionales con menos experiencia frente al resto (p valor 0,032). En el examen de cada uno de los tres factores (Práctica, Actitud y Conocimientos y Habilidades) que conforman el EBPQ-19 mantienen las diferencias

significativas en los factores Actitud y Conocimientos. En cuanto al análisis global del EBPQ por categoría profesional hay una diferencia significativa (p valor $< 0,001$) a favor de los profesionales de Enfermería con funciones de gestión (supervisión y coordinación) sobre los clínicos, y la diferencia se mantiene para los tres factores.

En el análisis del entorno inicialmente se observa una mayor puntuación en Atención Primaria que en el ámbito hospitalario. La significación al comparar los tres factores que conforman el cuestionario con los cuatro entornos establecidos; hospitalario según el número de profesionales de enfermería en plantilla (>500 , de 300a 500, y menos de 300) y atención primaria para el análisis se reduce sólo al factor Actitud (p valor $< 0,001$)⁵⁶.

La EBE surge en el siglo XXI con mayor fuerza y demanda que otras competencias, requiere desarrollar habilidades principalmente del idioma inglés, utilización de internet y bases de datos, lectura de artículos científicos. Solis M.⁵⁸ lo demostró en su estudio cuyo objetivo fue “valorar el nivel de competencias en Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) de las enfermeras españolas y los factores que favorecen dichas competencias”, utilizando también el cuestionario validado al español por De Pedro y colaboradores EBPQ-19 junto con un cuestionario de evaluación de recursos de información científica.

En cuanto a los resultados, la puntuación media alta estuvo en el Factor Actitud (5,5) seguido del Factor Conocimientos y Habilidades (4,4) y del Factor Práctica (4,2). Desde el punto de vista de los factores que influyeron para tener una mayor competencia en aplicación de PCBE sus resultados se relacionaron con la frecuencia de lectura de artículos científicos, formación en EBE, saber buscar información científica en internet, tener el grado académico de Máster o Doctorado, y nivel de lectura de inglés alto. Factores relevantes para lograr con éxito la implementación de esta práctica.

En este mismo contexto Pérez y colaboradores⁵⁹ estudiaron las competencias sobre la EBE que presentaban las enfermeras españolas e iberoamericanas con participación en grupos de internet, aplicando a una muestra de 314 encuestadas dos instrumentos el EBPQ-19 y *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NW). Sus resultados fueron de una puntuación media para el total del cuestionario EBPQ-19 de 5,02 (IC 95%=4.89-5,14), sobre el máximo de 7. Las variables que mejor se asociaron significativamente con una mayor

competencia en la EBE fueron el nivel académico (p valor $<0,001$), la categoría profesional (p valor 0,001), el país de trabajo (p valor 0,001), la percepción del entorno de práctica (p valor 0,018) y las actividades relacionadas con la investigación (p valor $<0,036$). El grado de competencia presentado por la muestra fue moderado, con Actitud Positiva hacia EBE y puntuación intermedia para el Factor de Habilidades y Conocimiento. En cuanto a la percepción del entorno de Práctica influyó negativamente para el uso de la EBE.

Las competencias de los profesionales enfermeros frente al uso de la EBE son determinantes en servicios de alta complejidad, como los servicios críticos, dada las características de estas unidades en donde se considera como un instrumento valioso a implementar para brindar cuidados extremos de calidad que el entorno requiere⁶⁰.

En un trabajo realizado por Martínez y colaboradores⁶⁰, evaluaron las competencias de los y las enfermeras de cuidados intensivos y urgencia para integrar la EBE en los cuidados que otorgaban. Se encuestaron 110 enfermeras utilizando el cuestionario de práctica basada en la evidencia EBPQ-19, demostrando que los participantes tuvieron una puntuación media más alta hacia el Factor Actitud (5,42), seguido del Factor Conocimientos y Habilidades (3,61) y finalmente el Factor Práctica (3,40). Hubo diferencias estadísticamente significativas con el Factor Práctica (p valor 0,002), como también entre quienes contaban con otro título universitario y el Factor Conocimiento y Habilidades (p valor 0,014) y con aquellas enfermeras formadas en evidencia y cada uno de los factores: Actitud (p valor 0,025), Práctica (p valor 0,001) y Conocimiento y Habilidades (p valor 0,001). La conclusión del estudio es que las enfermeras de los servicios críticos mostraron actitudes positivas hacia la EBE y su uso para apoyar la toma de decisiones clínicas faltando la correlación entre esta actitud positiva y las puntuaciones medias bajas del resto de los factores del instrumento.

Los cuidados de Enfermería en la función asistencial hacia el usuario deben ser basados en estándares de calidad y esto tanto en el ámbito intrahospitalario como de Atención Primaria de Salud donde se desempeñan gran parte de los profesionales de Enfermería en el país.

Muchos estudios hacen referencia al ámbito clínico intrahospitalario. No obstante, en APS no hay mucho conocimiento al respecto. Algunos investigadores del tema como González Torrente⁶¹ en su trabajo titulado “Los factores que influyen en la incorporación de la evidencia

científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria” de tipo mixto, utilizó en la fase cuantitativa el instrumento EBPQ-19 en 377 enfermeras: los resultados obtenidos fueron diferentes a los estudios que han utilizado el mismo instrumento en el ámbito hospitalario; mostraron que el Factor Conocimientos y Habilidades tuvo mayores respuestas afirmativas, también diferencias significativas (p valor 0,008) se presentó a favor de las enfermeras coordinadoras sobre las enfermeras asistenciales para el Factor “Actitud”.

En cuanto a la variable “años de experiencia profesional” hubo diferencias significativas en la puntuación total del instrumento (p valor 0,018) siendo predominante y positivo en el factor Conocimientos y Habilidades en el subgrupo de 0-2 años. Esto puede representar una ventaja en el momento de implementar la EBE en atención primaria, con personal joven con conocimiento del tema.

En la implementación se deben considerar varios factores como los citados, el entorno, recursos, etc., y en la búsqueda de modelos que brinden respuesta a esta transferencia de la información a la práctica clínica. Se han generado varios de ellos que revisaremos a continuación, considerando que las estrategias de implementación se apoyan en tres factores determinantes y que se relacionan: 1) la motivación, 2) la acción 3) la organización⁶².

En la actualidad se habla de la Ciencia de la Implementación que surge como área de conocimiento interdisciplinar específica y diferenciada del resto de la investigación, con objetivos y propuestas propias⁶², tal como lo define *Science Implementation*⁶³: “el estudio de métodos para promover la integración de los resultados de la investigación y la evidencia en la política y la práctica de la salud”⁵⁷. Se trata de comprender el comportamiento de los profesionales de la salud y otros interesados como una variable clave en la captación sostenible, la adopción y la implementación de intervenciones basadas en la evidencia.

2.7.3 Modelos de implementación de la EBE

Se han generados modelos que ayudan a describir y a visualizar el proceso de implementación o traspaso de este conocimiento teórico a la práctica. Algunos de ellos son: Modelo de Iowa (1994)⁶⁴, Modelo de Stetler^{65,66} (1994), Modelo de Rogers^{51,67,68} (1995) y Modelo ACE Star^{69,70}. Cada uno de ellos compuestos por fases que permiten a los

profesionales realizar el proceso gradualmente. Una descripción de ellos es aportada por Alonso¹ de la siguiente manera:

- ✓ Modelo de Iowa: se utiliza el término *trigger* para designar los términos de alertas que describen los síntomas que indican que existe un problema o la necesidad de responder una pregunta. Los pasos para seguir son: realizar una búsqueda para dar respuesta a la pregunta, si no se encuentra una respuesta se plantea una investigación y los resultados se combinan con el conocimiento previo. De no ser posible la investigación, se consideran los estudios de casos, los juicios de expertos y los principios científicos para desarrollar una guía de EBE. La guía es probada, evaluada y revisada.
- ✓ Modelo de Stetler: consta de seis fases. Preparación en donde se identifica un estudio como respuesta al problema; validación se analiza la validez del estudio; evaluación comparativa; toma de decisión que mide la viabilidad y congruencia con la institución; traducción y aplicación que mira los detalles específicos de la aplicación práctica y evaluación, que implica medir y determinar los resultados.
- ✓ Modelo de Rogers: describe cinco etapas. Conocimiento, cuando las enfermeras aprenden de la investigación; persuasión se ve afectada por la velocidad de adopción de esta nueva propuesta; decisión, que implica la adopción o rechazo de la nueva propuesta; puesta en práctica, que incluye un plan detallado de su aplicación y confirmación compara un período de la evaluación y de reajuste o exclusión de la evidencia.
- ✓ Modelo ACE: es el modelo más reciente desarrollado por el *Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE)* de Texas. Cuenta con cinco etapas y tiene forma de estrella en donde cada punta indica cada una de las fases y que lleva a la transformación del conocimiento: descubrimiento del conocimiento o investigación original; síntesis o resumen de la evidencia donde toda información de varios estudios se convierte en una sola declaración; traducción en recomendaciones clínicas que se desarrolla a través de las guías; puesta en práctica o aplicación de las guías y evaluación, que mide los efectos del cambio en la práctica en términos de eficacia, de resultados de salud y del impacto sobre el estado de salud, la satisfacción y la economía.

A los anteriores debemos agregar:

- ✓ Modelo para “el cambio de la Práctica Basada en la Evidencia”.
- ✓ Modelo *Advancing Research and Clinical practice through close Collaborartion* (ARCC[©]) para la aplicación y sostenibilidad de la PBE.
- ✓ *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS).
- ✓ El modelo académico clínico (***Clinical Scholar Model***).
- ✓ El modelo de práctica de EBE del Johns Hopkins.

El modelo para “el cambio de la Práctica Basada en la Evidencia” es creado por Rosswurm y Larrabee en 1999^{70,71} y fue modificado en 2004, utilizó como elemento clave la formación de las enfermeras en investigación y su uso junto con la mejora de la calidad; consta de seis pasos: (1) valoración de la necesidad de un cambio en la práctica clínica; (2) localizador de la mejor evidencia; (3) análisis crítico de la evidencia; (4) diseño del cambio; (5) aplicación y valoración del cambio en la práctica clínica; e (6) Integración y mantenimiento del cambio en la práctica clínica. En cada etapa se desarrollan actividades específicas cuyo objetivo final es mejorar los resultados para los pacientes.

El modelo *Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration* (ARCC[©]) fue creado por Bernadette Melnyk en 1999⁷² está orientado a abarcar estrategias para el cambio individual y organizativo así como también la sostenibilidad de la prácticas basada en un mejor quehacer⁷⁰. Se compone del concepto de Valoración de la disposición organizativa, en el cual se le da un valor relevante al entorno para el logro del uso de la evidencia en la institución, con líderes de Enfermería y administrativos alineados en la EBE que impulsen el trabajo para aumentar la credibilidad y aplicación de esta herramienta para el cuidado de salud de las personas.

En segundo componente de este modelo son los Tutores de EBE que trabajan directamente con los profesionales para aplicar la EBE. Sus funciones principales son las de mantener este cambio en la cultura institucional, capacitador, estimulador y facilitador de la adquisición de este conocimiento en los profesionales de Enfermería. Otro aspecto relevante de este modelo es su valoración acerca de las convicciones de la utilidad de la EBE por los profesionales y

la capacidad de aplicarla, que miden con Escala de creencias de EBE. Con esto se espera que los profesionales de Enfermería cuenten con una sólida creencia en esta práctica para que su implementación sea exitosa.

El modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) reúne múltiples factores que pueden intervenir en la implementación de la evidencia en la práctica clínica y los presenta como un mapa conceptual involucrando a los individuos, equipos y organizaciones. Los tres elementos principales de este modelo son evidencia, contexto y facilitación. Su objetivo es orientar cada uno de sus factores hacia el nivel más alto para lograr una implementación exitosa^{70,73}.

Otro de los modelos desarrollado es el modelo académico clínico (*Clinical Scholar Model*), que fue creado para promover el espíritu y realización de la investigación en los profesionales de salud en el ámbito específico de la práctica clínica⁷⁰. Los componentes del modelo son la observación y reflexión, análisis y crítica, síntesis, aplicación y valoración, y difusión. La idea principal de este modelo es vincular el ámbito investigativo desarrollado desde la misma práctica asistencial formando grupos de académicos que formen a sus pares. El modelo de práctica de EBE de Johns Hopkins fue generado en esta institución, y es abreviado como Modelo PET. Fue generado en el *Johns Hopkins Hospital*, para la práctica basada en la evidencia de Enfermería, utilizando un proceso de tres pasos: P, pregunta de práctica; E, evidencia; y T, Traducción. Su objetivo es garantizar que los hallazgos de las últimas investigaciones y las mejores prácticas se incorporen de manera rápida y adecuada a la atención al paciente⁷⁴.

2.7.4 Modelo de implementación de la RNAO

Otro modelo o marco de implementación de la EBE es el que presentado por la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, Canadá (*RNAO*), que se basa en el marco del conocimiento por la acción de Graham del 2009 y colaboradores que contiene un círculo interno que representa cómo se genera este nuevo conocimiento, o la identificación de la

evidencia crítica y uno externo que representa el ciclo de acción con diferentes etapas para la implementación de este conocimiento a la práctica, consta de seis etapas⁷⁵:

- 1) Identificación del problema, revisar (selección del conocimiento).
- 2) Adaptación de las herramientas/recursos de conocimientos al contexto local.
- 3) Evaluación de los facilitadores y las barreras para la utilización del conocimiento.
- 4) Selección, adaptación e implementación de las intervenciones de implementación.
- 5) Monitorización de la utilización del conocimiento.
- 6) Evaluación de resultados.
- 7) Sostenibilidad de la utilización del conocimiento.

Este marco se aplica para la implementación de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas que la RNAO ha elaborado. Para esto, cuenta con un *kit* de herramientas que facilita este traspaso tanto en el ámbito clínico como en el académico. La RNAO menciona que es “un proceso dinámico e iterativo en lugar de lineal, en cada fase es esencial la preparación para las siguientes fases y la reflexión sobre las fases anteriores”⁷⁵, tal como se presenta en la Figura 4.

GBP Herramienta de la RNAO: Proceso de Conocimiento para la Acción

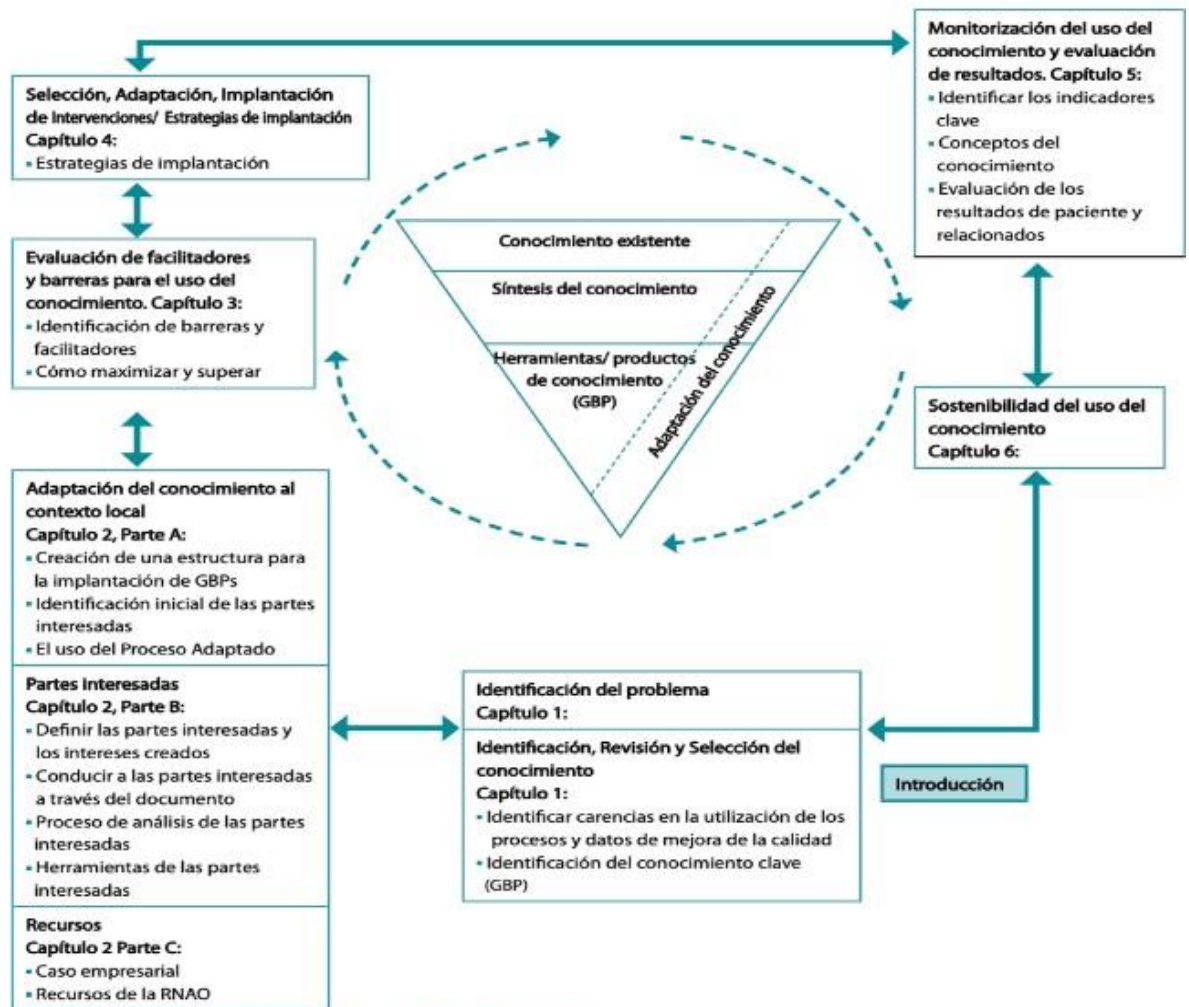


Figura 1: Marco de Conocimiento Para la Acción Revisado

Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by the Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con permiso.

Figura 4. Marco de Conocimiento para la acción. RNAO

Como parte de esta metodología se utilizan diferentes fuentes documentales, entre estas destacan las guías de práctica clínica establecidas por diversas instituciones y organizaciones⁶² dedicadas a buscar la excelencia en los cuidados de Enfermería, como es el caso de RNAO con su proyecto de Implementación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) que se ha extendido desde el 2011 mundialmente. En España participan la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Instituto de Salud Carlos III, Investén-isciii), y el Centro Colaborador Español del Instituto

Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia. Actualmente el programa se encuentra en 500 organizaciones de servicios de salud e instituciones académicas en Ontario, Canadá. A nivel mundial cuenta con 881 organizaciones académicas y de servicios de salud y con 10 entidades anfitrionas para formación local del programa.⁵ En Chile este programa lleva once años de trayectoria iniciándose en el ámbito académico y clínico. El Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile ha sido pionero a nivel mundial⁷⁶ desarrollando un programa específico para la implementación en el plan de formación tanto de pregrado como postítulo de EBE con la incorporación de las Guías de Buenas Prácticas y actualmente es una entidad anfitriona para la asociación canadiense. Tiene a su cargo la función de formar nuevos centros comprometidos con los cuidados de excelencia desde la academia.

En diciembre del 2017 el Ministerio de Salud de Chile firmó el convenio con RNAO y hasta la fecha ha implementado el programa de Guías de Buenas Prácticas Clínicas en seis hospitales públicos a nivel nacional⁷⁷. El 2018 después de varios años de gestión y superando dificultades firmó convenio también con esta entidad el Hospital Clínico de la Universidad de Chile⁷⁸ sumándose como una nueva institución lo que ha permitido fortalecer el aprendizaje a los estudiantes de nuestra casa de estudio al ver una consistencia entre lo enseñado en la cátedra y la aplicación práctica de este conocimiento.

Por su parte, el Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, como primera unidad académica a nivel internacional, ha formado una universidad en Portugal y otra en Colombia y en su rol de anfitrión, actualmente cuatro universidades más a nivel nacional para la implementación en el plan de formación de la EBE apoyado con estas guías del cuidado de la RNAO.

2.7.5 Aspectos comunes de los Modelos

Todos estos modelos tienen en común la relevancia que se le asigna a la investigación como parte primordial en la práctica clínica de las enfermeras, así como también coinciden en

varios pasos. Graham y colaboradores, después de revisar los modelos publicados hasta esa fecha, identificaron los siguientes aspectos comunes⁷⁰:

- Identificación de un problema que necesita abordarse.
- Identificación de participantes o personas interesadas que ayudarán a hacer que ocurra el cambio en la práctica.
- Identificar un cambio de práctica profesional que haya mostrado eficacia mediante investigación de alta calidad diseñada para abordar el problema.
- Identificar y, si es posible, abordar las barreras potenciales para el cambio de práctica.
- Usar estrategias eficaces para difundir la información acerca del cambio de práctica a aquellos que la aplican.
- Aplicar el cambio de práctica.
- Valorar el impacto del cambio de práctica sobre los parámetros de estructura, proceso y resultados.
- Identificar actividades que ayudarán a mantener el cambio en la práctica profesional.

Todos estos modelos tienen en común ser una guía para brindar respaldo en la toma de decisiones basados en la evidencia para los profesionales de la salud. Otros autores⁷⁹ los han agrupado en tres áreas temáticas:

- 1) PBE. Utilización de la investigación y Procesos de Transformación del Conocimiento.
- 2) Teoría del cambio estratégico / organizacional para promover la captación y adopción de nuevos conocimientos.
- 3) Intercambio de conocimientos y síntesis para la aplicación y la investigación.

Una de las limitantes que presentan algunos de los modelos anteriores para ser implementados en Chile es que la mayoría de ellos parten de la base que los profesionales de Enfermería ya dominan la investigación científica y la herramienta de la EBE, para la aplicación práctica. Tomando en cuenta esta variable, entendemos pertinente plantearnos el diseño de un modelo que responda a la situación y contexto chileno.

Otro aspecto interesante a mencionar en relación con los modelos citados es que han sido dirigidos a la aplicación en la práctica profesional en el ámbito hospitalario y no tanto desde

la formación de los futuros profesionales ni del ámbito de la Atención Primaria en Salud, dos ámbitos que deben ser considerado para el modelo de implementación nacional.

2.8 Contexto y Sistemas de Salud en Chile

De acuerdo con lo enunciado anteriormente, analizar los aspectos del entorno nacional como los que se presentan a continuación, nos permitirá visualizar el escenario al cual nos enfrentamos para la implementación de la EBE.

Revisaremos el sistema de salud en Chile, que se remonta desde el primer establecimiento de salud en Chile, el Hospital San Juan de Dios, que fue fundado en 1552 por orden del rey Carlos V de España.

La creación y crecimiento de las ciudades a lo largo del país, también implicó el desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina, que hasta la fecha sólo habían estado a cargo de los sistemas locales, como por instituciones de tipo filantrópicas, caritativos o de beneficencia⁷⁵.

Diferentes hitos han marcado al sector salud desde esos inicios hasta los tiempos actuales algunos de ellos se presentan a continuación en tabla 4

Tabla 3.Cronología del desarrollo del Sistema de Salud de Chile

Año	Hitos relevantes
1805	Se inicia vacunación a nivel nacional ⁹ .
1808	Primera campaña de difusión a nivel nacional del proceso de inmunización, por parte de la Junta Central de Vacunas ⁹ .
1832	se crea la Junta de Directores de Hospital y Casas de Expósitos ⁹ .
1842	Se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, comenzando así la medicina propiamente tal en Chile a través del estudio de las enfermedades endémicas existentes y el mejoramiento de la higiene pública y doméstica ⁹ .
1886	Creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia cuyo

	objetivo era ordenar las organizaciones y hospitales locales, brindarles una unidad administrativa a los establecimientos sanitarios ^{9,80} .
1887	Creación de la Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en materias de Salud Pública ^{9,80} .
1891	Se entrega a las municipalidades de las comunas la responsabilidad de la higiene pública y el estado de sanitario ⁹ .
1892	Se renombra la Junta General de Salubridad como Consejo de Higiene Pública manteniendo su objetivo de asesoramiento al gobierno en material de Salud Pública ^{9,80} .
1917	Se crea el Consejo Superior de Beneficencia, cuyo objetivo es dar unidad técnica a todos los hospitales del país ^{9,80} .
1918	Se publica el primer Código Sanitario ⁹ .
1924	Se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Se organiza la Caja de Seguro Obrero para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez y muerte ^{9,80} .
1925	Surge la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros ⁹ .
1937	Comienza la distribución gratuita de leche a los menores de dos años ⁸⁰ .
1938	Se dicta la ley de Medicina Preventiva ^{9,80} .
1942	Se crea la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (Protinfa) ⁹ . Se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) que cubría a los empleados del sector público y particulares ^{9,80} .

El Ministerio de Salud en Chile fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N° 25 de 1959 nace de una reestructuración de los ministerios realizada en 1927 donde se creó el Ministerio de Bienestar Social, encargado de las tareas de coordinar salud, de fiscalizar la aplicación de las leyes sociales, caja de previsión y otros temas de seguridad social. En 1932 pasa a llamarse ministerio de Salubridad Pública y en 1953 cambió de nombre a Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. En 1958 se crean las mutuales de Seguridad para la

protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo. En 1959 se divide el ministerio de Salud Pública y Previsión Social creándose el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile⁹.

El sistema de salud chileno está compuesto de dos sectores, público y privado. El sector público cubre aproximadamente al 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) (creado entre los años 1973-1979), por medio del Sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS) con la red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria (creado 1980) cubren el 70% de la población nacional. El 3% está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante lo componen trabajadores independientes y sus familiares que no cotizan en el Fondo Nacional de Salud y que en caso necesario utilizan los servicios de este sector^{8,9}.

Por su parte, el sector privado lo componen las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) creadas en 1981 y proveen servicios en instalaciones privadas como también en públicas, cubriendo el 17,5 % de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. Una fracción de la población que dispone de mayores recursos acude a los servicios privados de atención de salud pagando directamente^{8,9}.

En Chile existen mutuales, instituciones privadas encargadas de la prevención de riesgos de los servicios y tratamiento de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la primera fundada en 1958. En la actualidad existen tres; su objetivo de atención es exclusivo para accidentes de trabajo en enfermedades profesionales de los trabajadores afiliados (no incluye a los familiares) y representan el 15% de la población^{8,9}.

Existe el Régimen General de Garantías en Salud que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas que se tradujo, en 2005, en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 85 problemas de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA y diabetes⁸.

2.8.1. Niveles de atención de Salud en Chile: en Chile existen tres niveles de atención de Salud:

Atención Primaria:

Atención básica y preventiva que ofrece el servicio público, está conformado por los centros de salud familiar (CESFAM), consultorios, centros comunitarios de salud familiar o mini consultorios, postas rurales y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Atención Secundaria:

Los establecimientos que pertenecen a este nivel brindan atención ambulatoria como los centros de referencia de salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y otros centros de especialidades.

Atención Terciaria:

La atención terciaria está conformada por los establecimientos hospitalarios:

- Hospitales Tipo 1 de alta complejidad. Cuentan con 4 especialidades básicas de la medicina (medicina, cirugía, pediatría y obstetricia), enfermería y la totalidad de las subespecialidades.
- Hospitales Tipo 2 de alta complejidad. Cuentan con 4 especialidades básicas de la medicina, enfermería y sólo algunas de las subespecialidades.)
- Hospitales Tipo 3 de mediana complejidad. Cuentan sólo con las 4 especialidades básicas y enfermería.
- Hospitales Tipo 4 de baja complejidad. Tienen medicina familiar y enfermería, y poseen camas indiferenciadas para adultos y niños.

El Sistema de Salud en Chile al estar compuesto por un sector público y otro privado refleja dos escenarios diferentes para el desarrollo investigativo y para la implementación de la EBE, tanto desde el punto de vista de la gestión como de la distribución de recursos humanos y económicos, siendo más restringido en el ámbito público en donde existe un marco normativo

y político establecido en la década de los ochenta que no permite realizar grandes cambios o reformas para favorecer el financiamiento, distribución del recurso, fortalecer el desempeño⁷¹ a pesar de los diferentes partidos políticos que han gobernado el país, no se ha modificado lo suficiente y los recursos continúan siendo insuficientes para brindar respuestas a las demandas de atención actual. Esta investigación nos proporcionará el uso de EBE en el ámbito de Atención Primaria como atención terciaria del sistema público de Salud.

CAPÍTULO 3 ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBE). REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los profesionales de Enfermería tienen una responsabilidad con la ciencia y la sociedad. La capacidad de utilizarla para guiar la generación de conocimiento disciplinar y la gestión del cuidado, es un sello distintivo que debería ser parte de la práctica profesional. Para esto la investigación en Enfermería es una herramienta valiosa que permite transformar la propia realidad en el contexto de los cuidados de la salud.

La EBE, que es considerada por algunos autores⁸¹ como un nuevo paradigma de investigación, tiene sus orígenes en los años 70 en la Medicina Basada en Evidencia (MBE) y en su evolución ha pasado por diversos nombres, como Práctica Basada en Evidencia (PBE), entre otras, dependiendo de las conceptualizaciones dadas por diferentes autores⁸¹ y en diferentes momentos.

La EBE es una herramienta declarada como un indicador de calidad; su utilización reduce la brecha entre teoría y práctica en la aplicación de los cuidados, presentando beneficios para las personas, las instituciones y a los países; acorta el tiempo hospitalario, lo cual repercute en un retorno más temprano a la vida familiar y una mejor calidad de vida para los pacientes. De esta forma, la institución indirectamente se beneficia al disminuir el gasto sanitario y la pronta integración a la actividad laboral, que contribuye también a una mayor producción a nivel país. Por lo tanto, los beneficios que otorga la utilización de EBE movilizan a muchos actores⁸¹.

La utilización de la investigación por parte de Enfermería se establece claramente con el uso de la EBE en la práctica clínica. Este concepto, que nació hace más de 20 años en países como Reino Unido, Estados Unidos y Canadá⁸¹, ha recorrido un largo camino hasta la fecha. Revisar en profundidad la temática permitirá conocer la evolución y actualizar los nuevos conceptos, por lo que el objetivo de este trabajo es identificar y analizar la evidencia científica sobre la historia y definición de EBE, su desarrollo, función, elementos facilitadores y barreras para su implementación. Todo esto facilitará identificar las estrategias para avanzar

en la utilización de esta herramienta, en aquellos países de Latinoamérica que aún no han integrado este cambio en la forma de aportar cuidados de salud.

3.1.1 Metodología. Revisión de Alcance

Se desarrolló una revisión bibliográfica de alcance, o *scoping review*, siguiendo los pasos recomendados por el Instituto Joanna Briggs, (JBI)⁸².

Las revisiones de alcance, o también llamadas “revisiones de mapeo” o “estudios de alcance” pueden usarse para mapear los conceptos claves que sustentan un área de investigación, así como para aclarar definiciones de trabajo y/o los límites conceptuales de un tema. Se realizan como una etapa previa a una revisión sistemática. También las *scoping review* se pueden efectuar para examinar y aclarar áreas amplias con el fin de identificar brechas en la evidencia, aclarar conceptos clave e informar sobre los tipos de evidencia que abordan e informar la práctica en un área temática⁸². Como es definida por Crilly y colaboradores 2010⁸² “el valor de las revisiones de alcance para la práctica basada en la evidencia radica en el examen de un área más amplia para identificar brechas en la base de conocimiento de investigación”.

El trabajo presentado, por tanto, es una revisión de alcance. Con el fin de brindar rigor metodológico se sistematizó siguiendo los pasos propuestos en el Manual de revisión de JBI, apoyado en el marco de revisión de alcance propuesto por Peter y colaboradores en 2015⁸² según Tabla 4:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- Definir y alinear el / los objetivo / s y la / s pregunta / s. 2.- Desarrollar y alinear los criterios de inclusión con el /los objetivo /s y la /s pregunta /s 3.- Describir el enfoque planificado para la búsqueda de evidencia, selección, extracción y gráficos. 4.- Buscando la evidencia 5.- Seleccionar la evidencia 6.- Extrayendo la evidencia 7.- Trazando la evidencia (opcional) 8.- Resumiendo la evidencia en relación con el /los objetivo /s y la /s pregunta /s 9.- Consulta de científicos de información, bibliotecarios y / o expertos (en todo momento) |
|---|

Tabla 4. Manual de JBI. Pasos de revisión bibliográfica (Peter y cols.)⁸²

3.1.1.1 Definir Objetivos

Los objetivos de esta revisión bibliográfica son:

- 1.- Identificar la evidencia científica para conocer el concepto, historia, desarrollo y función de la EBE.
- 2.- Analizar críticamente esta herramienta, sus elementos facilitadores y barreras para su implementación.

3.1.1.2. Desarrollar Criterios de inclusión alineados con la pregunta y objetivos

Criterios de Inclusión: Artículos sobre EBE, su origen, etapas del proceso, barreras y elementos facilitadores, así como competencias de los profesionales de enfermería para su aplicación.
--

Criterios de Exclusión: EBE aplicada en forma específica con prestación de algún determinado cuidado.

3.1.1.3.- Planificación de búsqueda, selección, extracción y gráficos.

Se planificó efectuar búsqueda en las principales bases de datos, Pubmed, EBSCOhost, Scopus, Science Direct, utilización de Tesoros, operadores booleanos y palabras claves que se relacionaron con los objetivos de la revisión.

3.1.1.4. Buscando la evidencia.

Para lograr el primer objetivo, en la estrategia de búsqueda se emplearon las palabras claves “Medicina Basada en la Evidencia” y “Enfermería Basada en la Evidencia”; el segundo de los términos se ha identificado también con términos del *Medical Subject Heading* (MeSH), del Tesoro y de la literatura. “Evidence-Based Nursing”. Se utilizaron operadores booleanos “AND” y “OR”. Posteriormente se incorporó en la caja de búsqueda el término MeSH “History” para filtrar y obtener artículos que nos permitieran el mapeo del proceso histórico de la utilización de la herramienta.

Para cumplir el segundo objetivo, se utilizaron los términos MeSH “Barrier Evidence Based Practice Nursing, Implementation. Más adelante se incluyeron los términos MeSH y operador booleano AND “Evidence Based Nursing”[MeSH]and“Professional Competence”[MeSH] ,como se muestra en la figura 5.

Se consideró el rango de tiempo desde 1997 y 2019, dado que los primeros inicios de EBE se remontan a esta fecha⁸³. Se incluyeron artículos en inglés, español.

Se elaboró una matriz de evidencia que incluyó: títulos de los trabajos, autores, referencias, bases de datos, *keywords*, tipo de artículos/ estudios, niveles de evidencia.

Para los niveles de evidencia se consideró la clasificación *Canadian Task Force on Preventive Health Care*. (CTPFCHC) (Tabla 6).



Figura 5: Términos clave empleados en la búsqueda bibliográfica

Objetivo 1



Términos vinculados al concepto EBE

- 1.1 “Medicina Basada en la Evidencia”
- 1.2 Uso de operador booleano OR
- 1.3 “Enfermería Basada en la Evidencia”



Términos MeSH
“Evidence-Based Nursing”

- 2.1 Uso de operador booleano “AND”
- 2.2 Incorporación término MeSH “History”

Objetivo 2



Términos vinculados a las barreras y facilitadores

- 1.1 “Barreras y facilitadores de Enfermería Basada en la Evidencia”



Términos MeSH
“Barriers” “Implementation”

- 2.1 Uso de operador booleano “AND”



Fuente: Elaboración propia

Además, se utilizaron otras estrategias de búsqueda: por medio de búsqueda manual de la lista de referencias de los artículos seleccionados (técnica de bola de nieve) con un total de 6 estudios relevantes.

3.1.1.5. Seleccionando la evidencia.

Como resultado de la primera búsqueda para responder al objetivo 1 “Identificar y analizar la evidencia científica para conocer el concepto, desarrollo y función de la Enfermería Basada en la evidencia”, utilizando el lenguaje natural, se obtuvo un total de 163.074 artículos, distribuidos en las diferentes bases de datos, tal como se muestra en la figura 5. Después de utilizar el término MeSH “*Evidence- Based Nursing*” además del operador booleano AND y la palabra MeSH “*History*” los artículos totales obtenidos fueron 1.178. Se aplicó el criterio de exclusión citado, se eliminaron los artículos repetidos y finalmente se seleccionaron un total de 18 artículos, tal como se muestra en figura 6. Principalmente los tipos de estudios obtenidos fueron revisiones narrativas, reflexiones y un estudio cuantitativo.

En cuanto a las barreras y elementos facilitadores para la utilización de la EBE se realizó una búsqueda con los términos MeSH “*Evidence based nursing and barriers*” con lo que se obtuvo un total de 7.196 artículos distribuidos en las diferentes bases de datos consultadas tal como se muestra en la figura 7 luego se realizó una segunda búsqueda incorporando “*and*” “*implementation*” reduciéndose el número de artículos totales. Como criterios de exclusión se consideró las barreras y facilitadores en el uso de EBE aplicados en forma específica con prestación de algún determinado cuidado. Se eliminaron los artículos repetidos y finalmente se seleccionaron 26 artículos que presentaban la información desde los diferentes paradigmas investigativos. Los diseños de investigación de los 26 estudios incorporados fueron cuantitativos (16), cualitativos (3), diseños de métodos mixtos (3), una revisión sistemática, dos revisiones integrativas (ver matriz de la evidencia). La mayoría son investigaciones primarias con una población de estudio del ámbito hospitalario en diferentes países como los Estados Unidos, España, Corea, Australia Arabia Saudí, China, Irán, Nigeria, Colombia, Chile, Irlanda.

Figura 6. Estrategias y resultados de la búsqueda bibliográfica: Tema Historia

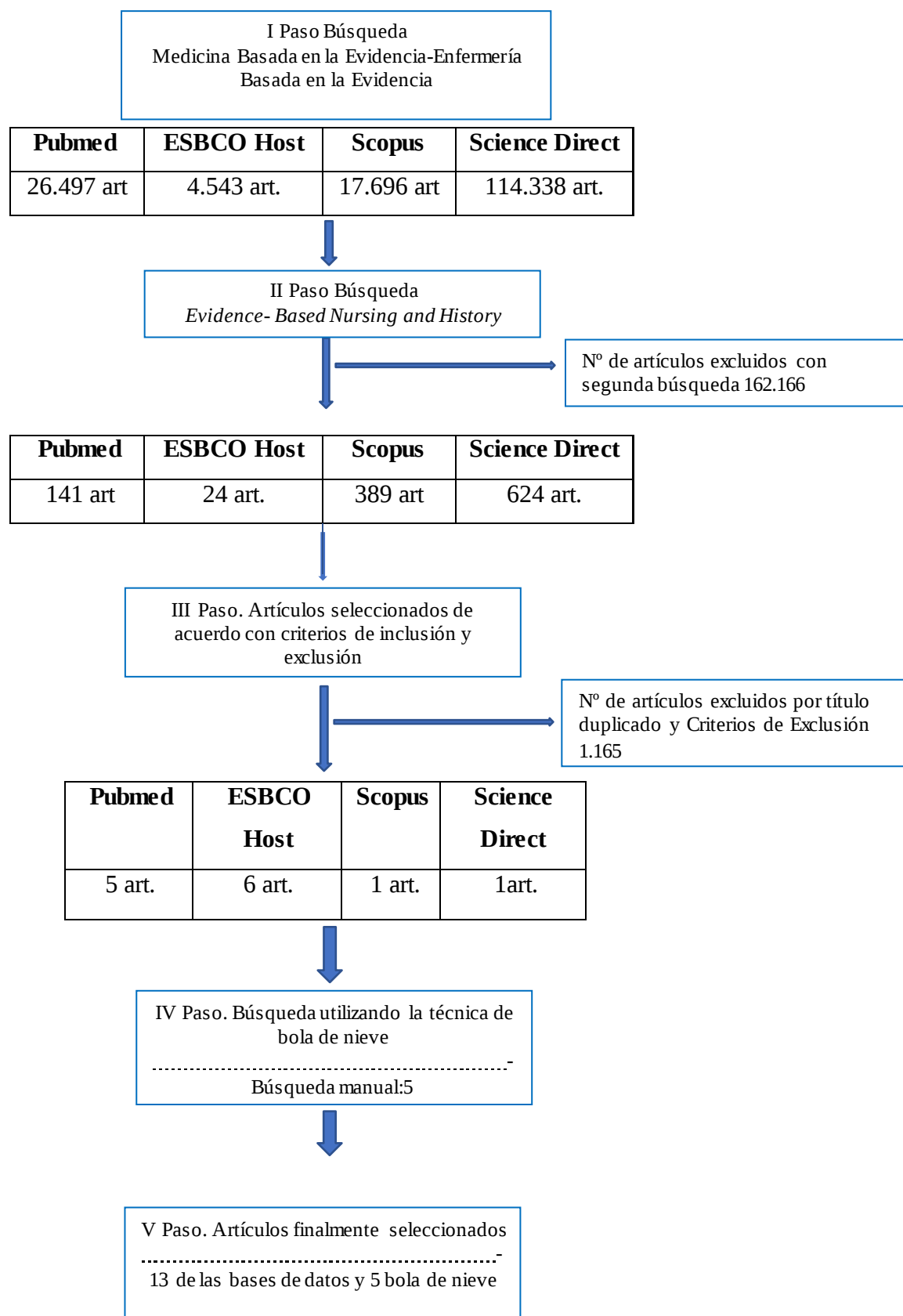
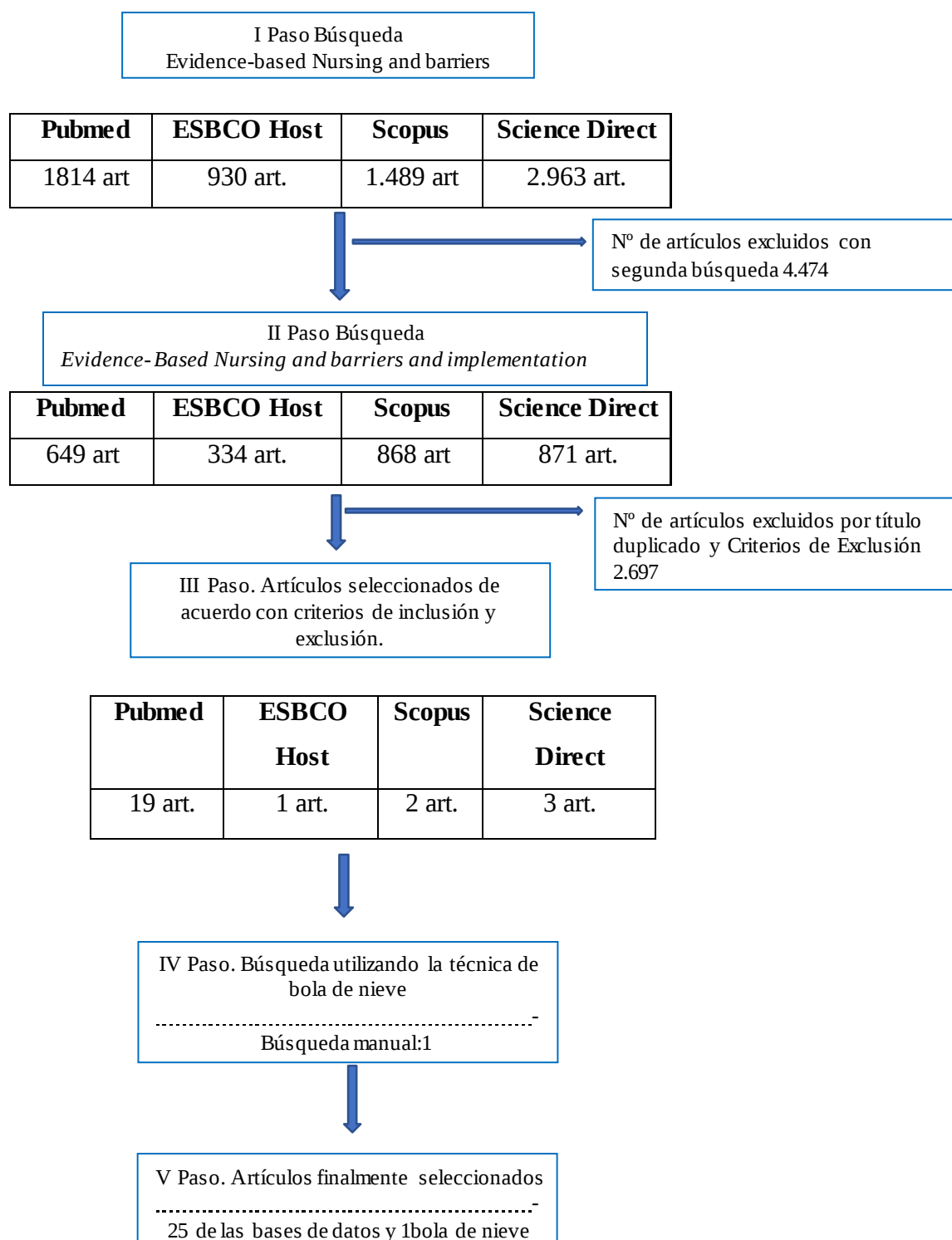


Figura 7. Estrategias y resultados de la búsqueda bibliográfica: Tema Barreras y Facilitadores



Para efectuar la lectura crítica, es decir, evaluar la validez interna, validez externa y el impacto de los resultados de los artículos de investigación seleccionados, se utilizaron las listas de verificación del *Clinicall Appraisal Skill Programame* en español (CASPE)⁸⁴, que cuenta con herramientas para efectuar la lectura crítica tanto en investigaciones cuantitativos como para estudios cualitativos. Son listas que cuentan entre 10 y 11 preguntas, con tres opciones de respuesta, SI -NO-NOSE. Se utilizaron listados de verificación de CASPE para la revisión sistemática y los estudios cualitativos, (Anexo1); y para los estudios observacionales se utilizó *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) (Anexo 2).

Para los niveles de evidencia se consideró la clasificación *Canadian Task Fortce on Preventive Health Care*. (CTPFCHC) (Tabla 5).

Nivel	Fuerza de la evidencia
I	Evidencias obtenidas al menos de un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma adecuada.
II.1	Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no aleatorizados y bien diseñados.
II.2	Evidencias obtenidas a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por más de un grupo de investigación.
II.3	Evidencias obtenidas mediante estudios comparativos de tiempo o lugar, con o sin intervención. Algunos estudios no controlados, pero con resultados espectaculares también pueden ser considerados en este grado de evidencia.
III	Evidencias Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Tabla 5. Fuerza de la evidencia según CTPFCHC: Fuente: Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTPFCHC)

3.1.1.6.Extrayendo la Evidencia

De la revisión bibliográfica realizada, se extrajeron los datos que corresponden a las siguientes grandes categorías: Historia (de MBE y EBE); el concepto y la función de la EBE; las etapas de uso de la Evidencia; y las barreras y facilitadores.

A continuación, se muestran los resultados de cada uno de ellos.

3.1.1.7. Trazando y resumiendo la evidencia: Resultados

Historia de la Evidencia en Salud- Medicina Basada en la Evidencia.

En relación con los orígenes varios artículos^{81,85-94} mencionan a Archibald Cochrane, epidemiólogo del Reino Unido, como uno de los precursores de este movimiento. En su libro, publicado en 1972 y titulado “Eficiencia y Efectividad de los sistemas sanitarios”⁸⁶, realiza una fuerte crítica al estamento médico por no utilizar la investigación para resolver los problemas de salud de la población. Su postulado era usar principalmente los ensayos clínicos controlados y randomizados como base para esta toma de decisiones clínicas, porque proporcionan la forma más confiable de evidencia.

Gracias al trabajo de Cochrane, su influencia y la necesidad de actualizar las revisiones sistemáticas de los Ensayos Clínicos Aleatorizados, se fundó el *Cochrane Center en Oxford*, Inglaterra en 1992 y un año más tarde se fundó la *Cochrane Collaboration* cuyo principal objetivo es ayudar en la toma de decisiones para las intervenciones sanitarias informadas con base en la mejor y más actualizada evidencia.

Otros autores⁸⁶ mencionan que en 1980 aparecieron las primeras publicaciones orientadas a revisar críticamente estudios publicados en revistas médicas en el *Canadian Medical Association Journal*. Un grupo de epidemiólogos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Mc Master publicaron una descripción del análisis correcto de la evidencia científica dando origen a lo que se llamaría posteriormente MBE⁸⁶.

Varios artículos revisados^{81,86,87}, mencionan que en 1990 Gordon Guyatt acuñó el término “Medicina Basada en Evidencia”(MBE) en un documento informal destinado a los estudiantes residentes de Medicina Interna de la Universidad de Mc Master, en Canadá. En este artículo Guyatt plantea un nuevo paradigma en Medicina, basado en la ciencia de la investigación clínica y superando el modelo tradicional apoyado en el conocimiento empírico⁸⁷.

En 1991 se utilizó por primera vez a nivel formal el término de MBE por Guyatt y rápidamente, de acuerdo con algunos autores⁸⁷, se extendió hacia otros ámbitos de la medicina. Cinco años más tarde (1996) se presenta la definición de MBE de Sackett quien afirmó que los profesionales de la salud deberían aplicar “el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales”^{81,86-89,92,93}. Pasados cuatro años, nuevamente Sackett modifica la definición para incluir a profesionales y pacientes en una conceptualización del término, que enfatizaba nuevamente la necesidad de integrar la mejor evidencia científica procedente de la investigación sistemática, junto a la habilidad y buen juicio obtenido de la experiencia clínica considerando además las preferencias y valores del paciente^{86,89}.

Historia de la Enfermería Basada en la Evidencia

Dentro de esta revisión, algunos artículos^{86,89} mencionan a Florence Nightingale como una de las precursoras de esta práctica, tanto por su experiencia en la guerra de Crimea como en su trabajo en el hospital en Scutari en Turquía. Su trabajo por mejorar los resultados del paciente a través de pruebas sólidas, influyó en la salud y los resultados del paciente^{86,89}.

Sí bien es cierto que el término Práctica Basada en Evidencia (PBE) o EBE como veremos más adelante, en el tiempo de Nightingale no existía, ella aportó pruebas de que, mediante el uso de la experimentación y una mirada crítica del cuidado, es posible influir en los resultados positivos para los pacientes. Tal como se mencionan en varios artículos de esta revisión^{86,89,94} Florence Nightingale fue una estadística apasionada, que usó un marco basado en la evidencia reflejado en mucho de sus escritos. Utilizó la recopilación sistemática de datos para explorar temas como la mortalidad diferenciada entre subgrupos de población, la atención brindada por enfermeras capacitadas o no capacitadas, el exceso de mortalidad después del parto, o el uso de la evidencia para guiar decisiones políticas. Una de sus preocupaciones, era compartir estos conocimientos, para lo cual intentó promover una cátedra denominada “Física Social” destinadas a quienes asistían a formarse en la Universidad de Oxford, la mayoría funcionarios públicos y políticos. Esto no fue entendido por las autoridades de la época, siendo rechazada su propuesta⁹⁴.

Junto con el concepto de MBE, se puede encontrar el concepto de Práctica Basada en la Evidencia (PBE), utilizada por otras profesiones de salud que la han adoptado como propia, tales como fisioterapia, audiología, logopedia, odontología, trabajo social entre otras ⁸⁹.

La Enfermería también se ha involucrado en esta forma de cuidado basada en la investigación, pasando a llamarse Enfermería Basada en la Evidencia. Países como Canadá, Estados Unidos y Reino Unido fueron los primeros en adoptar esta forma de efectuar la práctica clínica del cuidado científico. Sus primeros indicios se atribuyen a lo encontrado en la revisión “Estudios de cuidados de enfermería” del *Royal College of Nursing* del Reino Unido en la década de 1960. En este estudio, se evaluó la efectividad clínica, y se sugirió que los tratamientos efectivos se usaban incorrectamente, mientras que los tratamientos ineficaces a menudo se usaban con frecuencia⁹⁵. Los orígenes de la EBE en el ámbito académico parten de la Universidad de York en el Reino Unido, creando el primer centro de EBE cuyo objetivo fue unir la investigación y las necesidades de la práctica⁹². En 1997 se celebraron en Inglaterra las primeras conferencias sobre EBE^{92,93}.

De igual forma se afirma que en América del Norte, la División de Enfermería de los Estados Unidos proporcionó recursos económicos para financiar grandes proyectos para la utilización de investigación algunos, como WICHEN (Krueger 1997; Lindeman&Krueger 1997; Krueger, Nelson & Wolanin 1978)⁹⁵. A partir de esto, el uso de la investigación en Enfermería aumentó y las enfermeras investigadoras trabajaron para crear modelos para la utilización de esta investigación en la práctica. Algunos ejemplos que se mencionan son, el Modelo de Investigación en Práctica de Iowa (Titler y colaboradores 1994), o los Modelos de Investigación colaborativa (Default 1995) entre otros. También se inicia la divulgación de estas investigaciones por medio de la revista *Evidence-Based Nursing* publicada en 1998⁹⁵. Este movimiento de EBE, también motivó la creación de centros encargados de la síntesis de este nuevo conocimiento, derivado de las investigaciones de Enfermería, y es así como en Australia y Nueva Zelanda surge el Instituto Joanna Briggs y Centros Colaboradores (1996); en Reino Unido, el Centro de EBE de la Universidad de York (1996), y en Estados Unidos el Instituto Sarah Cole Hirsch (1998)⁹⁵.

Por otra parte, Canadá, cuenta con la primera publicación relacionada con la investigación en Enfermería en 1972 de la canadiense Helen Shore. Posteriormente en 1992, cuando surge el Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, se adopta el término de MBE. También se establecieron importantes agencias nacionales de financiamiento de la salud: en 1997 la Fundación Canadiense de Investigación de Servicios de Salud (CHSRF) y los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR) establecidos en 2000.

Una de las diferencias desde sus inicios entre EBE y MBE, dado el ámbito de desempeño como disciplina psicosocial en la Enfermería, es que su enfoque teórico no es sólo desde una mirada experimental, sino que la investigación de tipo cualitativa también debe ser incorporada. Autores como Popay plantean que ambos tipos de investigación son complementarios para Enfermería⁹².

Concepto y función de Enfermería Basada en la Evidencia

Varios autores desde sus inicios han dado definiciones para la EBE; Ingersoll en el 2000^{81,88} declara que la EBE es el “uso concienzudo, explícito y uso juicioso de la información basada en la investigación derivada de la teoría para tomar decisiones sobre la prestación de atención a individuos o grupos de pacientes que reflejan las necesidades y preferencias del paciente”.

Por su parte el Consejo Internacional de Enfermeras, define la PBE en Enfermería como “un enfoque de resolución de problemas para la toma de decisiones clínicas y evaluación, y valores de preferencia de los pacientes dentro de un contexto de la atención”⁸⁶.

También la *Canadian Nurses Association* (2002) afirma que la EBE se basa en la toma de decisiones y se utiliza para optimizar los resultados de los pacientes, mejorar la práctica clínica y garantizar la responsabilidad en la Enfermería⁸⁶. Ese mismo año en Granada, España en el marco de la primera reunión sobre EBE se adoptó una definición más amplia que menciona:

“La Enfermería Basada en la Evidencia es uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de

la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visibles perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”⁹².

Según Beyea y Slattery 2013, la EBE es un concepto amplio que tiene como objeto mejorar la seguridad del paciente, reducir los costos de atención médica y, en última instancia, proporcionar un marco que apoye la toma de decisiones en situaciones específicas del paciente⁸⁵.

Otra definición citada⁹⁶ de Muhdall menciona la EBE como “el cuidado concerniente a la incorporación de la evidencia de la investigación, expertez clínica y la preferencia de los pacientes dentro de las decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes en forma individual”.

En definitiva, y como resultado de la revisión del término “Historia” (de MBE y EBE); y del concepto y la función de la EBE, se señala que todas las definiciones ensalzan la importancia del uso de la evidencia científica en la toma de decisiones para lograr un cuidado de calidad. Algunas destacan, además, la necesidad de que el profesional efectúe un análisis crítico y reflexivo. Sin embargo, si bien todas las definiciones están orientadas a beneficiar a los pacientes con el uso de la investigación, no todas incluyen las preferencias de estos en el momento de la toma de decisiones.

Como se ha visto, estas definiciones nacen de la Medicina Basada en la Evidencia desde su mirada más positivista, pero se han ido adaptando hacia Enfermería, tal como lo refleja la definición elaborada en la Primera Reunión de EBE en 2002 en Granada, España, orientada bastante más al paradigma cualitativo.

En relación con lo mencionado, se podría pensar en una definición que se acercara más a la mirada integradora del cuidado que aportan los profesionales de Enfermería uniendo ambos paradigmas investigativos, considerando también lo mencionado por Ingersoll; lo relevante de hacer un uso consciente y juiciosos de la investigación científica llevándonos a

reflexionar, para no hacer de ella un uso sin conciencia y a la vez incluyendo al paciente en la toma decisiones, como protagonista de su cuidado.

Etapas del uso de la Evidencia

Para la aplicación de la MBE, algunos artículos^{85,97} mencionan cuatro etapas:

1. Formulación de una pregunta clínica.
2. Búsqueda en la literatura médica.
3. Análisis crítico de la evidencia.
4. Aplicación de los resultados.

Otra parte importante de artículos proponen cinco fases en el proceso de aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia, al igual que para EBE^{81,93,96-101}:

- **Elaboración de una pregunta estructura;** esta pregunta nace de la incertidumbre para la toma de decisiones^{87,99}. Las necesidades de información de la práctica se convierten en preguntas enfocadas y estructuradas^{99,100}. Se recomienda el uso del formato PICO cuyos componentes de la traducción inglesa son P: Paciente o problema a estudio, I: Intervención, C: Comparación, O: Resultados (*outcomes*)^{96,98-10}. Este primer paso del proceso es relevante puesto que las palabras utilizadas servirán de guía para la siguiente fase.
- **Búsqueda bibliográfica;** etapa en que el profesional de Enfermería por medio de una estrategia de búsqueda, se acerca a la mejor y más actualizada evidencia para resolver la pregunta estructurada. Se trabaja en las diferentes bases de datos. Como el nivel de información en la actualidad es elevado, se cuenta con revisiones sistemáticas y metaanálisis periódicas de los ensayos controlados aleatorizados, que han sido creadas para ayudar en esta búsqueda de los mejores resultados^{87,99,101}.
- **Análisis crítico;** en esta fase, el profesional de Enfermería debe ser capaz de valorar la calidad de los artículos que ha seleccionado previamente en la etapa de búsqueda,

desde diferentes aspectos; primeramente, si responde a la pregunta estructurada, si le es útil⁸⁷, si cumple desde el punto de vista del rigor metodológico investigativo, y si los artículos cuentan con la validez interna y externa deseada. Para ello, en la actualidad existen diferentes listados de verificación que guían al profesional con criterios establecidos ^{99,101}.

- **Implementación o transferencia de la evidencia a la práctica clínica**^{98,99}: Una vez obtenida y seleccionada la evidencia, esta debe ser llevada a la cabecera del paciente, es decir, llevar los resultados de la investigación a las instituciones, profesionales sanitarios y pacientes^{98,99}. Es una de las etapas más complejas debido a que implica trabajar con los pares para motivar el cambio en la atención de los cuidados, considerando las preferencias y creencias de los pacientes¹⁰¹.
- **Evaluación:** En esta última fase se trata de medir el efecto de los cambios que se realizaron para la práctica clínica, en relación con los cuidados prestados por el profesional de Enfermería. Se centra en los resultados y en el proceso, y puede incluir una auditoria⁹⁸. Esta fase permite la retroalimentación permanente entre la investigación y la clínica¹⁰¹.

Barreras y elementos facilitadores para implementar la Evidencia

Las barreras y elementos facilitadores para implementar la EBE han sido estudiados en diferentes países y diferentes continentes, sorprendiendo que muchas de estas barreras y elementos facilitadores se repiten y más aún se han perpetuado en el tiempo. Esto lleva a pensar que el desarrollo de esta herramienta para los cuidados no ha sido simultáneo a nivel mundial.

Uno de los artículos más citados data del año 2000¹⁰² y es mencionado en varios de las investigaciones consultadas. En él se aplica la Escala de Barreras de Funk y colaboradores (1991) en donde las barreras son clasificadas en cuatro tipos: marco, presentación, investigación y de la propia enfermera. Las barreras más significativas, para esta última, son que “no siente contar o tener la suficiente autoridad para cambiar los procedimientos del

paciente”, “los análisis estadísticos no son comprensibles”, “tiempo insuficiente” para implementar las nuevas ideas, menciona asimismo a los “directivos” que no favorecen la puesta en práctica de los resultados de la investigación y que “los resultados no son generalizables”.

El trabajo de Funk y colaboradores¹⁰², consistió en la creación y aplicación de la Escala de Barreras, instrumento que consta de 28 ítems y que se pueden agrupar en cuatro dimensiones: características del adoptante de la investigación (enfermero), características de la organización(entorno) , innovación de la investigación (investigación) , y característica de la comunicación de la investigación (presentación).Este cuestionario fue administrado a 5000 enfermeras pertenecientes a la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), e identificaron que las dos barreras más importantes fueron: “Falta de autoridad suficiente para cambiar los procedimientos del paciente” y “tiempo insuficiente en el trabajo para implementar nuevas ideas”.

Los facilitadores señalados en este artículo¹⁰² fueron “apoyo del gerente” “tiempo” y “apoyo de las colegas”, accesos a “resultados”, “capacitación y educación en investigación”, “oportunidad para estudios adicionales especialmente en investigación” y “mejorar la base de investigación de la enfermera en ejercicio”.

Por tanto, tras revisar la literatura, se pueden agrupar las barreras en tres grandes áreas:



Las barreras detalladas encontradas se muestran en la Tabla 6.

<u>De los propios profesionales</u>
Falta de conocimiento, conciencia, habilidades en la temática de EBE y evaluación de la evidencia^{92,103-117}.
Prácticas ancladas en la rutina, actitudes reacias e inmovilistas y carencia formativa en la práctica basada en evidencia^{92,103,108,109,117}.
La falta del dominio del inglés provoca una reducida referencia y lectura de artículos en este idioma denominado como aislamiento profesional¹¹⁸ esto es muy relevante en América Latina, como también en los países de Asia en donde se afirma que existe una escasez de replicación de evidencia en chino y esto ha significado una barrera para la implementación de la Enfermería Basada en la Evidencia en ese continente ¹¹⁸⁻¹²⁰.
Uso del pensamiento crítico y reflexivo¹¹⁹.
Falta de tiempo para leer la literatura¹²⁰.

<u>Organizacional</u>
Falta de tiempo y sobrecarga laboral^{101,106,107,112-115,120-124}.
Falta de financiamiento, dificultad en el acceso a fuentes^{100,105,108,109,110,112,115,117,119,122}.
Déficit de autonomía de las enfermeras^{92,101,102,115,117,118,121,122,124}.
Culturas obsoletas que no fomentan la innovación en los cuidados enfermeros^{103,108}.
Rotación y movimiento constante del personal¹²⁵.
Personal insuficiente^{109,120,125}.
Pocas o nulas oportunidades para la educación y capacitación EBP^{109,115,117,125}.
Falta de compromiso organizacional con el programa, especialmente a nivel ejecutivo^{92,104, 107,109,117,125,126}.

<u>Del entorno</u>
• Conducta de oposición de otros profesionales y pacientes y familiares¹⁰³.
• Falta de apoyo y liderazgo^{109,126}.
• Falta de comunicación entre los entornos de práctica académica y clínica^{117,126}.

Tabla 6. Barreras para la aplicación de EBE.(Elaboración propia)

En cuanto a los elementos facilitadores, la literatura revisada muestra que la implicación de los directivos en el proceso es relevante^{118,121,125-127}, así como las oportunidades de formación en EBE^{106,118,121,127}, un mayor desarrollo disciplinario (licenciatura, doctorado)^{114,118}, la creación de equipos de investigación, las organizaciones democráticas y de escucha, la construcción cultural^{110,118,121}, la facilidad en la diseminación y la puesta en práctica de los hallazgos, y el reconocimiento de los logros¹¹⁸. Comprender que la EBE mejora la atención al paciente y la mejora de la credibilidad de la Enfermería también es mencionado como un facilitador¹⁰⁹. Las funciones de gestión, como la edad más joven¹⁰⁶ fueron mencionados también como facilitadores del proceso de utilización de EBE, sin embargo, las enfermeras con más años de experiencia informaron un mayor uso y actitud positiva a EBE¹²³.

Con esta revisión de alcance, o *scoping review*, se han podido recoger los orígenes de la investigación para la toma de decisiones en Medicina hasta lo que actualmente se conoce como Epidemiología Clínica, base de la MBE. La mayoría de los artículos encontrados^{81,85-93} mencionan a Archibald Cochrane en 1972 como uno de los precursores de este movimiento. Si bien es Cochrane el que desencadena y motiva al estamento médico en el uso de la investigación para la toma de decisiones, algunos artículos^{81,86,87} mencionan también a Gordon Guyatt como quién finalmente acuñó el término de MBE.

Otro aspecto que se logra rescatar en esta revisión del tema es que, al menos en tres artículos, ^{86,89,94} mencionan a Florence Nightingale como una estadística que tuvo gran relevancia por el uso de la evidencia en salud, a pesar de que en esa época aún no existía el concepto. Los pasos que ha seguido la evolución de la EBE son coincidentes en los artículos revisados ^{92,93,95}, en los que se estable sus inicios en países como Canadá, Estados Unidos y Reino

Unido. Cabe destacar que sólo uno de estos artículos⁹⁵ atribuye los primeros indicios a un estudio de cuidados de enfermería del *Royal College of Nursing* del Reino Unido.

En relación con el concepto de EBE, las palabras que más se repiten en las definiciones citadas son; uso consciente, explícito y juicioso^{81,88,92}, toma de decisiones^{81,86,88}, preferencia del paciente^{81,86,88,96}. Esto último marcaría la diferencia con los resultados obtenidos en relación con la MBE. Posiblemente esto se deba a la integración del paradigma cualitativo que ha acercado la definición de EBE más hacia el eje disciplinar de Enfermería: el cuidado.

La EBE es una herramienta que permite a los profesionales de enfermería aplicar la mejor evidencia disponible para la resolución de problemas en la práctica clínica, en la gestión o en la academia. Para lograrlos, se identifican cinco etapas o pasos ya mencionados en la revisión^{81,93,96,98-101}, salvo dos artículos relacionados con las etapas del MBE que menciona cuatro pasos^{85,97}. Esta sistematización en el uso de la EBE puede facilitar su utilización, al proporcionar una guía útil, incluso para enfermeras noveles.

Al revisar la literatura en relación con las barreras y elementos facilitadores para el uso de la EBE, se puede observar que muchos de ellos han permanecido en forma transversal en el tiempo a pesar de los años que han pasado desde el inicio de este movimiento. Los que más se repiten afectan al propio profesional de enfermería: la falta de conocimiento, conciencia, habilidades en la temática de EBE y de evaluación de la evidencia^{92,102-116}; a nivel organizacional, aparecen la falta de tiempo y la sobrecarga laboral^{101,106,108,112-115,120-124}. Estas dos barreras sumadas a la falta de compromiso organizacional por parte de los ejecutivos^{92,104,107,110,117,125-127}, han sido relevantes para justificar el escaso desarrollo de esta práctica por los profesionales de enfermería.

Si bien los artículos revisados en su mayoría son investigaciones desde el paradigma cuantitativo, los estudios cualitativos encontrados identifican obstáculos para la incorporación de la evidencia que coinciden con los estudios cuantitativos: obstáculos relacionados con los propios profesionales, con el contexto social y con el contexto organizacional¹⁰³.

Es pertinente proponer, a la vista de estos resultados, que las barreras para la implementación de EBE deben ser abordadas también en la formación de los futuros profesionales y conocer cómo ellos la visualizan como parte de la práctica profesional a realizar. En este sentido, resulta interesante mencionar un artículo¹²² multi-país sobre las competencia auto-percibida de los estudiantes y las barreras para la práctica de EBE, que fue realizado con cuatro países: India , Arabia Saudita, Nigeria y Omán. Los resultados mostraron que las barreras mencionadas fueron: “no tener autoridad para cambiar las políticas de atención al paciente,” “publicación lenta de evidencia” y “escasez de tiempo en el área clínica para implementar la evidencia”, lo que concuerda en gran medida con la evidencia citada.

Los académicos deben estar preparados para este desafío en la formación, sin embargo, este estamento presenta también barreras para su enseñanza como: “falta de conocimiento, habilidad e inversión inicial” “cultura de enfermería jerárquica, orientada a reglas”; “sobrecargas potenciales del alumno en el procesamiento de la Práctica Basada en la Evidencia (EBP)” y “difusión y aplicación de investigación limitada”¹¹¹. Los facilitadores señalados fueron: tener clara la “importancia de la EBP para la profesión de enfermería”, la “colaboración en escuelas y hospitales” y la “educación continua en la enseñanza/utilización de EBP”¹¹¹.

El concepto de EBE encontrado en esta revisión, así como el análisis de sus orígenes, resaltan el valor de esta herramienta para la disciplina de Enfermería, identificando el camino que se ha recorrido en busca de los cuidados de calidad. Para impulsar la EBE, se hace necesario considerar las barreras y facilitadores, que permitan diseñar estrategias eficaces para su implementación, tanto en el ámbito asistencial, como docente y gestor. No se debe olvidar la importancia de realizar el cuidado a la cabecera del paciente y cultivar un cuidado enmarcado en todos los aspectos de la humanización de este. La formación permanente y actualizada a los profesionales de enfermería en EBE es la herramienta principal para lograr este cambio que brinda cuidados seguros y de calidad a la población, resultando clave el papel de las universidades para el logro de estas metas.

3.1.1.8. Matriz: Características de los estudios

Títulos	Autores	Referencias	Bases de datos	Key words	Tipo de estudio	Nivel de Evidencia
Historical Perspectives on Evidence-Based Nursing	Beyea SC1, Slattey MJ.	Nurs Sci Q. 2013 Apr;26(2):152-5.	PUBMED	clinical practice guideline, evidence-based nursing, evidence-based practice, research utilization	Revisión Narrativa	III
La medicina basada en evidencia en 1948: visión desde 2005.	Arturo Martí Carvajal	Gac Méd Caracas v.114 n.3 Caracas sep. 2006	PUBMED	Medicina-basada en evidencia. Ensayo clínico aleatorizado. Número necesario de pacientes a tratar. Tuberculosis. Estreptomycin.	Revisión de Ensayo Clínico	III
The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice	Mackey A, Bassendowski S.	J Prof Nurs. 2017 Jan - Feb;33(1):51-55.	Scopus	Education; Evidence-based nursing; Nursing history; Practice	Artículo Original	III
Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana.	Karla Sánchez Lara, Ricardo Sosa Sánchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba.	Medica Sur.Mexico. Vol. 14, núm. 1, Enero-Marzo 2007		Medicina basada en evidencias.	Revisión Narrativa	III
Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice	Scott K, McSherry R.	J Clin Nurs. 2009 Apr;18(8):1085-95.	PUBMED	Evidence-Based Nursing	Revisión Crítica en profundidad	III
Origins of Evidence-Based Practice and what it Means for Nurses	Emily J. Brower, MSN RN CEN. Rebecca Nemec, MSNRN	International Journal of Childbirth Education. (INT J CHILDBIRTH EDUC), Apr2017; 32(2): 14-18. (5p)	EBSCOhost CINAHL Complete	evidence-based practice, application to practice, history	Revisión y estudio de caso	III
Evidence -based practice. Evidence -based practice: the past, the present and recommendations for the millennium	Mazurek Melnyk Bernadette; Fineout Overholt, Ellen; Stone, Patricia; Ackerman, Michael	Associate Dean for Research, University of Rochester School of Nursing, Rochester, NY	EBSCOhost CINAHL Complete		Revisión Narrativa	III
Títulos	Autores	Referencias	Bases de datos	Key words	Tipo de estudio	Nivel de Evidencia
Evidence-based nursing offers certainty in the uncertain world of healthcare	Roy L. Simpson, RN, C, CCMA, FNAP, FAAN	Nursing Management, Oct2004; 35(10): 10-12. 2p. (Journal Article)	EBSCOhost CINAHL Complete		Revisión Narrativa	III
Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia.	María Teresa Alcolea Cosín, Cristina Oter Quintana, Ángel Martín García.	Nure Investigación, no 52, Mayo – Junio 11	OJS/CINAHL /EBSCOhost		Revisión Narrativa	III
Enfermería Basada en la Evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional.	Noe Ramirez - Elizondo	TY - JOUR AU - Enfermero, Máster AU - Enfermería, Doctor PY - 2011/01/01 SP - T1 - Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional VL - 32 ER	Researchgate	Evidencia, enfermería, investigación en enfermería, práctica de enfermería.	Revisión-Reflexión	III
Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing.	McDonald L.	Evidence Based Nursing (EVID	EBSCOhost. CINAHL Complete		Revisión Narrativa	III

		BASED NURS), Jul2001; 68-69. (2p)				
Thoughts on Evidence-based nursing and its science--a Canada perspective	Estabrooks CA	Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2004 2nd Quarter; 1(2): 88-91. 4p. (Journal Article)			Reflexión	III
Enfermería Basada en la Evidencia :qué es, sus características y dilemas.	Eugenia Urrea Medina , Carmen Retamal Valenzuela, Catalina Tapia Pinto, Magaly Rodríguez Vidal	Investigación Y Educación En Enfermería28.1 (2010): 108-18. Web	PUBMED	Investigación en Enfermería; práctica basada en evidencia.	Revisión Narrativa	III
La medicina basada en evidencia. Vision después de una década.	Luz María Letelier S Philippa Moore	Rev. méd. Chile v.131 n.8 Santiago ago. 2003	PUBMED	Clinical Medicine; Decision Support Systems, Clinical; Evidence based Medicine; Literature, modern	Revisión Narrativa	III
Títulos	Autores	Referencias	Bases de datos	Key words	Tipo de estudio	Nivel de Evidencia
Fases de la Práctica Basada en la Evidencia.	Maria Teresa Alcolea Cosín, Cristina Oter Quintana , Ángel Martín García .	NURE Investigation 01 July 2011, Vol.8(53) Web	CINHAL CUIDEN DIALNET DOAJ		Revisión Narrativa	III
La Evidencia Científica: Estrategia para la práctica enfermera.	María Teresa Icart Isern	ROL. Revista Española de Enfermería, 1999, vol. 22, num. 3, p. 185-190.Reproducció digital del document publicat en format paper. Sumaris a: http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub.php	Deposit Digital de la Universitat de Barcelona Recerca Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil Articles publicats en revistes (Infermeria de Salut Pública, Salut mental i Maternoinfantil)		Revisión Narrativa	III
Asking answerable questions-Evidence-Based Nursing	Kate Flemming, MSc, RGN	Evidence Based Nursing (EVID BASED NURS), Jul2001; 68-69. (2p)	BMJ Journal		Revisión Narrativa	III
Enfermería Basada en la Evidencia.Barreras y estrategias de implementación	ALDA ORELLANA YAÑEZ** y TATIANA PARAVIC KLIJN	CIENCIA Y ENFERMERIA XIII (1): 17-24, 2007	Scielo	Evidence based nursing, nursing research, barriers and strategies for implementation	Revisión Narrativa	III
Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland.	Kader Parahoo RMN BA(HONS) AdvDipEd PhD	J Adv Nurs. 2000 Jan;31(1):89-98.	PUBMED		Cuantitativo - Descriptivo	III
Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo	Inmaculada Sánchez-García, Isabel M. López-Medina y Pedro L. Pancorbo-Hidalgo	Enfermería Clínica 23.6 (2013): 279-83. Web.	Clinicalkey Journal	Práctica clínica basada en evidencias; Obstáculos; Enfermería;Cualitativo	Original breve /Cualitativo	III
Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice:	Jae Yong YooI, Jin Hee Kim, Jin Sun Kim, Hyun Lye Kim, Jung Suk Ki	PLoSOne. 2019 Dec 26;14(12): e0226742. doi: 10.1371/journal.pone.	PUBMED		Cuantitativo-Descriptivo	III

The first step to creating an evidence-based practice culture		0226742. eCollection 2019.				
Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study	Naji Alqahtani, Kyeung M, Panagiota Kitsantas.	J Clin Nurs. 2020 Jan;29(1-2):274-283. doi: 10.1111/jocn.15097. Epub 2019 Nov 26	PUBMED	Saudi Arabia; attitudes; evidence-based practice; implementation; knowledge; nurses	Cuantitativo-Correlacional	III
Títulos	Autores	Referencias	Bases de datos	Key words	Tipo de estudio	Nivel de Evidencia
Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review.	Li S1, Cao M, Zhu X.	Medicine (Baltimore). 2019 Sep;98(39):e17209. doi: 10.1097/MD.00000000000017209.	Scopus	community nurse, evidence-based practice, literature review, nurses, systematic review	Revisión Narrativa	III
Nursing Managers' Perspectives on the Facilitators and Barriers to Implementation of Evidence-Based Management.	Hasanpoor E1, Siraneh Belete Y2, Janati A3, Haghgoshayie E1.	Worldviews Evid Based Nurs. 2019 Aug;16(4):255-262. doi: 10.1111/wvn.12372. Epub 2019 Jun 3.	Scopus	barriers; evidence-based management; evidence-based nursing; facilitators; nursing managers' perspective	Cuantitativo-Descriptivo	III
Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review.	Fernanda Carolina Camargo I, Helena Hemiko Iwamoto I, Cristina Maria Galvão II, Gilberto de Araújo Pereira I, Raymann Benzi Andrade I, Giovanna Crispim Masso I	Rev Bras Enferm. 2018 Jul-Aug;71(4):2030-2038. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0617.	EBSCOhost .CINAHL Complete	Enfermería Basada en Evidencias; Práctica Clínica Basada en Evidencias; Hospitales; Enfermeras Clínicas; Investigación en Enfermería.	Revisión Integrativa	III
When east meets west: a qualitative study of barriers and facilitators to evidence-based practice in Hunan China.	Wendy Gifford1,2*, Qing Zhang3, Shaolin Chen3, Barbara Davies1,2, Rihua Xie4,5, Shi-Wu Wen6,7 and Gillian Harvey8,9	BMC Nurs. 2018 Jun 20; 17:26. doi: 10.1186/s12912-018-0295-x. eCollection 2018.	PUBMED	Qualitative study, Evidence-based practice, Barriers, Facilitators, China	Cualitativa-Descriptiva	III
A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice.	Daphne C Duncombe MSc, RN	J Clin Nurs. 2018 Mar;27(5-6):1216-1226. doi: 10.1111/jocn.14168. Epub 2018 Jan 15.	PUBMED	Bahamas; barriers ; evidence-based practice; facilitators; nursing	Cuantitativo-Descriptivo	III
Títulos	Autores	Referencias	Bases de datos	Key words	Tipo de estudio	Nivel de Evidencia
Mixed Method Research Investigating Evidence-Based Practice Self-efficacy, Course Needs, Barriers, and Facilitators: From the Academic Faculty and Clinical Nurse Preceptors	Oh EG1, Yang YL2, Yoo JY3, Lim JY4, Sung JH5.	J Korean Acad Nurs. 2016 Aug;46(4):501-13. doi: 10.4040/jkan.2016.46.4.501.	PUBMED	Curriculum; Evidence based practice; Nursing faculties; Self-efficacy	Estudio Mixto	III
Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses'	Shaheen Majid, PhD; Schubert Foo, PhD; Brendan Luyt, PhD; Xue Zhang, MSc; Yin-	J Med Libr Assoc. 2011 Jul;99(3):229-36. doi:	PUBMED		Cuantitativo-Descriptivo	III

perceptions, knowledge, and barriers.	Leng Theng, PhD; Yun-Ke Chang, PhD; Intan A. Mokhtar, PhD	10.3163/1536-5050.99.3.010.				
Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital.	D.T. Ubbink, H. Vermeulen, A.M. Knops, D.A. Legemate, K. Oude Rengerink, M.J. Heineman, Y.B. Roos, C.J. Fijnvandraat, H.S Heymans, R. Simons5, M. Levi	Neth J Med. 2011 Feb;69(2):87-94.	PUBMED		Cuantitativo - Descriptivo	III
Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice.	Mary L. Koehn, Karen Lehman	J Adv Nurs. 2008 Apr;62(2):209-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x.	PUBMED		Cuantitativo - Descriptivo	III
Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran.	Adib-Hajbaghery M1.	J Adv Nurs. 2007 Jun;58(6):566-75. Epub 2007 Apr 17.	PUBMED		Cualitativa-Descriptiva	III
Barriers to evidence-based practice in primary care nursing--why viewing decision-making as context is helpful.	Thompson C1, McCaughan D, Cullum N, Sheldon T, Raynor P.	J Adv Nurs. 2005 Nov;52(4):432-44.	PUBMED		Estudio de caso y método mixto	III
Títulos	Autores	Referencias	Bases de datos	Key words	Tipo de estudio	Nivel de Evidencia
Barriers and facilitators to evidence-based nursing in Colombia: perspectives of nurse educators, nurse researchers and graduate students.	DeBruyn RR1, Ochoa-Marín SC2, Semenik S3.	Invest Educ Enferm. 2014;32(1):9-21. doi: 10.17533/udea.iece.v32n1a02.	PUBMED		Cualitativa-Descriptiva	III
Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia .	José Ramón Martínez Riera.	Enfermería Clínica 13.5 (2003): 303-08. Web.	Science Direct	Enfermería basada en la evidencia. Investigación. Barreras. Facilitadores.	Cuantitativo-Descriptivo	III
Mediating role of critical thinking disposition in the relationship between perceived barriers to research use and evidence-based practice.	SA, Song Y, Sim HS, Ahn EK, Kim JH.	Contemp Nurse. 2015;51(1):16-26. doi: 10.1080/10376178.2015.1095053. Epub 2015 Oct 12.	PUBMED	critical thinking disposition; evidence-based practice; nursing; research barriers; structure equation modeling	Cuantitativo-Descriptivo	III
Barriers to Implementation of Evidence Based Practice in Zahedan Teaching Hospitals, Iran, 2014	Mohammad Khammarnia,1 Mahsa Haj Mohammadi,1 Zahra Amani,1 Shahab Rezaeian,1 and Fatemeh Setoodehzadeh	Nurs Res Pract. 2015;2015:357140. Doi: 10.1155/2015/357140. Epub 2015 Mar 18.	PUBMED		Cuantitativo-Descriptivo	III
Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario. En un hospital universitario	Montserrat Gea-Sánchez	Enfermería Clínica 20.5 (2010): 313-14. Web.	Science Direct		Cuantitativo-Descriptivo	III
A Multicountry Study on Nursing Students' Self-	Labrague LJ, McEnroe-Petitte	Worldviews Evid Based Nurs. 2019	PUBMED	attitudes; competence;	Cuantitativo - Descriptivo	III

Perceived Competence and Barriers to Evidence-Based Practice.	D, D'Souza MS, Cecily HSI, Fronda DC, Edet OB, Ibebuike JE, Venkatesan L, Almazan JU, Al Amri M, Mirafuentes EC, Cayaban ARR, Al Yahyaei A, Bin Jumah JA.	Jun;16(3):236-246. Doi: 10.1111/wvn.12364. Epub 2019 Apr 25.		cultural implications; evidence-based practice; knowledge; multicountry research; nursing student; skills		
Evidence-Based Practice: Knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman.	Ali A. Ammouri, Ahmad A. Raddaha, Preethy Dsouza, Renu Geethakrishnan, Judith A. Noronha, Arwa A. Obeidat, Lina Shakman	Nurs Res Pract. 2015;2015:357140. Doi: 10.1155/2015/357140. Epub 2015 Mar 18.	PUBMED		Cuantitativo - Descriptivo	III
Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center.	Brown CE1, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D.	J Adv Nurs. 2009 Feb;65(2):371-81. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x. Epub 2008 Nov 27.	PUBMED		Cuantitativo - Descriptivo	III
Establishing and Sustaining a Culture of Evidence-Based Practice: An Evaluation of Barriers and Facilitators to Implementing the Best Practice Spotlight Organization Program in the Australian Healthcare Context	Greg Sharplin , Pam Adelson , Kate Kennedy , Nicola Williams , Roslyn Hewlett , Jackie Wood , Rob Bonner , Elizabeth Dabars and Marion Eckert	Healthcare (Basel). 2019 Nov 12;7(4). pii: E142. doi: 10.3390/healthcare7040142.	PUBMED	Health service evaluation; implementation science; evidence-based practice; best practice guidelines; program evaluation; nursing and midwifery	Estudio Mixto	III
El estado de la práctica basada en la evidencia en las enfermeras de Estados Unidos: implicaciones críticas para las enfermeras dirigentes y educadores.	Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L.	J Nurs Adm. 2012 Sep;42(9):410-7.	Epistemonikos/PUBMED		Estudios Descriptivo	III
Implementar evidencias e investigar en implementación: dos realidades diferentes y prioritarias	José María Rumbo Prieto, Ángel Alfredo Martínez Ques,	Enfermería Clínica 26.6 (2016): 381-86. Web.	Clinicalkey Journal	Investigación metodológica en enfermería; Práctica basada en la evidencia ;Garantía de la calidad de atención de salud; Atención de enfermería; Implementación de plan de salud.	Artículo Especial.	III
Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis	Amy Mathieson1, Gunn Grande2 and Karen Luker3	Prim Health Care Res Dev. 2019 Jan;20: e6. doi: 10.1017/S1463423618000488. Epub 2018 Aug 2.	PUBMED	community nursing; community/home care; evidence-based practice; implementation; systematic review	Revisión sistemática mixta	III

CAPÍTULO 4.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1. HIPÓTESIS

Las características sociodemográficas de los enfermeros del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile influyen en el grado de competencia en Enfermería Basada en la Evidencia

4.2. OBJETIVOS

4.2.1 Objetivo General

Identificar el nivel de competencias en Enfermería Basada en la Evidencia en las enfermeras/os del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile

4.2.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería de los servicios encuestados.
- Determinar el grado de competencia profesional percibido por los profesionales de enfermería para desarrollar una Práctica Clínica Basada en la Evidencia a nivel Terciario y Atención Primaria.
- Determinar los factores sociodemográficos que predicen el grado de competencia profesional percibido por los profesionales de enfermería para desarrollar una Práctica Clínica Basada en la Evidencia en los diferentes ámbitos de atención.
- Enunciar una propuesta inicial de modelo para la implementación de EBE de acuerdo con los resultados a nivel nacional.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio.

El trabajo se realizó desde el paradigma de la investigación cuantitativa definida por Grove y colaboradores (2016) como un proceso sistemático, riguroso, objetivo y formal para generar una información numérica acerca del mundo.

El diseño del estudio fue observacional, transversal descriptivo correlacional predictivo que corresponde a examinar las relaciones existentes entre las variables; y el examen de estas relaciones se efectúa a diferentes niveles, según que se trate de: (i) explorar relaciones entre variables, (ii) verificar la naturaleza de las relaciones que existen entre las variables, o (iii) verificar modelos teóricos. (Fortín, 1999).

5.2. Ámbito del estudio.

La población objeto de estudio estuvo formada por las Enfermeras/os que trabajaban durante el período de estudio en los servicios del ámbito hospitalario y Atención Primaria Salud, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte Público de Chile.

Las instituciones públicas del Servicio de Salud Metropolitano Norte que contaban con convenio con el Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile eran: el Hospital Roberto del Río, el Hospital San José, el Instituto Nacional del Cáncer, el Hospital Comunitario de Til Til y los centros de salud de la Ilustre Municipalidad de Recoleta y la Ilustre Municipalidad de Independencia. A continuación, se presenta una breve descripción de cada una de estas instituciones.

Hospital Roberto del Río

El Hospital de Niños Dr. Roberto del Río es un establecimiento de Salud Asistencial Docente que forma parte de la Red Sanitaria de Chile y específicamente del Subsector Público y tal como su nombre lo indica, su especialidad es la atención médica de la población infantil del país con orientación a la alta complejidad.

Hospital San José

El Complejo Hospitalario San José, forma parte de la Red de Atención del Servicio de Salud Metropolitano Norte, se encuentra conformado por el Centro de Diagnóstico y Terapéutico “Dra. Eloísa Díaz” y por el Hospital San José.

Establecimiento de alta complejidad, brinda atención a los adultos y recién nacidos, provenientes preferentemente de las comunas de Independencia, Recoleta, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Lampa, Colina y Til Til. Es centro de derivación, con atención médica y de especialidades quirúrgicas, dentro las cuales se cuenta con: Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, entre otras.

Posee una dotación de 557 camas, de diversa complejidad: agudas, básicas mediana complejidad y críticas, la mayor parte de ellas indiferenciadas a fin de garantizar su distribución en función de la demanda y apuntando a contar con el recurso adecuado al riesgo dependencia del usuario. Este centro asistencial, cuenta además con Unidades de Emergencia de Adultos y Gineco-Obstétrica.

Instituto Nacional del Cáncer-Hospital del Cáncer

El Instituto Nacional del Cáncer presta atención integral al usuario, contando para ello con profesionales especialistas en el área oncológica. Es un Centro de Referencia Nacional, nuestros pacientes provienen en un 30% del Servicio de Salud Metropolitano Norte y en un 70% de otros Servicios de Salud. No existe otro establecimiento público de alternativa Para la atención integral oncológica el Instituto cuenta con:

- **Consultorio Adosado de Especialidades:** destinado a la atención ambulatoria de sus pacientes a quienes brinda consultas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- **Servicios de Hospitalización:** una dotación es de 94 camas distribuidas en los Servicio de Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Braquiterapia y Pensionado.
- **Programa de Cuidados Paliativos y Terapia del Dolor:** presta atención integral a los pacientes en etapa terminal, incluyendo la visita domiciliaria.
- **Rehabilitación:** presta atención en la especialidad de kinesioterapia y fonoaudiología a los pacientes del Instituto, posibilitando de esta manera su reinserción en la vida familiar y laboral.

El Instituto es un centro formador de la especialidad oncológica a nivel de pre y posgrado. Recibiendo alumnos de las distintas universidades del país.

Hospital Comunitario de Til Til

El Hospital Comunitario de Til Til es un hospital tipo 4 con enfoque de salud familiar, que atiende a los beneficiarios de la comuna. Es un establecimiento de salud Urbano-Rural que brinda servicios de Atención Primaria de Salud. Cuenta con un Servicio de Atención de Urgencia, una Unidad de Hospitalizados y un Policlínico Adosado.

Ilustre Municipalidad De Recoleta

El DFL que dio vida legal a la comuna de Recoleta se publicó en el *Diario Oficial* del 17 de mayo de 1981. Hasta diciembre de 1991 su territorio era administrado por las Municipalidades de Conchalí y Santiago. Ese año se crea la Municipalidad de Recoleta, la que a partir del 1 de enero de 1992 se hace cargo de la administración de la comuna. La comuna posee una superficie de 16 km² y una población de 148.220 habitantes, de los cuales 75.906 mujeres y 72.314 hombres. Recoleta acoge al 2,45% de la población total de la región. Un 100,00% corresponde a población urbana.

Centros de Salud

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) realizan prestaciones orientados a la atención de cada uno de los miembros de las familias de la comuna, según la etapa del ciclo de vida en el que se encuentren. Allí serán atendidos por equipos médicos y personal de la salud que cubrirán las necesidades de atención para todo el grupo familiar. Los centros correspondientes son: CESFAM Quinta Bella, CESFAM Dr. Juan Petronovic, CESFAM Dr. Patricio Hevia y CESFAM Recoleta.

Prestaciones Básicas de Atención de Salud en Atención Primaria según Decreto N° 82 de 2013:

- I. Programa de Salud del Niño.
- II. Programa de Salud del Adolescente.
- III. Programa de la Mujer.
- IV. Programa del Adulto.
- V. Programa del Adulto Mayor.
- VI. Programa Salud Oral.

Ilustre Municipalidad de Independencia

Independencia es parte de las 34 comunas que componen la ciudad de Santiago de Chile. Es parte de la provincia de Santiago, que pertenece a la Región Metropolitana de Santiago.

Independencia acoge al 1,08% de la población total de la región y un 100% de su población es urbana. Es, por otra parte, la tercera comuna más envejecida de la Región Metropolitana, sólo superada por las comunas de Providencia y Ñuñoa. A lo anterior se suma, que la comuna corresponde al 8% de las comunas con un Índice de Adulto Mayor superior a 100, índice éste que es uno de los principales indicadores de envejecimiento demográfico.

Establecimientos que dependen del Departamento de Salud

- Centro de Salud Familiar Dr. Agustín Cruz Melo
- Centro de Salud Familiar Juan Antonio Ríos

5.3. Población de estudio

5.3.1. Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión: Enfermeros de servicios del ámbito hospitalario y Atención Primaria Salud en el Servicio de Salud Metropolitano Norte Público que poseen convenio con Departamento de Enfermería.

Criterios de exclusión: Enfermeros que no rellenan el consentimiento informado

5.3.2. Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia.

5.3.3. Tamaño Muestral

El universo estuvo compuesto por un total de 654 enfermeros de acuerdo con las páginas de transparencia de cada servicio, su distribución se muestra a continuación en la tabla 8.

Tabla 7. Distribución enfermeros por instituciones.

ÁMBITO	Nombre Instituciones	Nº de Enfermeros
Atención Especializada	Hospital Roberto del Río	151 enfermeros
	Hospital San José	337 enfermeros
	Instituto Nacional del Cáncer	85 enfermeros
Atención Primaria	Establecimientos de Atención Primaria	
	Hospital Comunitario de Til Til	38 enfermeros
	Municipalidad Independencia	
	CESFAM Juan Antonio Rio	9 enfermeros
	CESFAM Agustín Cruz Melo	9 enfermeros
	Municipalidad Recoleta	
	CESFAM Recoleta	11 enfermeros

	CESFAM Juan Petrinovic	3 enfermeros
	CESFAM Quinta Bella	7 enfermeros
	CESFAM Patricio Hevia	4 enfermeros

Se ha realizado el cálculo del tamaño muestral para un intervalo de confianza del 95% una heterogeneidad del 50% y un margen de error del 5%, obteniéndose un N= 243 sujetos.

5.3.4. Variables del estudio

La variable de resultado principal del estudio fue la competencia de los profesionales en Práctica Clínica Basada en la Evidencia, definida como “El proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas utilizando la mejor evidencia de la investigación disponible, sus preferencias experiencia y pacientes clínicos” (LoBiondo-Wood & Haber, 2006). Para ello se aplicó el cuestionario EBPQ-19, a través de sus tres factores: “Práctica” “Actitud”, “Conocimientos /Habilidades”, validado en España, para las otras variables se aplicó un documento ad hoc.

5.3.4.1. Características socio demográficas.

Edad, sexo, lugar de trabajo, servicio, años de egresado, años de experiencia laboral total, años de experiencia laboral en esta institución, tipo de contrato, funciones primordiales, uso y razones de utilización internet, nivel académico. (Tabla 7).

5.3.4.2. Variables de Formación:

Tipo de formación en PBE: Formación en EBE último dos años.

Realización Búsqueda Bibliográfica.

Conocimientos actualizados en investigación: Asistencia a congreso en el último año (Tabla 8).

Tabla 8: Operacionalización de las variables

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores /valor asignado
Institución	Nombre de reconocimiento servicios de salud	Hospital del Cáncer Hospital Roberto del Rio Hospital San José Atención Primaria	Cualitativa Nominal del 1-4
Unidad	Nombre reconocimiento interno propio de cada institución	Gestión del cuidado Docencia U. Coronaria. Hemodinámica Cirugía Emergencia Urgencia. Medicina. Crom. Cuidados Paliativos Intermedio Radioterapia IAAS Esterilización Especialidad Médicas BQT UCE MQ Traumatología Pabellón Urología Poli-Urología Poli traumatología Poli Dental Quemados UPC UPC Cardiovascular S. Mental Pediatría Patología mama Abastecimiento Medicina Nuclear Endoscopia	Cualitativa Nominal del 1-35

		Oncología Some. Quimioterapias	
Edad	Años vividos	Ninguna	Cuantitativa Continua De 23 a 70 años
Sexo	Nombre de acuerdo con género	Mujer Hombre	Cualitativa Nominal. 1 2
Años Egresado	Años de término de carrera	Ninguna	Cuantitativa Continua De 0 a 40 más
Años Experiencia laboral	Años trabajados	Ninguna	Cuantitativa Continua De 0 a 40 más
Años de Experiencia laboral en la institución	Años trabajados en esa institución	Ninguna	Cuantitativa Continua De o a 40 más
Tipo de Contrato	Acuerdo privado, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre una materia o cosa determinada. (Art.7 Código del Trabajo)	Planta Contrata Honorarios	Cualitativa Nominal. 1,2,3.
Tipo Actividad	Acciones que realizan los profesionales de enfermería en su quehacer diario en la actividad asistencia.	Gestión – Clínica – ambas	Cualitativa Nominal. 1,2,3.
Uso internet	Uso de red de computadoras que se encuentran interconectadas a nivel mundial para compartir información	Si No	Cualitativa Nominal. 1,2
Motivo usos internet	Razones que presentan los profesionales de Enfermería en la utilización de internet	Personales Profesionales Para Búsqueda Profesionales y Personales Profesionales y búsqueda Todas Personal y búsqueda	Cualitativa Nominal. 1,2,3,4,5,6,7.

Máximo grado académico	Distinción dada por alguna institución educativa después de concluir un programa de estudio	Licenciada Diplomada Especialista Magister Doctorado	Cualitativa Nominal. 1,2,3,4,5
Formación EBE	Capacitación en contenidos relacionados con EBE	Capacitación últimos dos años	Cualitativa Nominal. 1,2
Conocimiento búsqueda bibliográfica	Capacitación en actividad que se realizan con la finalidad de localizar documentos relacionados con un tema específico.	Saber realizar búsqueda bibliográfica Si No	Cualitativa Nominal. 1,2.
Actualización divulgación científica		Asistencia a congreso en el último año.	Cualitativa Nominal. 1,2.

5.4 Instrumentos de medida.

Las competencias de los profesionales de Enfermería en la práctica clínica basada en la evidencia se evaluaron con ayuda de la versión española del “*Evidence-Based Practice Questionnaire*”(EBPQ) (Upton y Upton,2006). Este cuestionario consta de 19 ítems, estructurados en tres factores: Práctica (6 ítems), Actitud (3 ítems) y Conocimientos y Habilidades (10 ítems) de los profesionales ante una Práctica Clínica Basada Evidencia (PCBE). Cada ítem puntúa de 1 a 7, siendo 1 el valor menos favorable y el 7 el más favorable en términos de competencia en aplicación de PCBE. El rango de la escala oscila entre 19 y 133 puntos.

En este estudio se utilizó la puntuación del 1 al 7 para la presentación de resultados.

La versión española ha sido validada con un estudio multicéntrico por profesionales de Enfermería de toda la Comunidad Autónoma de Andalucía y de Murcia de la práctica clínica y sin formación previa en atención sanitaria basada en la evidencia, de todos los centros sanitarios tanto hospitalarios como de atención primaria por De Pedro-Gómez y colaboradores (2009). Según estos autores, desde el punto de vista de la validez, el modelo

de tres factores del EBPQ presenta una solución factorial que explica el 73,65% de la varianza total.

Por lo tanto, el cuestionario validado por De Pedro-Gómez y colaboradores, sigue siendo válido y fiable al aplicarlo en muestras heterogénea (participantes del estudio) confirmando las propiedades psicométricas del instrumento.

Para su utilización en este estudio, se estableció contacto previamente con los autores vía correo electrónico. Posteriormente se ha procedido a una validación lingüística, con el objetivo de adaptar el enunciado de los ítems, de ser necesario al castellano utilizado en Chile. En efecto el instrumento se encuentra validado al castellano español, entendiendo que pudiera existir un doble significado para una misma palabra, para ser utilizado en Chile, se ha efectuado una validación lingüística en la que participaron cuatro académicos y tres enfermeras asistenciales, sin encontrarse una variación significativa en el significado de las palabras. Por lo tanto, para este estudio, el instrumento mantiene los mismos enunciados que el instrumento original de Pedro-Gómez y colaboradores (2009) que puede encontrarse en el anexo nº3.

Por su parte, para evaluar el resto de las variables, se ha desarrollado un cuestionario ad-hoc con 15 preguntas. En el anexo nº 4 pueden encontrar este instrumento.

5.5 Procedimiento de recogida de datos

En el caso del presente trabajo se utilizó fuentes primarias correspondientes a los enfermeros de los servicios pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte Santiago de Chile; para tomar contacto con la fuente se desarrollaron los siguientes pasos:

- Se solicitó a la unidad de convenios de campos clínicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el listado de las instituciones del Servicio Metropolitano Norte que a la fecha se encontraban con convenios vigente con el Departamento de Enfermería de esta institución.

- Se envió carta formal al director del Servicio de Salud Metropolitano Norte adjuntando resumen del Proyecto y resolución de aprobación del Comité de Ética, solicitando carta de respaldo, lo cual es respondido favorablemente.
- Vía email se tomó contacto con los directores de los hospitales y jefes de los departamentos de salud de las respectivas Ilustres Municipalidades, en forma paralela se envía correo a las directoras de enfermería de cada una de las instituciones. El contenido de ese email consideraba una pequeña presentación de la investigadora principal, información en relación con el proyecto, resolución del Comité de Ética, carta de respaldo del director del Servicio Metropolitano Norte y solicitud de una reunión para efectuar personalmente una exposición del estudio como también coordinar los pasos a seguir para la aplicación del instrumento.
- Se efectuaron un total de 9 reunión de presentación de proyecto con directivos de las diferentes instituciones.
- Posteriormente la investigadora principal propuso a las directoras de Enfermería convocar a una segunda reunión con las supervisoras de Enfermería de las diferentes unidades de las instituciones para efectuarle una presentación del proyecto y a la vez en esa oportunidad aplicar el instrumento y coordinar las actividades en sus servicios de acuerdo con los turnos y dinámicas internas de cada unidad. Con esto se elaboró una plantilla de rotación para optimizar la recogida de datos de acuerdo con los turnos de los enfermeros.
- En el trabajo se utilizó como método de recogida de datos el cuestionario EBPQ -19 descrito anteriormente y la forma de aplicación fue autoadministrado.
- La investigadora principal realizó inducción para la aplicación del instrumento a dos egresados de la carrera de enfermería con la finalidad de participar como encuestadores. El proceso consistió en una fase teórica y una fase práctica en esta última se efectuó un proceso de mentoría y supervisión hasta el logro del objetivo.

- El instrumento consta de dos secciones; una primera parte con antecedentes sociodemográfico que permitió describir la muestra y la segunda parte el cuestionario validado EBPQ.
- La estrategia para la aplicación del instrumento se mantuvo en el tiempo durante todo el proceso; se realizó en forma presencial, participaron la investigadora principal y dos encuestadores. Se reunió a los profesionales de Enfermería en grupos en las residencias de enfermería o en auditorios abarcando los diferentes turnos de las instituciones. Los sistemas de turnos por lo general comprenden turnos de 12 horas en rotación; día –noche –libre-libre en los servicios más especializados y turnos de 8 horas en rotación día de lunes a viernes, este último también utilizado en Atención Primaria de Salud. Se asistió a la primera hora de la mañana con la intención de recoger los datos del turno saliente y el turno entrante en los servicios más especializado. Durante el día se repetía el proceso en los diferentes servicios de las instituciones participantes. Una vez reunidos los profesionales se les realizó una pequeña explicación del proyecto, se les entregó el consentimiento informado invitándolos voluntariamente a completar en caso de querer participar en el estudio, posteriormente se entregó el instrumento, dejando claramente establecido una vez más, que era anónimo y que los datos no se cruzaban. El instrumento era recogido directamente por mano por los investigadores una vez terminado el encuestado de responder.

El trabajo de campo ha tenido una duración aproximada de tres semanas.

5.6 Consideraciones éticas.

Este Proyecto nace de un proyecto matricial denominado “Impacto en los profesionales de enfermería en la práctica de los cuidados a través de una intervención en Enfermería Basada en la Evidencia”, que participó en fondos concursables de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Uno de los requisitos de la postulación era ser aprobado por el Comité de Ética de esta institución, la cuál fue otorgada con fecha 28 de junio 2016. Esta

investigación sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas internacionales sobre investigación y protección de datos.

Para la recogida de datos se consideró previa a completar el cuestionario, la firma de un consentimiento informado por parte de los participantes en donde queda claramente establecido, el objetivo del estudio, el resguardo de los datos personales, la participación voluntaria, la anonimización de los datos, los grados de responsabilidad de los investigadores y de ellos mismo en el proyecto como también el manejo de la información confidencialmente.

En el Instituto Nacional del Cáncer la investigadora principal realizó a solicitud de la institución una presentación 15 minutos al Comité de Ética quién finalmente otorga aprobación para el trabajo. El resto de las instituciones no presentó requerimiento diferente para la aprobación a los presentado anteriormente; carta de respaldo del Director del Servicio Metropolitano Norte y aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El formato de consentimiento informado se encuentra en anexo nº5

5.6 Análisis de datos.

El análisis de los datos realizado incluye primeramente estadística descriptiva con Distribución de frecuencia, relativa y acumulada y porcentajes. Se efectuó cálculo de medidas de tendencia central como Media de variables cuantitativas de tipo continuo o discretas. También medidas de variabilidad como rango, desviación estándar y varianza.

Con la finalidad de equilibrar el peso relativo de los casos obtenidos con el muestreo no probabilístico, se realizó una ponderación con el objetivo de corregir posibles sesgos o desbalance en los datos presentados. Para efectuar la ponderación se ha considerado el universo de profesionales de enfermería perteneciente a todas las **instituciones** participante.

Se efectúa un análisis bivariado aplicando pruebas T y ANOVA a las variables Práctica, Actitud, Conocimiento y Habilidades contra las distintas variables nominales. Para las variables cuantitativas se obtuvieron las correlaciones de Pearson.

Finalmente se efectúan regresiones de las combinaciones de variables endógenas para variable respuesta puntaje total y para cada uno de los factores de EBPQ-19, creando dos modelos para su análisis. En primer término, se establece un modelo de regresión con los factores establecidos en la encuesta, que no fueron parte del instrumento para evaluar el impacto de estos en la variable respuesta puntaje. Luego se implementa un segundo modelo donde se utilizó un subconjunto de las variables explicativas con criterios como significancia, transformación por árbol de regresión y one hot encoder.

Se ha utilizado el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)²³.

CAPÍTULO 6 RESULTADOS

Se presentan a continuación, los resultados como se mencionó anteriormente ponderados con la finalidad de ajustar la muestra, en función del universo de profesionales de Enfermería pertenecientes a todas las instituciones participantes lo cuál se presenta en los gráficos 1

Gráfico 1: Porcentaje de Enfermeros por instituciones

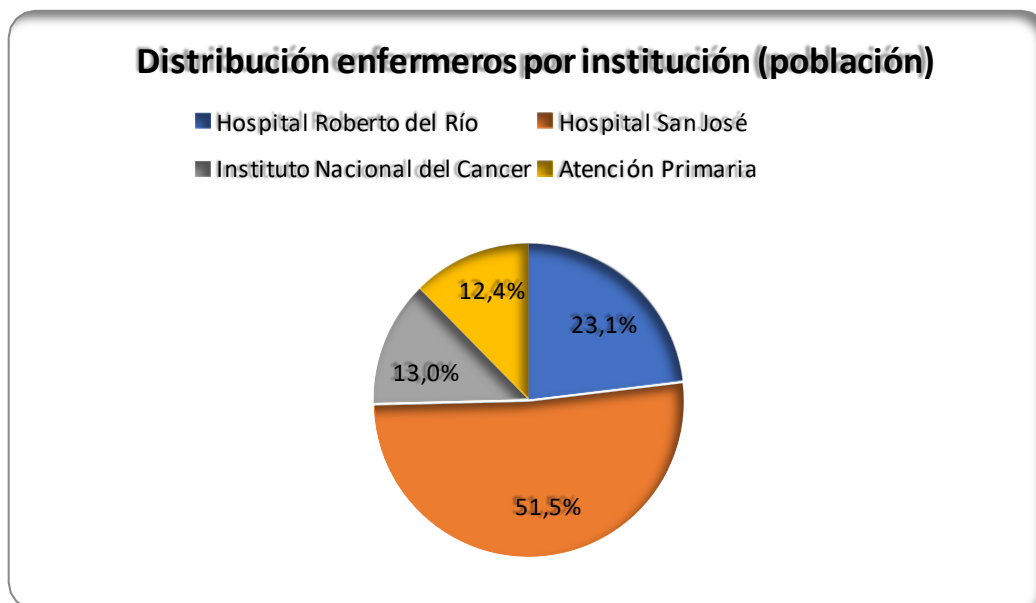
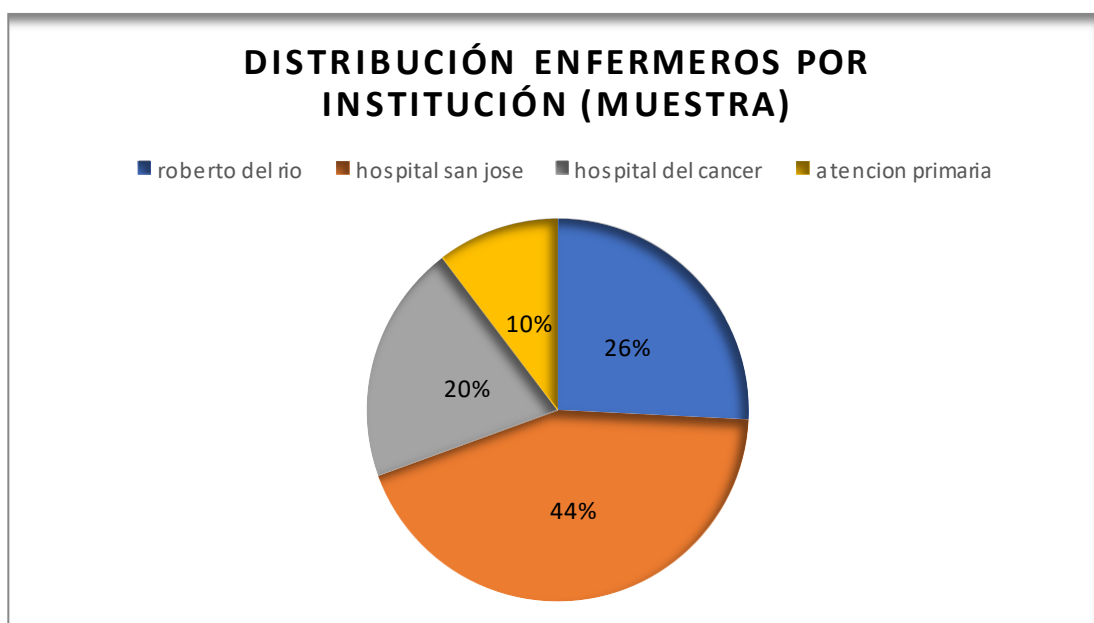


Gráfico 2: Porcentajes de enfermeros ponderados por institución-Muestra

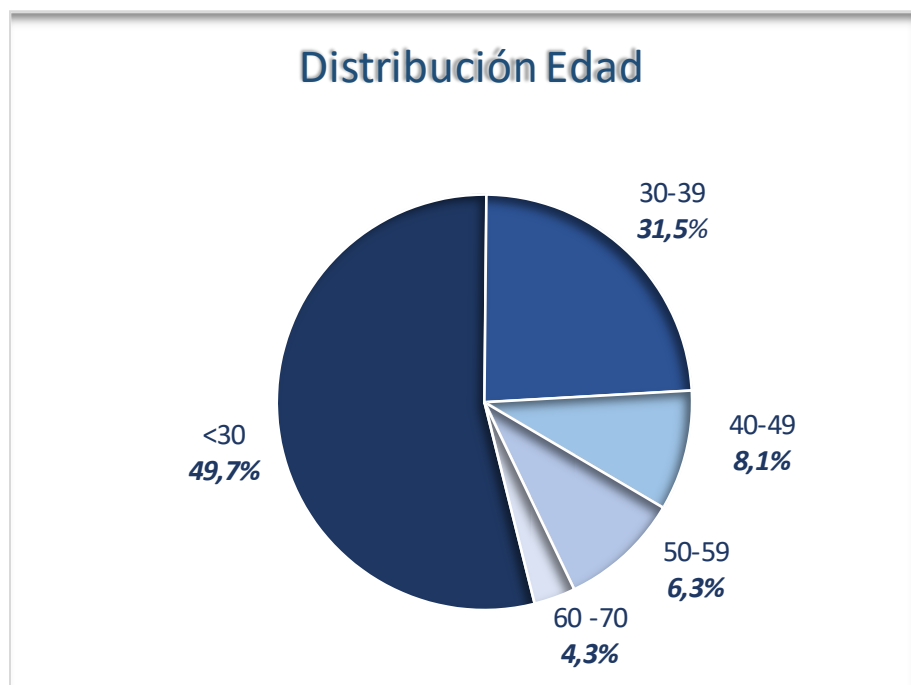


6.1 Características Sociodemográficas.

Se realizaron 303 encuestas, 251 validadas, (un 17,1% fueron eliminadas por no contar con 2 o más respuestas), de las cuales mayoritariamente corresponden a mujeres (90%). La edad media de la muestra es de 32,9 años (DE:10,2). De la muestra el tiempo medio de egreso de 8,5 años (DE 9,7) y con una experiencia laboral similar 8,4 años (DE: 9,8). La media de los años de experiencia en las respectivas instituciones corresponden, sin embargo, a 6 años (DE: 7,0).

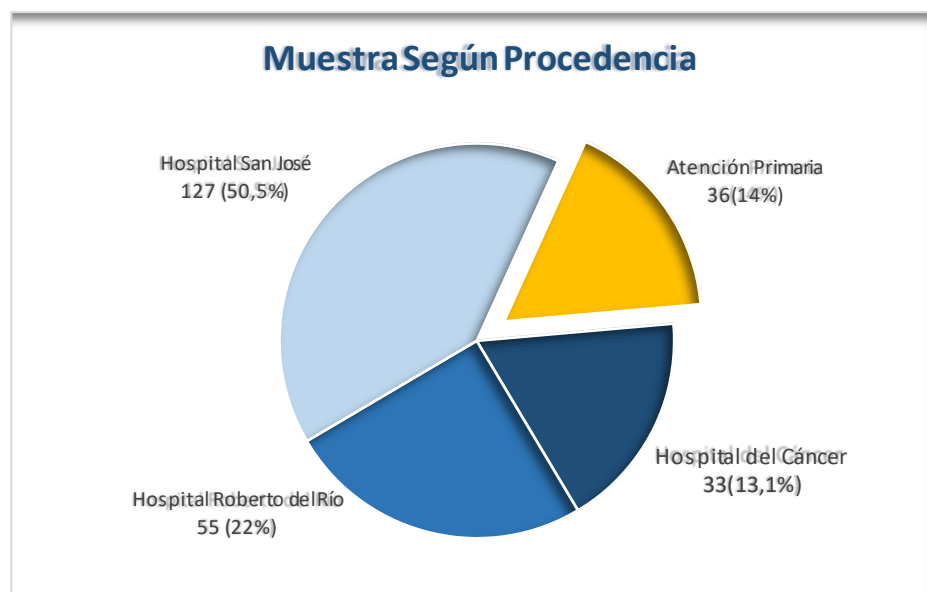
Las edades de los profesionales tienen una alta dispersión con un mínimo de 23 años y un máximo de 70. La población estudiada presentó una alta concentración en edades menores de 30 años. En efecto, los participantes por debajo de 30 años suponen el 49,7% de la muestra. Como se indica en el gráfico 3, se utilizó posteriormente esta misma agrupación para el análisis bivariado y modelos de regresión.

Gráfico 3: Edad de los profesionales de Enfermería.



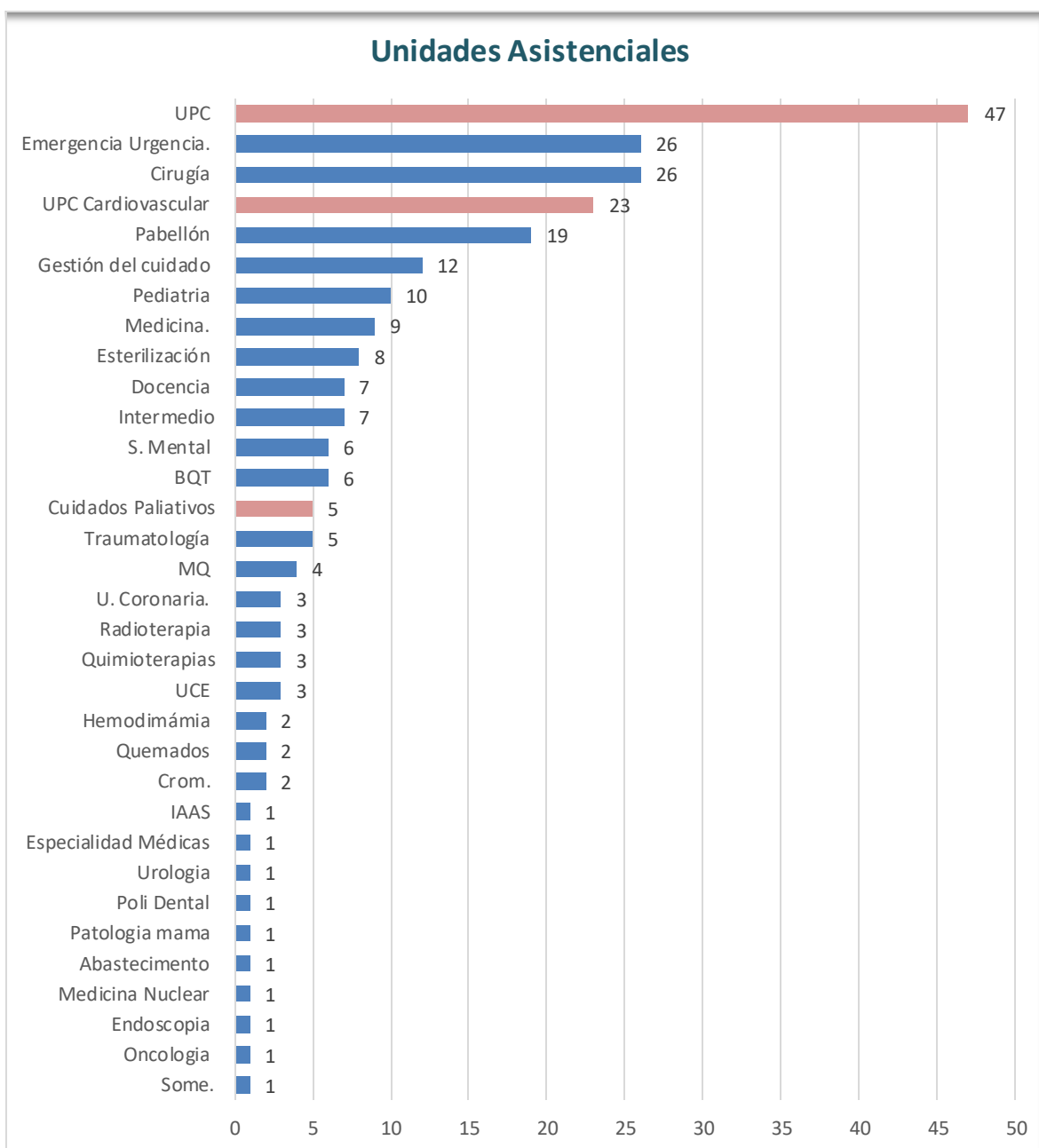
Los profesionales que respondieron corresponden mayoritariamente a hospitales en un número de 215 (86 %) y el resto a Atención Primaria que fueron 36 profesionales (14%). El hospital con mayor número de respuestas fue el Hospital San José con un número de 127 profesionales (50,5%). El gráfico 4 muestra las frecuencias y porcentajes de acuerdo con procedencia de los profesionales.

Gráfico 4. Procedencias profesionales de Enfermería



Las unidades con mayor participación fueron las Unidades de pacientes Críticos con 75 encuestas (30%) constituidos por la suma de la Unidad Paciente Crítico con 47 encuestas (19%), Paciente Crítico Cardiovascular 23 encuestas (9,1%), Cuidados Paliativos 5 encuestas (1,9%). A continuación, fueron las unidades de hospitalizados correspondientes a la suma de las unidades de Medicina con 9 encuestas (3,6%), Cirugía 26 encuestas (10,3%) y Médico-Quirúrgico 4 encuestas (1,6%) con un total de 39 encuestas (15,5%) respondidas por los profesionales. Finalmente, como unidades individuales, las mayores corresponden a Unidad Emergencias con 26 encuestas (10,3%), Unidad de Pabellón 19 encuestas (7,6%) y Gestión del Cuidado 12 encuestas (4,8%). La respectiva distribución se presenta a continuación en el gráfico 5.

Gráfico 5: Distribución de participación de acuerdo con las unidades.

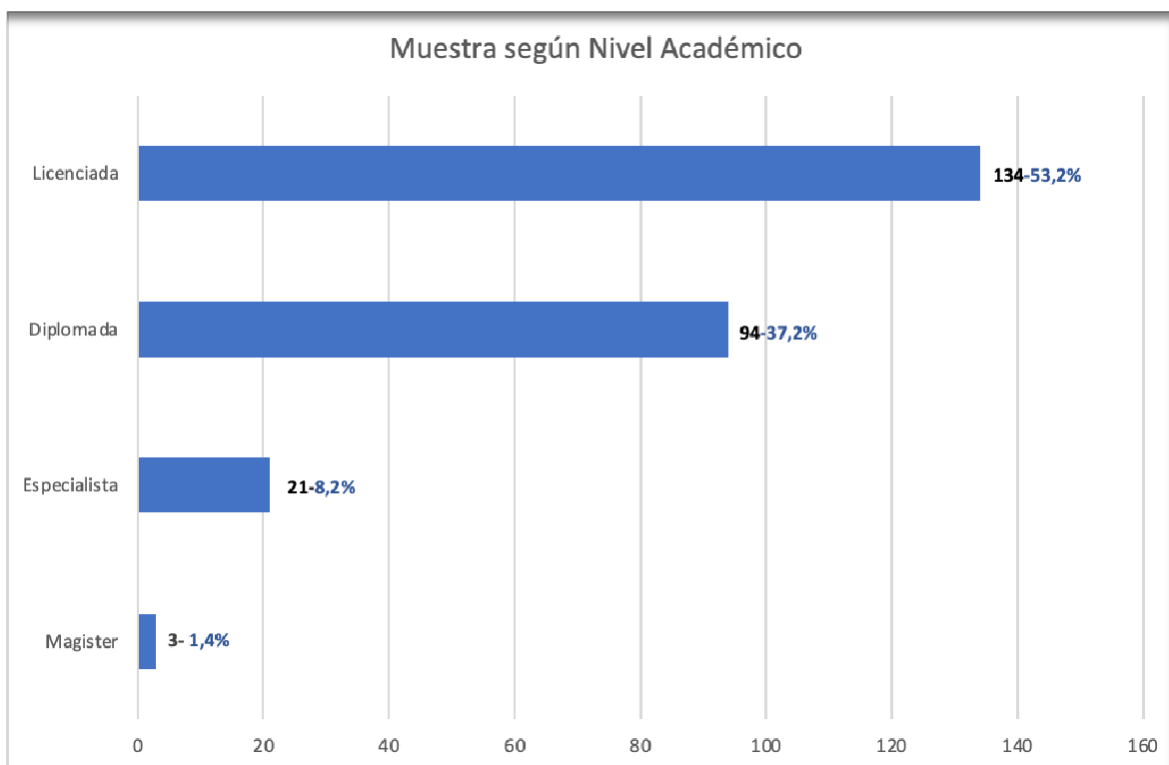


Un 67,9% (170) de los profesionales realiza actividades de tipo clínico, y sólo 14,5% (37) de ellos realizan funciones de gestión. Cabe resaltar que el 17,6% (44) restante realiza ambas funciones.

Desde el punto de vista de la contratación, el 72,5 % (182) de los encuestados se encuentran a contrata, esto, bajo el régimen de contratación con renovación anual. El 17,7 % (44) se encuentra a honorarios (presentación de factura contra servicio realizado); y sólo un 9,8% (25) se encuentra contratado en la institución.

De acuerdo con el nivel académico la mayoría tiene grado de licenciado con 134 (53,2%) respuestas y diplomado 94 (37,2%) El grado máximo de la muestra corresponde al nivel de magister con 3 (1,4%) respuestas. Refleja lo mencionado anteriormente de la escasa formación doctoral disciplinar en Chile. Como se presenta en el gráfico 6.

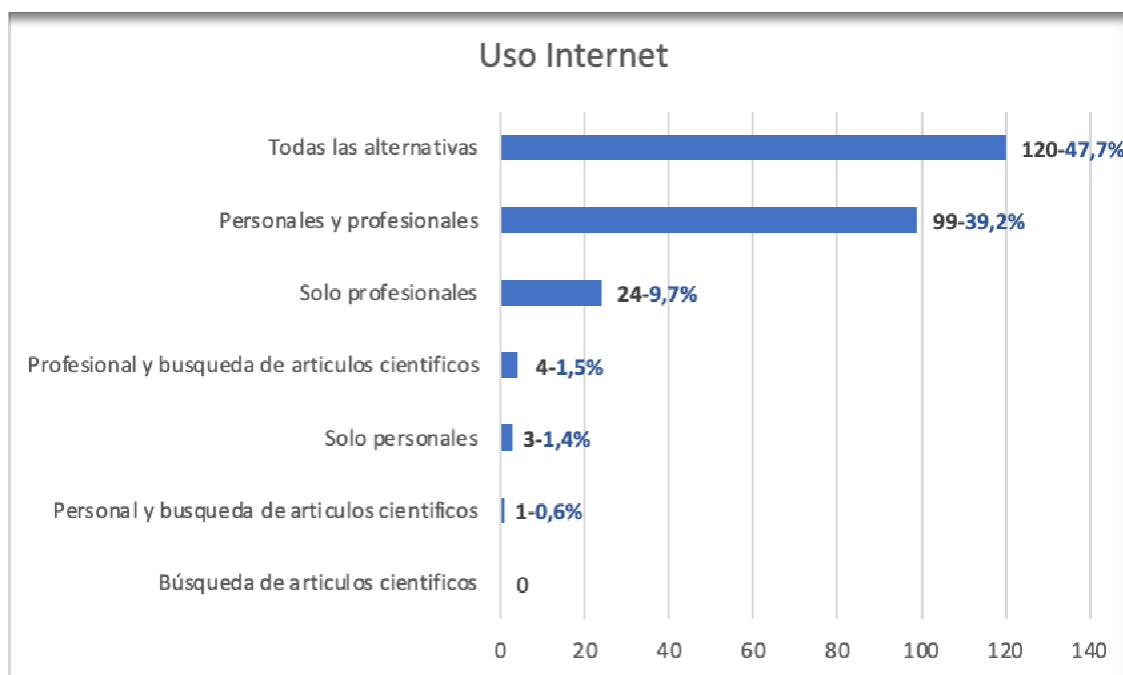
Gráfico 6. Nivel académico de los profesionales de Enfermería



El 100% de los profesionales aseguró utilizar Internet en su casa y en el trabajo. De ellos, la mayor parte se dedica a búsquedas personales y profesionales en un 39,2 %. Llama la atención que, frente a la consulta de uso de internet exclusivo para la búsqueda específica de artículos científicos, la respuesta haya sido nula. Esto es relevante de cara que es una herramienta clave para la aplicación de la Práctica Basada en la Evidencia. En el gráfico 7 se

muestran los porcentajes para cada una de las variables consideradas relacionadas con el uso de internet.

Gráfico 7. Motivos uso Internet por profesionales de Enfermería.



Variables de Formación.

Para la búsqueda de la información, el 81,3% (204) sabe realizar búsquedas bibliográficas. Si bien es un valor elevado, éste podría ser mayor.

El 62,9% (158) no ha recibido en los últimos dos años formación en Enfermería Basada en la Evidencia (EBE). Finalmente, el 92,2 % (232) no ha asistido a Congresos de investigación en los dos últimos años.

6.2. Competencias en Práctica Clínica Basada en la Evidencia

De acuerdo con lo presentado en el apartado de metodología, el instrumento EBPQ-19 consta de factores de “Práctica” “Actitud” y “Conocimientos y Habilidades” donde cada ítem puntúa de 1 a 7, siendo 1 el valor menos favorable y el 7 el más favorable en términos de competencia en aplicación de PCBE. En base a esto se presenta los resultados siguientes:

La puntuación media total fue de un 5,0 (DE: 0,66). Dentro de los factores; el factor “Actitud” mostró la más alta puntuación, con una media de 5,8 (DE:0,22) y con igual ponderación el factor “Práctica” con una media de 4,8 (DE: 0,31) y finalmente el “Conocimientos y Habilidades” factor con una media de 4,8 (DE:0,31) en la población estudiada.

Tabla 9: Estadísticos descriptivos ítem del EBPQ-19 para la población de 251 Profesionales de Enfermería. Escala del 1 a 7

Factor Práctica	Media	Desviación estándar
1.Formulé una pregunta de búsqueda bien definida, como principio para cubrir esta laguna.	5,0	1,65
2.Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta.	4,8	1,67
3.Evalué críticamente, estableciendo criterios, cualquier referencia bibliográfica hallada.	4,2	1,62
4.Integré la evidencia encontrada a mi experiencia clínica.	5,2	1,63
5.Evalué los resultados tras aplicar la evidencia hallada a mi práctica clínica.	4,5	1,87
6.Compartí esta información con mis colegas	5,0	1,90
Factor Actitud		
7.Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica	5,6	1,41
8.La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional	6,0	1,75
9.He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.	5,8	1,44
Factor Conocimiento y Habilidad		
10.Habilidades para la investigación.	4,4	1,21
11.Habilidades con las tecnologías.	5,2	1,10
12.Monitorización y revisión de habilidades prácticas.	5,0	1,10
13.Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	4,4	1,23

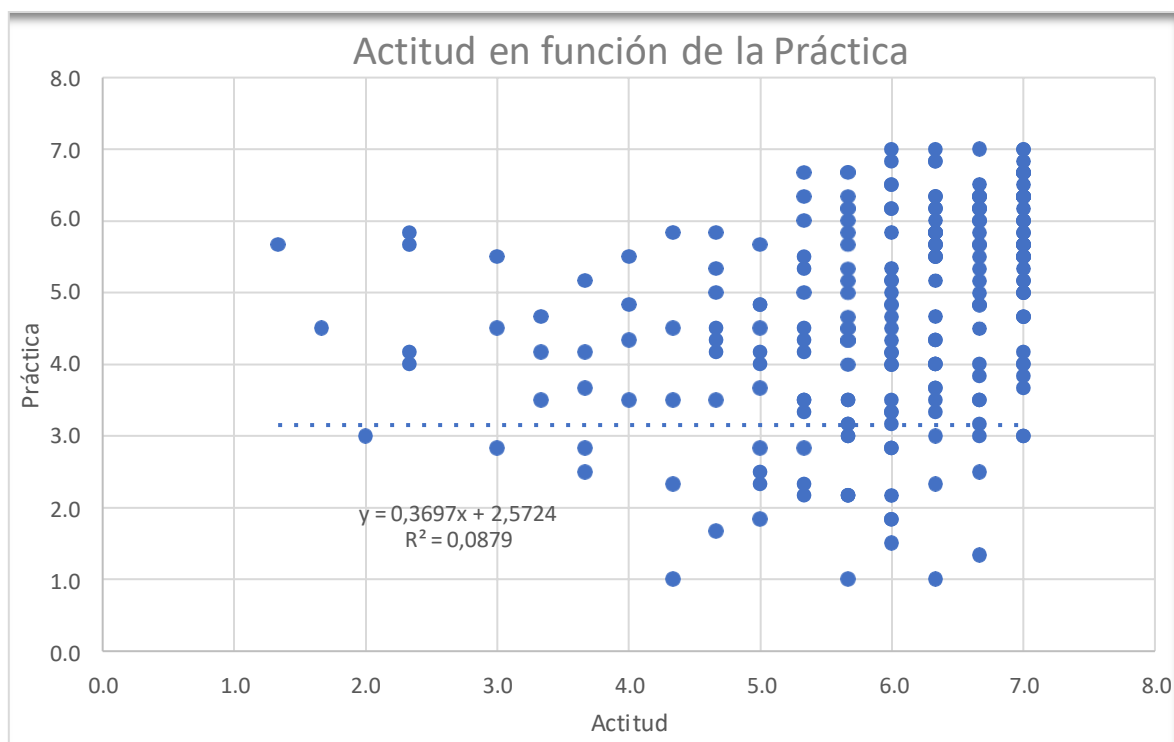
14.Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes documentales	4,6	1,20
15.Conocimiento de cómo recuperar evidencias de distintas fuentes documentales.	4,5	1,19
16.Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.	4,6	1,12
17.Capacidad de determinar la validez del material encontrado.	4,6	1,22
18.Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicación clínica)	5,1	1,12
19.Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.	5,3	1,12

Dentro del factor Actitud los ítems mejor evaluados fueron “La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional” con una media de 6,0 (DE: 1,75) seguido de “he cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto” con un valor medio de 5,8 (DE: 1,44).

En el factor Práctica los ítems mejor evaluados fueron “integre la evidencia encontrada con mi experiencia” 5,2 (DE.1,63) seguido de “formule una pregunta claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna” con una media de 5,0 (DE: 1,65).

En la medida que aumenta la Práctica hay una tendencia a mejorar la Actitud respaldado como lo demuestra la regresión lineal, donde hay una correlación del 29,6 % como se presenta en el gráfico 8.

Gráfico 8. Actitud en función de la Práctica.



En el caso del factor “Conocimiento y Habilidades” los ítems mejores evaluados fueron “capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos” con un 5,3 (DE: 1,12) y “habilidades con las tecnologías de la información” con un 5,2 (DE: 1,1).

Aunque la “Actitud” sea alta los “Conocimientos y Habilidades” son dispersas, no mejoran como lo muestra el gráfico 9.

Al observar los “Conocimiento y Habilidades” en función de la Práctica se puede ver que si aumentan como lo identifica el gráfico 10.

Gráfico 9: Conocimiento y Habilidad en función de la Actitud.

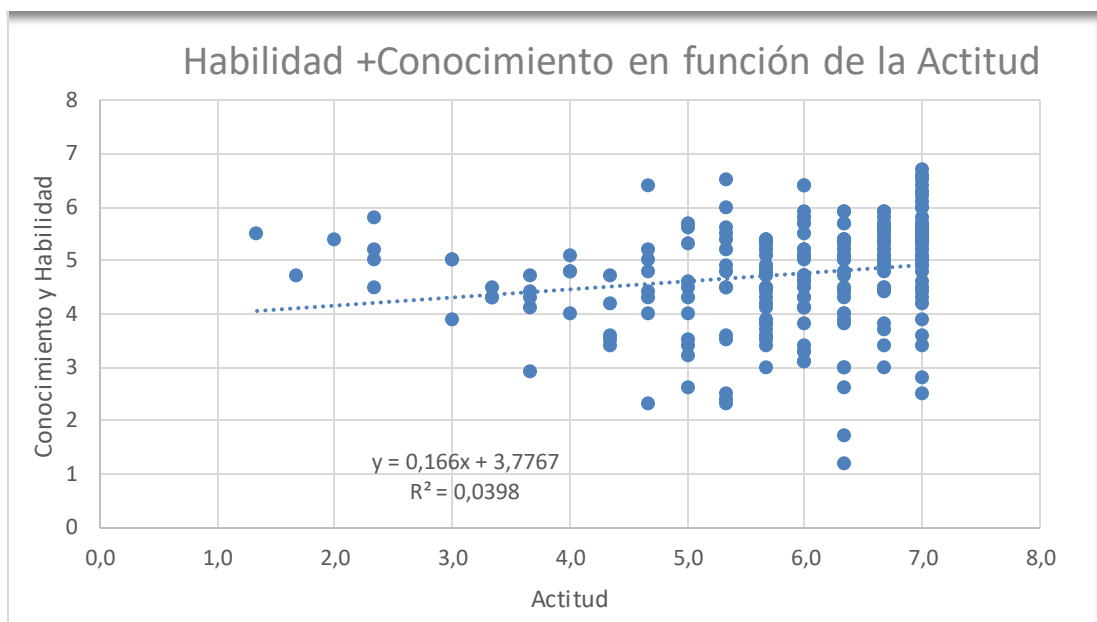
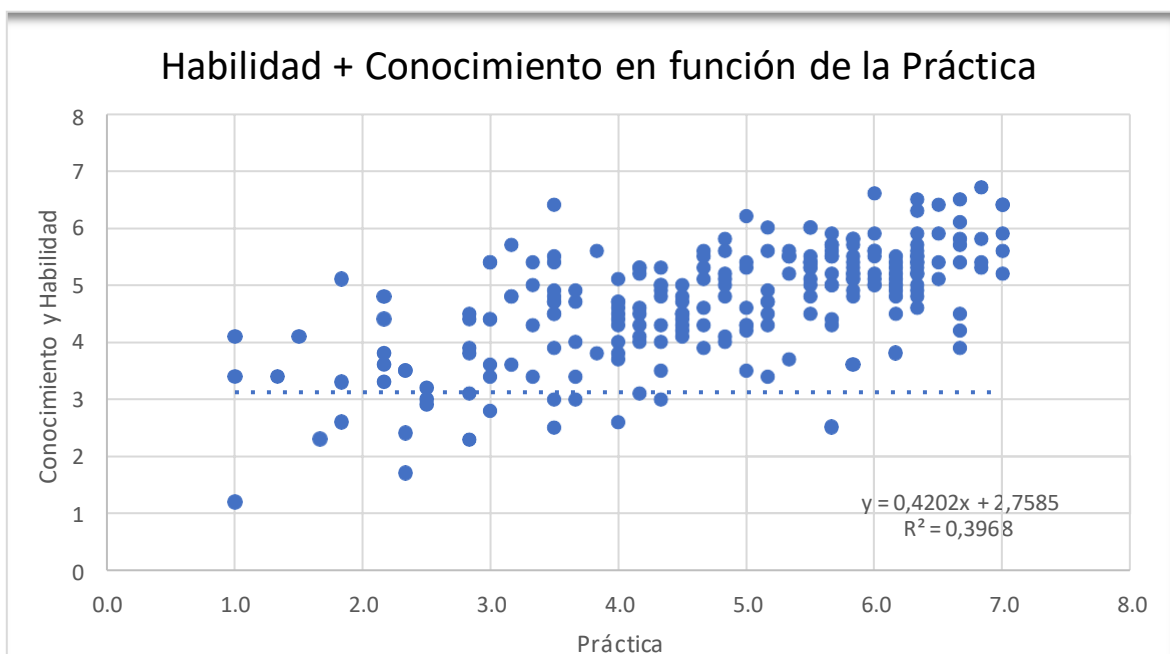


Gráfico 10: Conocimiento y Habilidad en función de la Práctica



Al comparar las tres dimensiones, para evaluar el grado de independencia entre cada una de ellas, se puede observar que Conocimiento y Habilidad en relación con la Práctica existe una relación creciente entre ambas, es decir a medida que aumenta la Práctica el Conocimiento y Habilidad también lo hace, lo cual se evidencia al obtener una correlación del 62,9%.

Los profesionales de enfermería que participaron en este estudio presentaron un nivel medio en competencias en la aplicación de PCBE, con la puntuación más alta para el factor “Actitud”, seguido del factor “Conocimientos y Habilidades” y “Práctica”.

6.3 Análisis de datos sociodemográficos y EBPQ-19.

Se realizó un análisis de comparación de medias para las cuatro dimensiones del cuestionario contrastando con los respectivos factores nominales. Para el contraste de cada dimensión segmentada por dos categorías (dicotómicas) se utilizó la prueba T y para el contraste de cada dimensión segmentada por más de dos categorías (policotómicas) se utilizó la prueba de ANOVA que mide el efecto de uno o más factores sobre la media de una variable continua. Se incluyó la Prueba de Levene que es una prueba estadística inferencial para evaluar la igualdad de las varianzas para una variable calculada para dos o más grupos.

Sexo

El grado de competencia profesional percibido por los profesionales de Enfermería para desarrollar la práctica de EBE medido por el cuestionario EBPQ-19 presentó una diferencia entre mujer y hombre de 0,13 (IC-0,2;0,5) sin significancia estadística (p valor 0,24), el sexo no es una variable que incide sobre cada uno de los factores como tampoco en el valor total del instrumento, los test mostraron evidencias estadísticas que no hay diferencias en las varianzas y las medias.

Tabla 10: Sexo -EBPQ.

EBPQ PRACTICA				EBPQ ACTITUD			EBPQ CON./HABL.			EBPQ Total		
Variable	Media (DE)	E. Levene Prueba T	Diferencia media IC									
				Media (DE)	E. Levene	IC	Media (DE)	E. Levene	IC	Media (DE)	E. Levene	Diferencia media IC
					Prueba T			Prueba T			Prueba T	
Mujer	4,75(1,4)	0,37 0,23	0,19 (-0,3;0,7)	5,85(1,2)	0,19 0,15	0,25 (-0,4;0,9)	4,76(0,9)	0,045 0,31	-0,065 (-0,3;0,2)	5,12 (0,89)	0,96 0,24	0,13 (-0,23;0,5)
Hombre	4,5(1,23)			5,59(1,4)			4,83(0,6)			4,99(0,9)		

Formación de Enfermería Basada en la evidencia los últimos dos años

La segmentación de las cuatro dimensiones, para las dos categorías de este factor, presentan diferencias significativas en las medias para las dimensiones Práctica (0,61 p valor 0.001), Conocimiento y Habilidad (0.3 p valor 0.002) y Puntaje Total (0.24 p 0.002), por lo tanto, se concluye que este factor incide sobre las tres dimensiones comentadas.

Sabe realizar una búsqueda bibliográfica

Similar al caso anterior, este factor permite segmentar las cuatro dimensiones del cuestionario de tal forma que en tres de ellas la diferencia de medias es significativa. Las dimensiones afectadas son Práctica (0,66 p valor 0,002), Conocimientos y Habilidades (0,61 p valor 0,001) y Puntaje Total (0,42 p valor 0,001). Esto permite concluir que este factor si tienen una incidencia sobre Práctica, Conocimiento y Habilidad y Puntajes Totales.

Asiste a congreso de investigación

Este fue el último factor dicotómico que permitió segmentar las dimensiones, de tal forma, que la diferencia de medias entre las distintas categorías de “Asiste a congreso de investigación” sea significativa para Práctica (0,65 p valor 0.012), y Puntaje Total (0,26 p

valor 0.107). Se concluye que este factor incide sobre las dimensiones Práctica, y Puntaje Total.

Para la variable **uso de internet**, al revisar que todos los encuestados utilizan este medio, esta no presenta variabilidad, por lo que no incide en ninguna de las dimensiones a analizar.

Tabla 11. Variables EBE 2 años /B.Bibliog./Congreso Inves-EBPQ.

	EBPQ Práctica		EBPQ Actitud		EBPQ Conoc/Habil		EBPQ Total	
Variable	Media (DE)	E. Levene Prueba T	Media (DE)	E. Levene Prueba T	Media (DE)	E. Levene Prueba T	Media(DE)	E. Levene Prueba T
EBE en los últimos dos años (n=251) • Si • No	5,11(1,22)	0,021	5,84(1,32)	0,147	4,98(0,64)	-0,001	5,31 (0,8)	0,234
	4,50(1,46)	- 0,001	5,82(1,14)	0,455	4,65(1,00)	0,002	4,99 (0,9)	0,002
	Diferencia media -Prác. IC 0,611(0,2,0,96)		Diferencia media-Act. IC 0,018(-0,3,0,3)		Diferencia media C/H IC 0,333(0,1,0,5)		Diferencia media IC 0,321(0,09,0,5)	
Búsqueda bibliogr. (n=251) • Si • No	4,85(1,33)	0,077	5,83(1,25)	0,511	4,88(0,79)	0,015	5,19(0,85)	0,869
	4,19(1,58)	0,002	5,83(0,99)	0,499	4,27(1,08)	-0,001	4,76(0,94)	0,003*
	Diferencia media -Prác. IC 0,664 (0,2,1,10)		Diferencia media-Act. IC -0,000(-0,3,0,3)		Diferencia media C/H IC 0,612(0,3,0,9)		Diferencia media IC 0,425(0,1,0,7)	
Asistencia Congreso Inv (n=251) • Si • No	5,34(1,13)	0,125	5,75(0,82)	0,072	4,96(0,64)	0,069	5,35 (0,6)	0,005
	4,68(1,41)	0,012	5,83(1,23)	0,347	4,75(0,90)	0,165	5,09 (0,9)	0,107*
	Diferencia media -Prác. IC 0,657 (-0,0,1,2)		Diferencia media-Act. IC -0,081(-0,5,0,3)		Diferencia media C/H P 0,204(-0,2,0,6)		Diferencia media P 0,260(-0,2,0,7)	

6.4 Variables Policotómicas

Instituciones

Al realizar el análisis Post hoc de la prueba ANOVA por comparaciones múltiples, mediante diferencias mínimas significativas (DMS), se concluye que la diferencia de medias de las variables respuesta “Práctica” es significativa contra la variable Institución (p valor 0,018). Tal como se presenta en la tabla 12

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	19,769	3	6,590	3,418	,018
actitud	Entre grupos	1,686	3	,562	,380	,768
conhab	Entre grupos	1,189	3	,396	,498	,684
puntajetotal	Entre grupos	2,291	3	,764	,962	,411

Tabla 12. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento para las categorías de Institución.

No se aprecia diferencia en las medias entre los Hospitales, sin embargo, se aprecia que la institución Atención Primaria genera una diferencia de medias versus las otras instituciones. La tabla siguiente presenta el resultado Post hoc de la prueba ANOVA para práctica segmentada utilizando la categoría de instituciones de la siguiente manera; Hospital del Cáncer 1, Hospital Roberto Río 2, Hospital San José 3 y Atención Primaria 4 (tabla n+2 y n+3). Se concluye que para el factor Institución la categoría Atención Primaria tiene incidencia sobre factor Práctica.

Comparaciones múltiples

DMS				
Variable dependiente	(I) Institucion	(J) Institucion	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
practica	1	2	-,14977	,504
		3	-,08520	,781
		4	,68100*	,023
	2	1	,14977	,504
		3	,06457	,812
		4	,83077*	,002
	3	1	,08520	,781
		2	-,06457	,812
		4	,76620*	,023
	4	1	-,68100*	,023
		2	-,83077*	,002
		3	-,76620*	,023

Tabla 13. Resultados Post hoc test ANOVA para Práctica segmentada para las categorías de Institución.

Comparaciones múltiples

DMS				
Variable dependiente	(I) Institucion	(J) Institucion	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
puntajetotal	1	2	-,01557	,914
		3	-,03982	,839
		4	,25520	,182
	2	1	,01557	,914
		3	-,02425	,889
		4	,27077	,109
	3	1	,03982	,839
		2	,02425	,889
		4	,29502	,171
	4	1	-,25520	,182
		2	-,27077	,109
		3	-,29502	,171

Tabla 14. Resultados Post hoc test ANOVA para Puntaje Total segmentada para las categorías de Institución.

Tipo de Contrato

El análisis para el tipo de contrato señala que las medias de las variables Práctica (p valor 0,001), Actitud (p valor 0,058) y Puntaje total (p valor 0,001) son significativamente diferentes (tabla 16).

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	33,151	2	16,575	8,882	<.001
actitud	Entre grupos	8,342	2	4,171	2,883	,058
conhab	Entre grupos	2,515	2	1,258	1,597	,205
puntajetotal	Entre grupos	11,482	2	5,741	7,619	<.001

Tabla 15. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Tipo de Contrato.

Sin embargo, la diferencia de medias de las tres dimensiones mencionadas no es significativa en las categorías Contrato Tipo Contrata y Contrato tipo boleta (Práctica p valor 0,734y Puntaje Total p valor 0,486, Actitud p valor 0,501) . De esto se concluye que lo más útil es agrupar la categoría contrato Tipo Contrata y Contrato tipo boleta mediante un árbol de regresión para el modelo de regresión lineal

Comparaciones múltiples				
DMS				
Variable dependiente	(I) Contrato	(J) Contrato	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
practica	1	2	-1,20090	<.001
		3	-1,27873	<.001
	2	1	1,20090	<.001
		3	-,07783	,734
	3	1	1,27873	<.001
		2	,07783	,734
actitud	1	2	-,56088	,031
		3	-,69653	,022
	2	1	,56088	,031
		3	-,13565	,501
	3	1	,69653	,022
		2	,13565	,501
puntajetotal	1	3	-,78797	<.001
		2	,68669	<.001
	2	1	-,68669	<.001
		3	-,10128	,486
	3	1	,78797	<.001
		2	,10128	,486

Tabla 16. Resultados Post hoc test ANOVA para Puntaje Total, Práctica y Actitud segmentada para las categorías de Contrato.

Actividad

En relación con el tipo de “Actividad” que desarrollan las enfermeras frente a la variable dependiente, estrictamente hablando, las medias de las cuatro dimensiones no presentan diferencias significativas.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	6,728	2	3,364	1,705	,184
actitud	Entre grupos	5,546	2	2,773	1,902	,152
conhab	Entre grupos	1,200	2	,600	,757	,470
puntajetotal	Entre grupos	3,047	2	1,523	1,934	,147

Tabla 17. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Actividad.

Motivo uso internet

El motivo de uso de internet fue una variable que debió ser reestructurada dado que dos de las categorías no tenían datos (categoría Búsqueda de Artículos Científicos 3 y Personal y Búsqueda de Artículos Científicos 7) y las pruebas ANOVA y Post hoc daban soluciones distorsionadas. Se procedió a eliminar estas dos categorías, por lo que este factor queda representado de la siguiente manera: Personal 1, Profesional 2, Profesional/Personal 4, Profesional y Búsqueda de Artículos Científicos (BAC) 5, Todas 6. Luego de que el factor quedó bien definido, se procedió a realizar la prueba ANOVA. Las medias de las variables, Práctica (p valor 0,076) Conocimiento y Habilidad (p valor 0,010) y Puntaje Total (p valor 0,010) presentan diferencias significativas.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	16,701	4	4,175	2,143	,076
actitud	Entre grupos	10,331	4	2,583	1,780	,133
conhab	Entre grupos	10,348	4	2,587	3,394	,010
puntajetotal	Entre grupos	10,322	4	2,581	3,376	,010

Tabla 18. Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Modo Uso Internet.

Comparaciones múltiples				
DMS				
Variable dependiente	(i) MÚso	(j) MÚso	Diferencia de medias (i-j)	Sig.
practica	1	2	,06258	,938
		4	,58720	,441
		5	,54780	,600
		6	,06272	,934
	2	1	-,06258	,938
		4	,52462	,098
		5	,48522	,535
		6	,00014	1,000
	4	1	-,58720	,441
		2	-,52462	,098
		5	-,03940	,958
		6	-,52448	,006
	5	1	-,54780	,600
		2	-,48522	,535
		4	,03940	,958
		6	-,48508	,513
	6	1	-,06272	,934
		2	-,00014	1,000
		4	,52448	,006
		5	,48508	,513
actitud	1	2	,21714	,753
		4	,34115	,604
		5	1,13934	,207
		6	-,00815	,990
	2	1	-,21714	,753
		4	,12401	,649
		5	,92220	,173
		6	-,22529	,400
	4	1	-,34115	,604
		2	-,12401	,649
		5	,79820	,214
		6	-,34930	,034
	5	1	-1,13934	,207
		2	-,92220	,173
		4	-,79820	,214
		6	-1,14750	,073
	6	1	,00815	,990
		2	,22529	,400
		4	,34930	,034
		5	1,14750	,073
conhab	1	2	,09929	,843
		4	,18278	,701
		5	-,45937	,483
		6	-,22921	,630
	2	1	-,09929	,843
		4	,08349	,673
		5	-,55866	,254
		6	-,32850	,091
	4	1	-,18278	,701
		2	-,08349	,673
		5	-,64215	,168
		6	-,41199	<.001
	5	1	,45937	,483
		2	,55866	,254
		4	,64215	,168
		6	,23015	,619
	6	1	,22921	,630
		2	,32850	,091
		4	,41199	<.001
		5	-,23015	,619
puntajetotal	1	2	,12634	,801
		4	,37038	,438
		5	,40926	,532
		6	-,05821	,903
	2	1	-,12634	,801
		4	,24404	,218
		5	,28292	,564
		6	-,18455	,342
	4	1	-,37038	,438
		2	-,24404	,218
		5	,03888	,933
		6	-,42859	<.001
	5	1	-,40926	,532
		2	-,28292	,564
		4	-,03888	,933
		6	-,46748	,314
	6	1	,05821	,903
		2	,18455	,342
		4	,42859	<.001
		5	,46748	,314

Tabla 19. Resultados Post hoc test ANOVA para Puntaje Total, Conocimiento y Habilidades segmentada para las categorías de Modo Uso Internet.

Tanto para Conocimiento y Habilidad, Puntaje Total, se aprecia una diferencia significativa de las medias de las categorías Personal / Profesional y Todas (p valor 0,001). Práctica y Actitud presentan una diferencia en las mismas categorías (p valor 0,006) (p valor 0,034) respectivamente.

Se aplicará el mismo criterio anterior para agrupar las categorías de esta variable para el modelo de regresión.

Nivel Académico

El factor Nivel Académico sólo presenta diferencias de media significativa en la dimension Puntaje Total.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	11,155	3	3,718	1,894	,131
actitud	Entre grupos	6,484	3	2,161	1,480	,220
conhab	Entre grupos	1,278	3	,426	,535	,659
puntajetotal	Entre grupos	5,284	3	1,761	2,253	,083

Tabla 20: Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Nivel Académico

Sólo se observa una diferencia significativa de las medias entre las categorías Licenciatura y Diplomado (p valor 0,016), con lo que se procederá a construir un árbol de regresión que agrupe las categorías sin significancia en la diferencia de media.

Comparaciones múltiples				
DMS				
Variable dependiente	(I) NAcad	(J) NAcad	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
practica	1	2	,41793	,028
		3	-,05308	,873
		4	-,26142	,732
	2	1	-,41793	,028
		3	-,47101	,168
		4	-,67934	,377
	3	1	,05308	,873
		2	,47101	,168
		4	-,20833	,798
	4	1	,26142	,732
		2	,67934	,377
		3	,20833	,798
puntajetotal	1	2	,27748	,021
		3	,00429	,984
		4	-,38523	,425
	2	1	-,27748	,021
		3	-,27318	,205
		4	-,66271	,173
	3	1	-,00429	,984
		2	,27318	,205
		4	-,38953	,450
	4	1	,38523	,425
		2	,66271	,173
		3	,38953	,450

Tabla 21: Resultados test ANOVA para Puntaje Total y Práctica segmentada para las categorías de Nivel Académico.

Edad por grupos

Como se mencionó anteriormente en el análisis descriptivo, esta variable fue redistribuida para su análisis en los siguiente cinco grupos:

- Grupo 1: Edad < 30 años
- Grupo 2: Edad entre 30 y 39 años
- Grupo 3: Edad entre 40 y 49 años
- Grupo 4: Edad entre 50 y 59 años
- Grupo 5: Edad entre 60 y 69 años

Edad en grupos tiene diferencias significativa en la media para Puntaje Total (p valor 0.005) y para Práctica (p valor 0,001)

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	36,349	4	9,087	4,864	<.001
actitud	Entre grupos	7,281	4	1,820	1,244	,293
conhab	Entre grupos	6,509	4	1,627	2,092	,082
puntajetotal	Entre grupos	11,756	4	2,939	3,875	,005

Tabla 22: Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Edad por Grupos.

Años Egresados

- Grupo 1: 0-10 años de egresado
- Grupo 2: 11-20 años de egresado
- Grupo 3: 21-30 años de egresado
- Grupo 4: 31-40 años de egresado
- Grupo 5: 41-50 años de egresado

Años de egresado tiene diferencia significativa en la media para Práctica (p valor 0,065)

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	17,423	4	4,356	2,239	,065
actitud	Entre grupos	2,611	4	,653	,440	,779
conhab	Entre grupos	5,421	4	1,355	1,732	,143
puntajetotal	Entre grupos	5,717	4	1,429	1,825	,125

Tabla 23: Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Años de Egresado.

Años de experiencia Institucional

- Grupo 1: 0-10 años de experiencia institucional
- Grupo 2: 11-20 años de experiencia institucional
- Grupo 3: 21-30 años de experiencia institucional
- Grupo 4: 31-40 años de experiencia institucional
- Grupo 5: 41-50 años de experiencia institucional

Años de Experiencia Institucional tiene diferencia significativa en la media para Práctica (p valor 0,054)

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	18,309	4	4,577	2,357	,054
actitud	Entre grupos	5,230	4	1,307	,889	,471
conhab	Entre grupos	,868	4	,217	,271	,896
puntajetotal	Entre grupos	4,484	4	1,121	1,422	,227

Tabla 24: Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Años de Experiencia Institucional

Años Experiencia Laboral

- Grupo 1: 0-10 años de experiencia laboral
- Grupo 2: 11-20 años de experiencia laboral
- Grupo 3: 21-30 años de experiencia laboral
- Grupo 4: 31-40 años de experiencia laboral
- Grupo 5: 41-50 años de experiencia laboral

Años de Experiencia Laboral tiene diferencia significativa en la media para Práctica (p valor 0,093)

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
practica	Entre grupos	15,754	4	3,939	2,018	,093
actitud	Entre grupos	2,478	4	,619	,418	,796
conhab	Entre grupos	5,560	4	1,390	1,778	,134
puntajetotal	Entre grupos	5,722	4	1,430	1,827	,124

Tabla 25: Resultados test ANOVA para las cuatro dimensiones del instrumento contra la variable Años de Experiencia Laboral.

Variables Continuas.

La estrategia de agrupar las variables continuas es para mejorar la detección de una relación significativa entre estas variables y las dimensiones del instrumento.

En la siguiente tabla se puede apreciar que las cuatro dimensiones tienen bajas correlaciones, con respecto a Edad, Años de Egreso, Años de experiencia laboral y Años experiencia en la institución.

Correlations

Variable	Variable2	Statistic Correlation
actitud	Edad	,051
	Anios.Egres	,033
	Anios.Exp.La	,051
	AniosExp.Ins	,057
conhab	Edad	,070
	Anios.Egres	,033
	Anios.Exp.La	,047
	AniosExp.Ins	,026
practica	Edad	,042
	Anios.Egres	,032
	Anios.Exp.La	,032
	AniosExp.Ins	,068
puntajetotal	Edad	,069
	Anios.Egres	,043
	Anios.Exp.La	,056
	AniosExp.Ins	,071

Tabla 26: Correlaciones de Pearson para las cuatro dimensiones Práctica media, Actitud media, Conocimiento Habilidades y Puntaje Total medias versus las variables continuas.

En base al análisis realizado de los datos, se tiene la siguiente clasificación de factores significativos para:

Puntaje Total:

- Dicotómicos: Formación de Enfermería Basada en la Evidencia los últimos dos años, sabe realizar Búsqueda Bibliográfica.
- Policotómicos: Contrato, Modo Uso de Internet, Nivel Académico, Edad en grupos,

Puntaje Práctica:

- Dicotómicos: Formación de Enfermería Basada en la Evidencia los últimos dos años, sabe realizar Búsqueda Bibliográfica y Asiste a Congresos de Investigación.
- Policotómicos: Institución, Tipo Contrato, Edad en grupos, Años Egresado, Años de Experiencia Laboral, Años Experiencia en la Institución.

Puntaje Actitud:

- Policotómicos: Tipo Contrato.

Puntaje Conocimiento y Habilidad:

- Dicotómicos: Formación de Enfermería Basada en la Evidencia los últimos dos años, Búsqueda Bibliográfica.
- Policotómicos: Modo Uso de Internet, Edad en Grupos.

Las variables mencionadas serán utilizadas para el evaluar el grado de competencia que presentan los profesionales de enfermería frente a la utilización de la EBE por medio de un modelo de regresión multivariable.

6.5. Regresión Lineal

Se establece un modelo de regresión con los factores seleccionados a través del análisis estadístico (Edad en grupo, Formación EBE2Años, B.Bliogra, Tipo Contrato, Modo Uso Internet, Nivel Académico). En base a los resultados, se obtiene un coeficiente $R^2 = 12,2\%$ y coeficientes significativos para Años de Experiencia Institucional, Contrato, Búsqueda Bibliográfica, de acuerdo con lo presentado en Tabla 27

Modelo 1 de Regresión Lineal para factor Puntaje Total.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error				Tolerancia	VIF
(Constante)	4,712	,448		10,512	<.001		
EBE2Aos	-,298	,120	-,162	-2,484	,014	,848	1,179
BBliogra	-,295	,143	-,129	-2,062	,040	,916	1,092
Contrato	,333	,112	,194	2,971	,003	,842	1,188
MUso	,089	,040	,138	2,228	,027	,939	1,065
NAcad	-,114	,084	-,090	-1,360	,175	,821	1,218
Edad_grupo	,165	,056	,203	2,937	,004	,754	1,327

Tabla 27: Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Puntaje Total.

Se observa que el modelo no presenta problemas de colinealidad ya que el factor de inflación de varianza es < 10 . Para mejorar el modelo se construyeron agrupación de categoría para las variables Contrato, Modo de Uso Internet, Nivel Académico, Edad en Grupo y Unidades a través de un árbol de regresión.

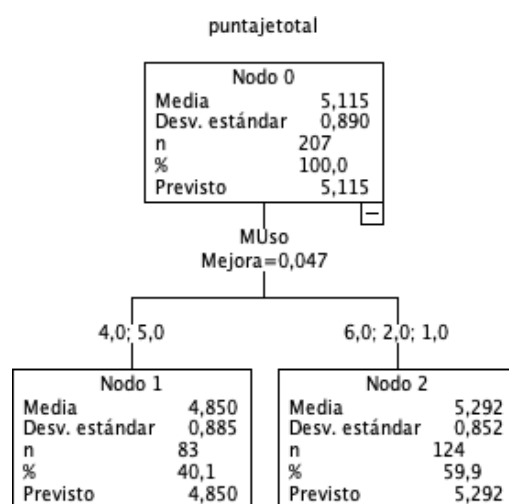


Figura Árbol de Regresión factor Modo Uso. Internet.

El factor modo de uso de internet, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen las categorías: Profesional y Personal, Profesional y Búsqueda Artículo Científico, mientras que el grupo dos contiene las categorías Todas, Profesional, Personal. Se observa que los promedios de Puntaje Total para grupo1 fue de 4,85 y para el grupo 2, 5,92.

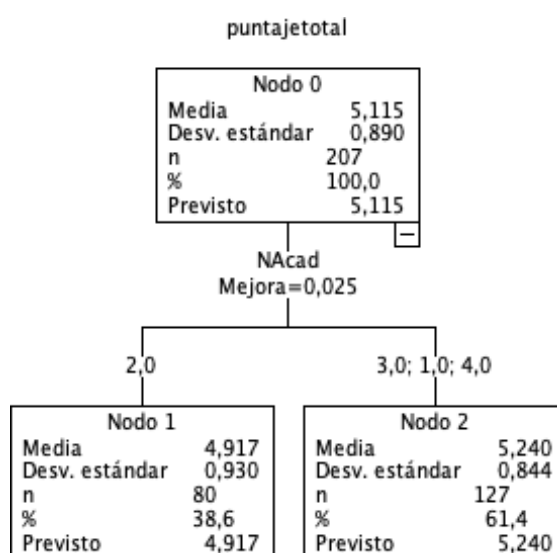


Figura Árbol de Regresión factor Nivel Académico.

El factor Nivel Académico, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría Diplomado, mientras que el grupo dos contiene las categorías Licenciatura, Especialista y Magister. Se observa que los promedios de Puntaje Total para grupo1 fue de 4,91 y para el grupo 2, 5,24. Por lo tanto, se visualiza que los profesionales con grado de Diplomado presentan un puntaje más bajo para la variable respuesta.

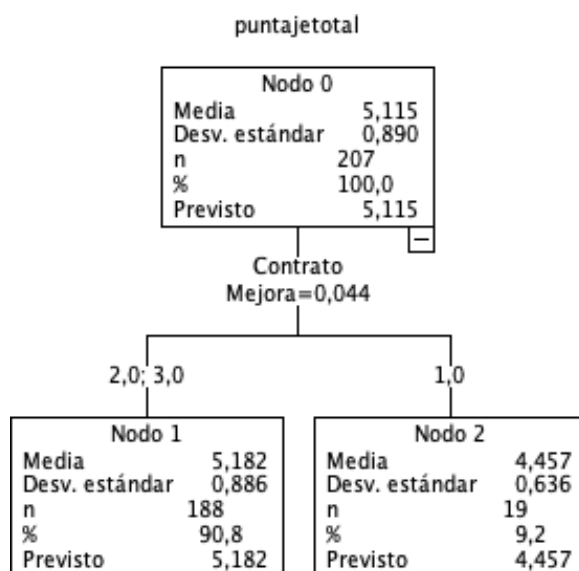


Figura Árbol de Regresión factor Tipo Contrato

El factor Tipo de Contrato, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen las categorías: Contrata, Honorario, mientras que el grupo dos contiene la categoría Planta. Se observa que los promedios de Puntaje Total para grupo1 fue de 5,18 y para el grupo 2, 4,45. Los profesionales con Contrato de Planta presenta un nivel más bajo de respuesta a la variable de estudio.

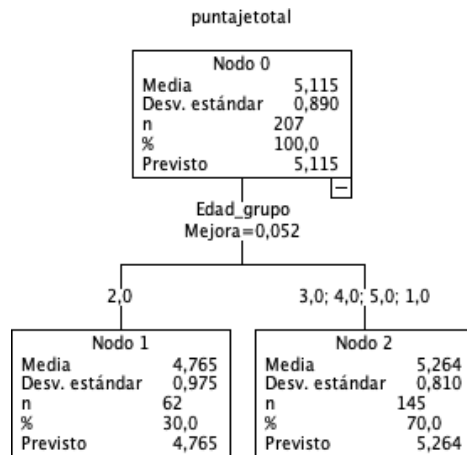


Figura Árbol de Regresión factor Edad en Grupos.

El factor Edad en Grupo, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría: Grupo 1 de 30 a 39 años, mientras que el grupo dos contiene los grupos de edades restantes. Se observa que los promedios de Puntaje Total para grupo1 fue de 4,76 y para el grupo 2, 5,26.

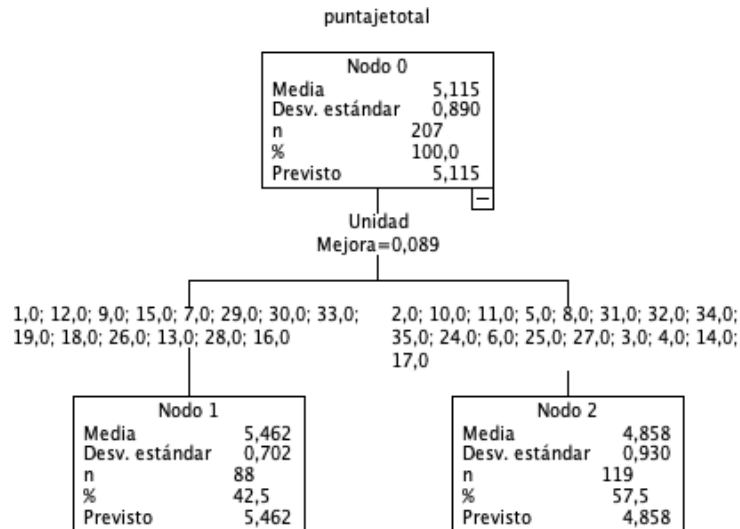


Figura Árbol de Regresión factor Unidades

El factor Unidades, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría con unidades de mayor especialización, mientras que el grupo dos contiene el resto de las unidades (la separación no es perfecta). Se observa que los promedios de Puntaje Total para grupo1 fue de 5,46 y para el grupo 2, 4,85.

A continuación, se creará un modelo de Regresión con las variables: formación en EBE 2 años y Búsqueda Bibliográfica y las obtenidas por los árboles de regresión que corresponden a: Edad en grupo, Modo de Uso internet, Contrato, Nivel Académico, Unidad. El árbol de regresión de Nivel Académico y Búsqueda Bibliográfica no fueron significativas, con un coeficiente $R^2 = 23,1\%$

Modelo 2 de Regresión Lineal para factor Puntaje Total.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error				Tolerancia	VIF
(Constante)	5,896	,473		12,464	<.001		
EBE2Aos	-,288	,114	-,157	-2,533	,012	,826	1,211
Bbliogra	-,144	,137	-,063	-1,052	,294	,872	1,147
contrato_1	-,365	,176	-,122	-2,071	,039	,905	1,105
Nacad_1_pt	,094	,111	,051	,852	,395	,873	1,146
Muso_1_pt	,285	,105	,157	2,707	,007	,934	1,070
edadgrupo_1_pt	,279	,111	,146	2,509	,013	,931	1,074
unidad_1_pt	-,518	,106	-,288	-4,901	<.001	,915	1,093

Tabla 28. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Puntaje Total.

Las variables de árbol de decisión del Modo de Uso y Edad en Grupo tienden a aumentar el Puntaje Total dependiendo del grupo. Para el Modo de Uso Internet, Personal , Profesión, Todas y el Grupo de Edades fuera de rango de 30 -39 años tienden a tener un porcentaje mayor que los encuestados restantes. Para aquellos profesionales en Tipo Contrato Contrata y Honorario tienen mayor puntaje que para los profesionales Tipo Contrato planta y para aquellos enfermeros que no han recibido Formación en EBE en los dos último años suelen tener puntaje más bajos. En el caso de las unidades se pueden inferir , aquellas unidades que presentan mayor especialización tienden a presentar mayor puntaje.

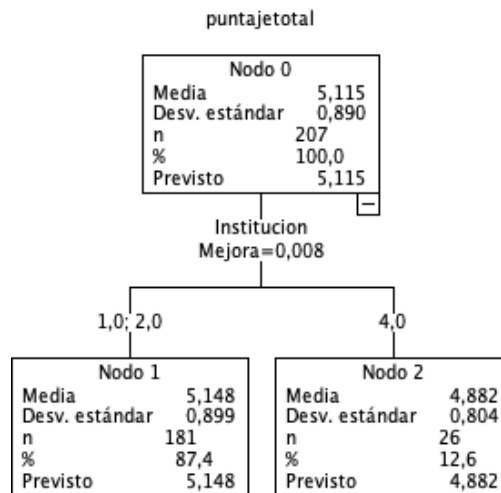


Figura Árbol de Regresión factor Instituciones

El factor Instituciones, agrupa las categorías en dos grupos, el grupo 1 contiene la categoría Hospital del Cáncer y Hospital Roberto del Río y el grupo 2 contiene la categoría Atención Primaria. Los promedios observados para el grupo 1 es de 5,14 y para el grupo 2 de 4,88 con un puntaje más bajo para la variable respuesta.

Factor Práctica

Se establece un modelo de regresión con los factores seleccionados a través del análisis estadístico (Edad en Grupo, Búsqueda Bibliográfica, Asistencia Congreso de Investigación, Institución, Contrato, Formación EBE dos años). En base a los resultados, se obtiene un coeficiente $R^2 = 12,9\%$ de acuerdo con lo presentado en Tabla 30.

Modelo inicial de Regresión Lineal para Factor Práctica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	6,198	,855		7,246	<.001		
EBE2Aos	-,541	,189	-,186	-2,853	,005	,840	1,190
BBliogra	-,442	,228	-,123	-1,943	,053	,896	1,116
CongInv	-,594	,321	-,114	-1,852	,065	,949	1,054
Institucion	-,152	,091	-,102	-1,664	,097	,955	1,047
Contrato	,503	,176	,186	2,862	,005	,849	1,178
Edad_grupo	,203	,084	,158	2,405	,017	,831	1,204

Tabla 29. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Práctica

Se observa que el modelo no presenta problemas de colinealidad ya que el factor de inflación de varianza es < 10 . Para mejorar el modelo se construyeron agrupación de categoría para las variables Unidad, a través de un árbol de regresión.

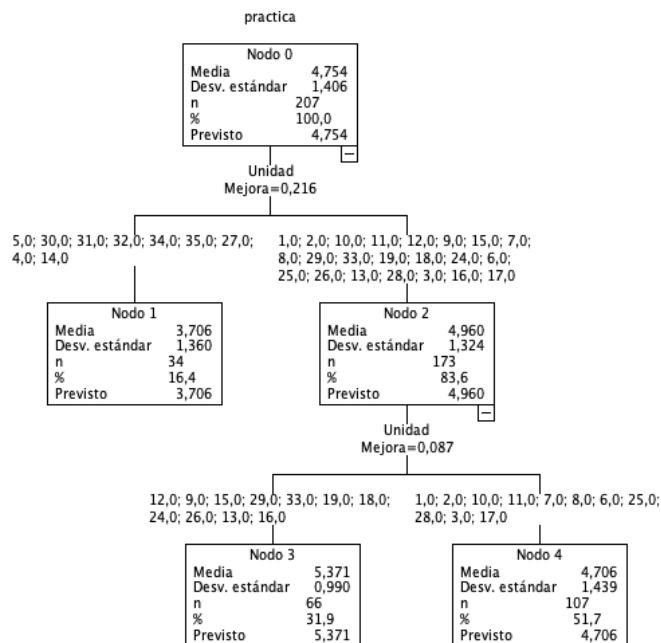


Figura Árbol de Regresión factor Unidades

El factor Unidades, agrupo inicialmente las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría con unidades de menor especialización nuevamente y el grupo dos contiene las unidades más especializadas (la separación no es perfecta). Se observa que los promedios para Práctica fueron para grupo1 de 3,70 y para el grupo 2 4,96. Posteriormente el grupo 2 realiza una nueva agrupación dejando un grupo 3 con aquellas unidades de mayor especialidad y en el grupo 4 el resto de las unidades. Se observa que los promedios para Práctica es de grupo 3 de 5,37 y grupo 4 4,70

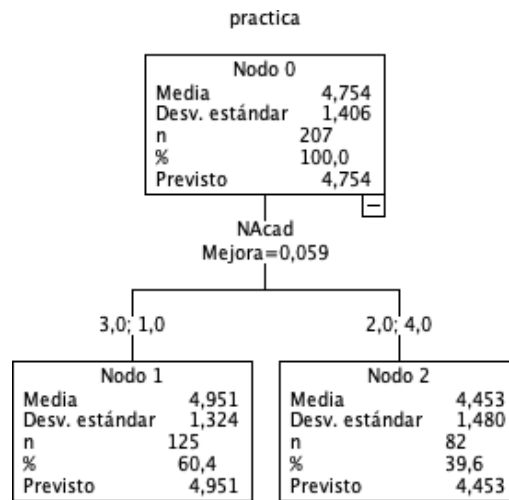


Figura Árbol de Regresión factor Nivel Académico

El factor Nivel Académico, nuevamente agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría Licenciadas y Especialista, mientras que el grupo dos contiene las categorías Diplomada y Magister. Se observa que los promedios Práctica para grupo1 fue de 4,95 y para el grupo 2, 4,45. En el caso de dimensión Práctica refleja que aquellos profesionales con formación en Diplomas y Magister sus promedios son más bajos para las variables respuesta.

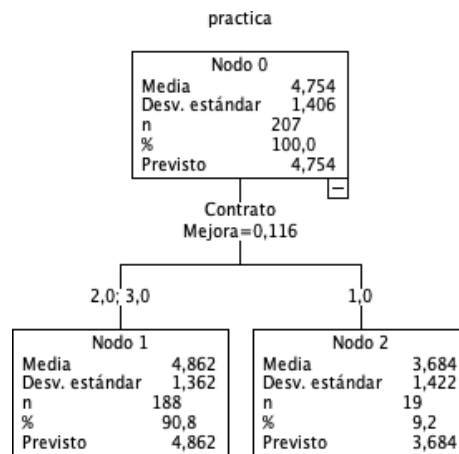


Figura Árbol de Regresión factor Tipo Contrato

El factor Tipo de Contrato, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen las categorías: Contrata, Honorario, mientras que el grupo dos contiene la categoría Planta. Se observa que los promedios de Práctica para grupo1 fue de 4,86 y para el grupo 2, 3,68.

A continuación, se creará un modelo de Regresión con las variables: Formación en EBE 2 años, Tipo Contrato, Años Experiencia Institucional, Nivel Académico y la obtenida por el árbol de regresión que corresponde Unidad. Con un coeficiente $R^2 = 16,2\%$

Modelo final de Regresión Lineal para Factor Práctica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	6,375	,576		11,072	<.001		
EBE2Aos	-,691	,180	-,238	-3,842	<.001	,894	1,118
AnioExpl_grupo	,464	,141	,200	3,289	,001	,927	1,079
NAcad_1_practica	-,504	,176	-,175	-2,858	,005	,913	1,095
unidad_1_practica	,153	,079	,118	1,939	,054	,920	1,087
contrato_1_practica	-,797	,292	-,169	-2,730	,007	,893	1,120

Tabla 30. Resultado de análisis de coeficientes de regresión Factor Práctica.

Las variables de árbol de decisión de Unidad se observa nuevamente aquellas unidades que presentan mayor especialización tienden a presentar un mayor puntaje para el factor Práctica. Para aquellos enfermeros que no han recibido Formación en EBE en los dos últimos años suelen tener puntajes más bajos, al igual que para el factor Puntaje Total. Aquellos profesionales con mayor Experiencia Institucional tienden a aumentar el puntaje en la dimensión Práctica.

Factor Actitud

Se establece un modelo de regresión con los factores seleccionados a través del análisis estadístico (Contrato). En base a los resultados, se obtiene un coeficiente $R^2 = 1,7\%$ de acuerdo con lo presentado en Tabla 31

Modelo inicial de Regresión Lineal para factor Actitud

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	5,202	,314		16,587	<.001		
Contrato	,303	,146	,130	2,072	,039	1,000	1,000

Tabla 31. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Actitud.

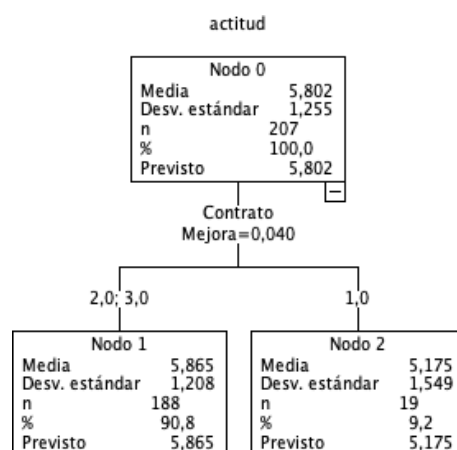


Figura Árbol de Regresión factor Tipo Contrato

El factor Tipo de Contrato, agrupo las categorías en dos grupos nuevamente el grupo 1 contienen las categorías: Contrata, Honorario, mientras que el grupo 2 contiene la categoría Planta. Se observa que los promedios para Actitud para grupo1 fue de 5,86 y para el grupo 2, 5,17. Nuevamente, es bajo en Actitud para aquellos con Contrato Planta.

Modelo Final de Regresión Lineal para factor Actitud

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	6,478	,290		22,368	<.001		
contrato_1_actitud	-,587	,254	-,145	-2,308	,022	1,000	1,000

Tabla 32. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Actitud.

Aquí se puede observar nuevamente que los profesionales en Contrato Honorario y Contrata responden con mayor puntaje hacia la variable respuesta que los de Contrato Planta.

Factor Conocimiento y Habilidades

Se establece un modelo de regresión con los factores seleccionados a través del análisis estadístico (Búsqueda Bibliográfica, Formación EBE 2 años, Modo Uso Internet, Edad en Grupo). En base a los resultados, se obtiene un coeficiente $R^2 = 12,9 \%$ de acuerdo con lo presentado en Tabla 33

Modelo inicial de Regresión Lineal para factor Conocimientos y Habilidades

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	5,155	,313		16,451	<.001		
EBE2Aos	-,253	,118	-,138	-2,145	,033	,859	1,165
BBliogra	-,563	,140	-,247	-4,031	<.001	,941	1,062
MUso	,101	,039	,157	2,596	,010	,967	1,034
Edad_grupo	,120	,051	,148	2,377	,018	,915	1,092

Tabla 33. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Conocimientos y Habilidades.

Se observa que el modelo no presenta problemas de colinealidad ya que el factor de inflación de varianza es < 10 . Para mejorar el modelo se construyeron agrupación de categoría para la variable Modo de Uso Internet, a través de un árbol de regresión.

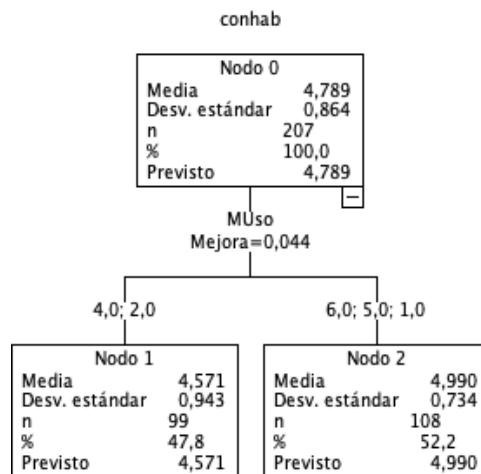


Figura Árbol de Regresión factor Modo de Uso

El factor Modo de Uso Internet, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría: Profesional-Personal y Profesional-Búsqueda Artículo Científico, mientras que el grupo dos contiene las categorías: Todas, Personal, Personal -Búsqueda Artículo Científico. Se observa que los promedios en Conocimientos y Habilidades para grupo1 fue de 4,57 y para el grupo 2 4,99

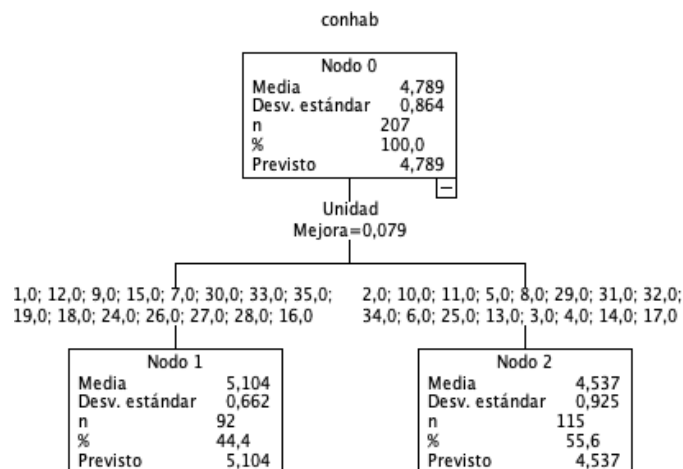


Figura Árbol de Regresión factor Unidades

El factor Unidades, agrupo las categorías en dos grupos, el grupo 1 contienen la categoría con unidades de mayor especialización, mientras que el grupo dos contiene el resto de las unidades (la separación no es perfecta). Se observa que los promedios de Conocimientos y Habilidades para grupo1 fue de 5,10 y para el grupo 2, 4,53

Modelo final de Regresión Lineal para Factor Conocimiento y Habilidades

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta			Tolerancia	VIF
(Constante)	5,973	,329		18,158	<.001		
EBE2Aos	-,335	,113	-,182	-2,967	,003	,820	1,220
BBliogra	-,462	,132	-,203	-3,503	<.001	,923	1,083
Edad_grupo	,117	,047	,145	2,484	,014	,915	1,093
Muso_1_conhab	,385	,102	,217	3,788	<.001	,947	1,057
unidad_1_conhab	-,574	,102	-,320	-5,597	<.001	,948	1,054

Tabla 34. Resultado de análisis de coeficientes de regresión factor Conocimiento y Habilidades

Las variables de árbol de decisión del Modo de Uso tienden a aumentar el puntaje total dependiendo del grupo. Para el Modo de Personal, Profesional y Búsqueda Artículo Científico tienden a tener un porcentaje mayor que los encuestados restantes. Para Búsqueda Bibliográfica tiende a aumentar para aquellos que si la realizan para el factor Conocimiento y Habilidades. En cuanto a la Edad en Grupo los grupos de mayor edad tienden a aumentar el puntaje en Conocimientos y Habilidades.

6.6 Confiabilidad del instrumento del EBPQ-19

Se realiza una valoración de la fiabilidad del instrumento EBPQ-19 con el análisis de la consistencia interna de sus 19 ítems.

Tabla 35. Análisis coeficiente Alfa de Cronbach

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	251	100,0
	Excluido a	0	0,0
	Total	251	100,0
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,912	19

Interpretación:

De acuerdo con este análisis el Alfa de Cronbach es de 0,912 (IC 95%) según la clasificación de George y Malley (2003) corresponde a un coeficiente alfa excelente.

La tabla 13 muestra el resultado de Alfa de Cronbach con su correspondiente IC 95% para cada uno de los factores de los que consta el instrumento.

Tabla 36. Factores EBPQ

Factor	Coeficiente Alfa
Práctica	0,898
Actitud	0,692
Hab. / Conc.	0,921

6.7 PROPUESTA INICIAL DE MODELO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN CHILE.

El presente trabajo ha demostrado que los profesionales de Enfermería le otorgan un gran valor a la EBE por medio de mayor puntuación otorgada al factor Actitud, sin embargo, esto no es coherente al revisar su aplicación en el factor Práctica que ha recibido la menor puntuación.

Conocer las competencias identificadas, nos permite pensar en un modelo que logre dar respuesta a la utilización de esta herramienta en los cuidados de calidad.

El modelo que se presenta a continuación para el país considera a tenor de los resultados obtenidos, como una de las estrategias prioritaria la formación de los profesionales y los modelos que apoyan en forma más adecuada corresponde a las Teorías de Rogers y Carper; al Modelo ARCC que usa tutores como su estrategia clave para ayudar a transformar la cultura de los cuidados y el Modelo Académico Clínico que capacita a los profesionales para guiar con un programa de tutores. El modelo de la RNAO brinda orientaciones desde la enseñanza y también será integrado y aplicado a la propuesta de modelo de formación nacional

El objetivo es proponer un modelo de implementación de Enfermería Basada en la Evidencia de acuerdo con las competencias declaradas por los profesionales de Enfermería del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Los ámbitos de abordaje, según los resultados de esta investigación serían el Académico, y Práctico Hospitalario y Atención Primaria de Salud.

En el ámbito académico considera:

- Capacitación al cuerpo docentes para la implementación de Enfermería Basada en la Evidencia en pregrado como en posgrado.
- Establecer equipos tutores docentes en cada nivel del programa de formación para apoyar la integración de este conocimiento y el logro de la competencia.

Al establecer los conocimientos de la herramienta de la Enfermería Basada en la Evidencia desde los inicios de la formación de los futuros profesionales podría facilitar la integración natural de este conocimiento y de su aplicación práctica como parte del quehacer cotidiano frente a los cuidados a su egreso e inicio de actividades laborales.

Como estrategias a utilizar se considera la elaboración hipótesis de progresión utilizando modelo teórico disciplinar de Patricia Benner³ y Pirámide de Miller⁷⁹, que guiaran el proceso hacia un aprendizaje significativo.

El modelo propuesto para la integración de la Enfermería Basada en la Evidencia, se basa en P. Benner³ por ser la formación de Enfermeras una carrera práctica donde nos permite entregar los conocimientos y a la vez realizar el acercamiento hacia la práctica en los primeros años de iniciado el programa con los estudiante, intencionando el contacto real con los cuidados para las personas, familias y comunidad.

La propuesta sugiere segmentar los años de formación definiendo claramente las clasificaciones de los estudiantes de acuerdo con lo planteado por P. Benner³, esto permitirá identificar las estrategias pedagógicas más efectivas para el nivel en que se encuentra el estudiante ajustando la triada enseñanza, aprendizaje y evaluación en forma óptima para conformar las bases del itinerario del desarrollo de la competencia en la Enfermería Basada en la Evidencia.

Coherente con el modelo pedagógico basado en competencias en que el estudiante toma un rol activo en la construcción de su aprendizaje y que el profesor es mediador entre el conocimiento y el aprendiz, los procesos de evaluación de las competencias para la Enfermería Basada en la Evidencia requieren de un proceso secuenciado y que permita constatar que la competencia sea dominada, consistente con lo anterior es que el modelo propuesto para la implementación de la Enfermería Basada en la Evidencia se apoya en la pirámide de Miller⁷⁹ en donde se define claramente las fases que debe escalarse para considerar que la competencia se ha logrado.

En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile el viaje de la organización académica de mejores prácticas se inició con la elaboración de una hipótesis de progresión (por parte de la investigadora principal de este proyecto) para la entrega de contenidos de Enfermería Basada en la Evidencia que se presenta a continuación:

- Primer año: búsqueda bibliográfica: revisión de diferentes bases de datos con las que dispone la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en donde realizan talleres guiados por bibliotecarios en salud.
- Segundo año: son enfrentados a experiencias clínicas en donde por medio del aprendizaje reflexivo se les guía para elaboraciones de preguntas frente a los cuidados entregados durante su práctica.
- Tercer año: se les entrega los contenidos teóricos en Enfermería Basada en la Evidencia con talleres en estrategias de búsqueda y análisis críticos de artículos científicos.
- Cuarto y quinto año: Integración para la implementación en las actividades prácticas de la formación y evaluación. Específicamente en quinto año se realiza una revisión Integrado de la literatura científica en relación con los cuidados de Enfermería.

Es fundamental para lograr un aprendizaje significativo que la entrega de los contenidos sea permanente y en forma transversal como vertical durante los años de formación de los futuros profesionales, un contenido aislado no asegura la integración de los contenidos.

Cada unidad académica elaborara su hipótesis de progresión de acuerdo con los dominios, competencias y sub-competencias que tributen al perfil de egreso declarado en la institución.

A continuación, se presenta la malla curricular del programa de Enfermería de la Universidad de Chile con la integración del modelo de Patricia Benner³ y la pirámide de Miller⁷⁹. Fig.8

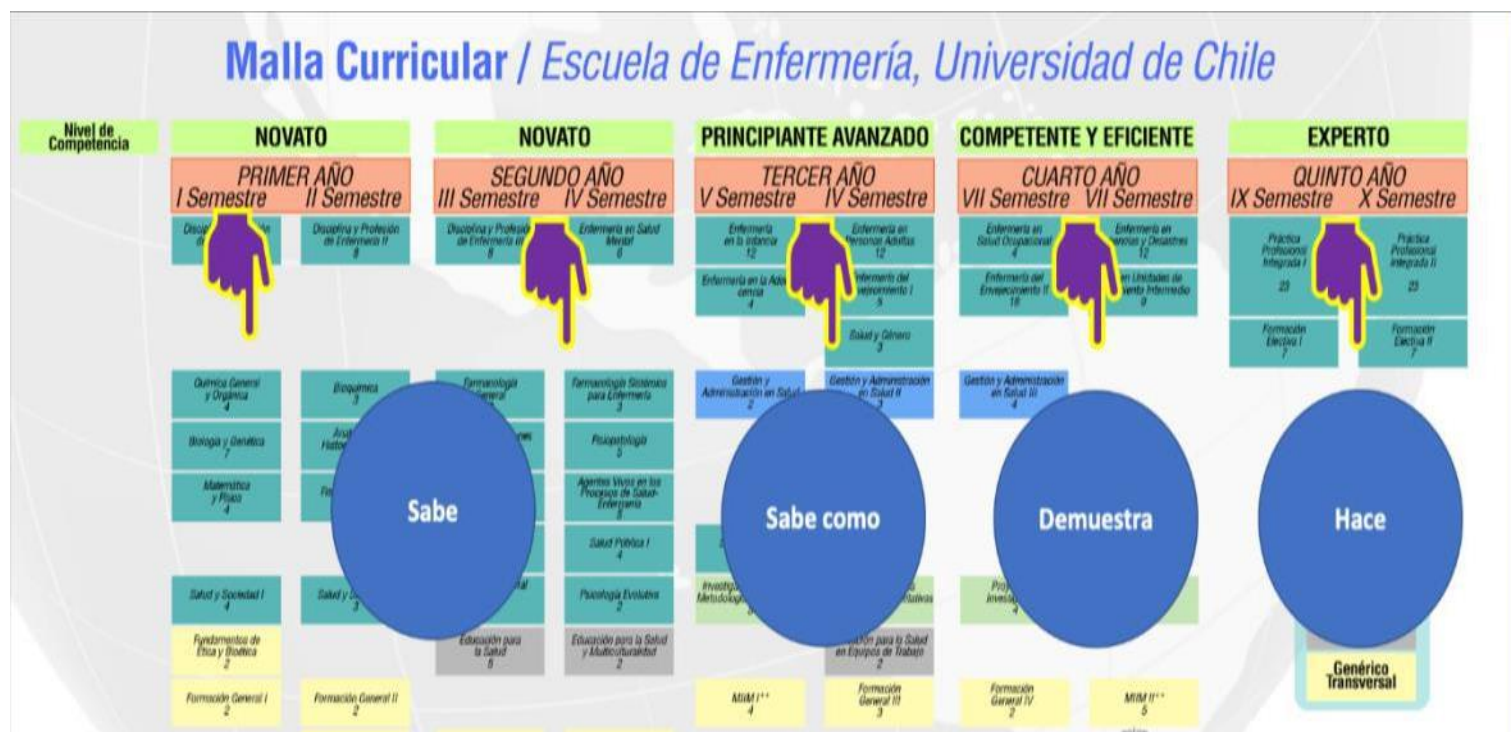


Fig.8.Expresión gráfica en la malla curricular de la formación de enfermería en la Escuela / Departamento de Enfermería. Universidad de Chile (elaboración propia. AGS.).

El modelo de Patricia Benner³ sienta las bases para comprender el conocimiento de enfermería y la adquisición de habilidades, plantea que las experiencias de los profesionales de enfermería y el dominio de sus habilidades son necesarias para el desarrollo de la enfermería favoreciendo el desarrollo del conocimiento intuitivo, ético, estético y personal. Por su marco teórico que apoya el aprendizaje permanente de los profesionales de enfermería es perfectamente aplicable en los procesos de cambios curriculares y de integración de nuevos conocimientos como la Enfermería Basada en la Evidencia.

Otro actor relevante dentro del modelo propuesto para la integración de la Enfermería Basada en la Evidencia son los estudiantes, quienes se integrarán formando grupos de tutores para realizar la formación por pares, en cada nivel de formación.

En Chile si bien la formación disciplinar es escasa, existe la formación de postgrado en diversas áreas y la formación continua como diplomas es muy demandada por los profesionales de Enfermería para recibir conocimientos actualizados, la difusión de la herramienta de Enfermería Basada en la Evidencia para los cuidados de calidad en este espacio de formación permitirá abarcar a aquellos profesionales que ya se encuentran en la práctica asistencial.

Como estrategia en este grupo se considera:

- Capacitación por medio de la creación de mayores ofertas de programas de formación de Diplomas en Enfermería Basada en la Evidencia, actualmente en Chile y América Latina sólo existe uno como formación continua.
- Otra estrategia es el abordaje por Módulos de implementación desde la aplicación práctica en áreas específicas de los cuidados.

Los cuidados de calidad que otorgan los profesionales de Enfermería abarcan desde la Atención Primaria de Salud hasta el nivel más complejo que es el hospitalario, el pilar fundamental de los sistemas de salud de los países radica en entregar una adecuada promoción y prevención de la salud papel que se desempeña principalmente en atención primaria, realizar los cuidados basados en la evidencia científica tanto a este nivel de atención como en el terciario aportará beneficios a toda la población.

Las estrategias para el ámbito Práctico Hospitalario y Atención Primaria es:

- Capacitación al grupo de profesionales para la implementación de Enfermería Basada en la Evidencia a nivel atención primaria de salud como hospitalaria.
- Establecer equipos tutores profesionales a nivel atención primaria de salud como hospitalaria.

El establecer Infraestructura Organizacional en el ámbito académico, práctico hospitalario y atención primaria de salud, para lograr cambios significativos en la aplicación de la Enfermería Basada en la Evidencia, se fundamenta en lo relevante de contar con líderes directivos que valoren fuertemente esta herramienta permitiendo a la institución entregar cuidados más estandarizados y de calidad, será necesario disponer de recursos humanos y económicos para establecer una cultura institucional en Enfermería Basada en la Evidencia. Para efectuar este cambio el modelo propone un reencuentro con la institución, remitir su misión y visión con el fin de incorporar la evidencia científica dentro de sus

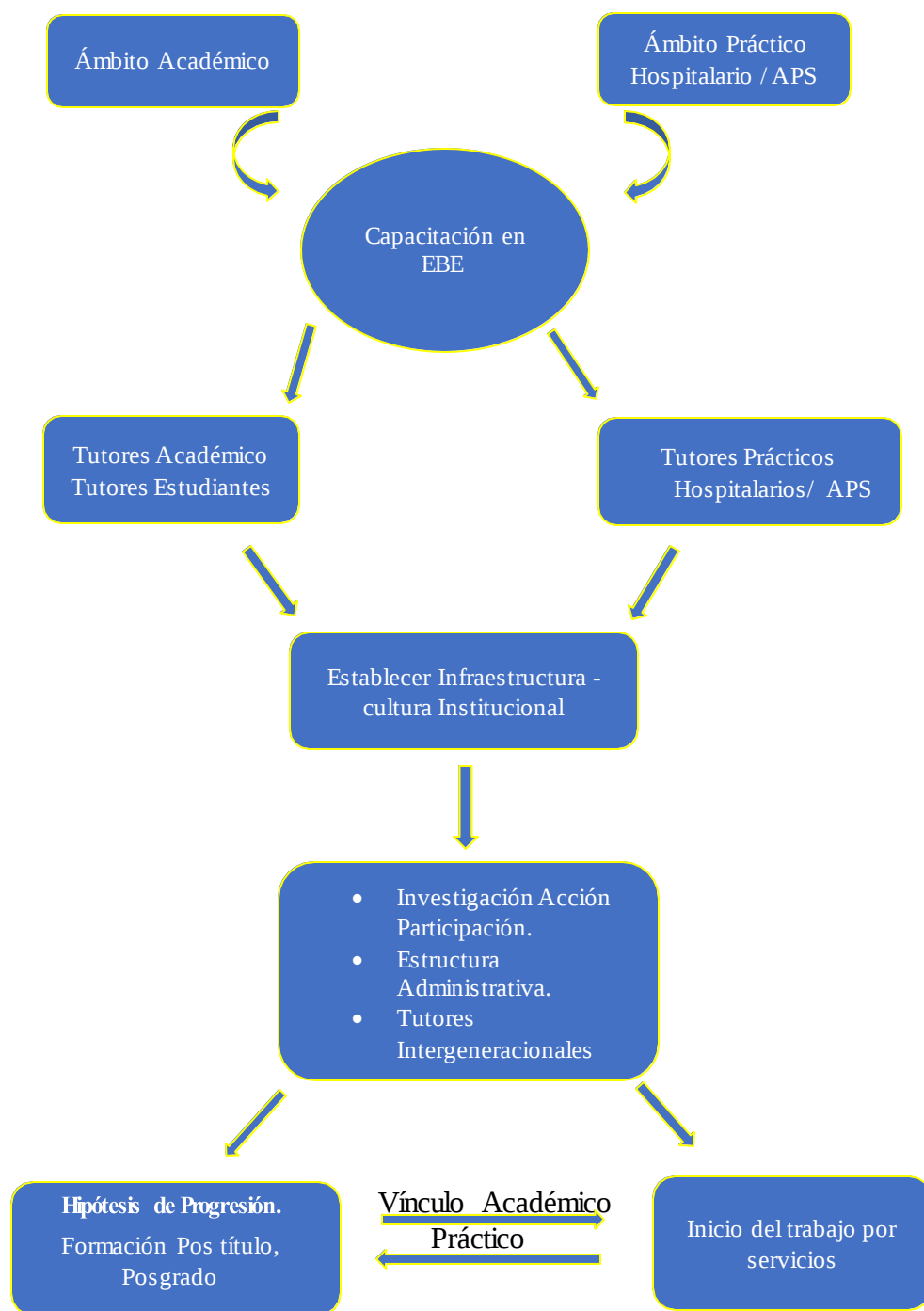
lineamientos de gestión.

Dentro de las estrategias para desarrollar:

- Inicio diagnóstico situacional: Sugerencia Investigación acción participación, entre los actores relevantes con la finalidad de obtener información base de acuerdo con las necesidades de cada institución para la implementación de Enfermería Basada en la Evidencia.
- Establecer una estructura administrativa que sea valorada y reconocida por los profesionales de Enfermería de la Institución.
- Establecer equipos de trabajo entre los tutores intergeneracionalmente: Intencionar equipos de trabajo entre los tutores de diferentes edades especialmente entre las generaciones más jóvenes con las enfermeras con mayor experiencia lo que permitirá en el momento de tomar una decisión de cuidado el pilar de la Enfermería basada en la evidencia del juicio clínico profesional pueda aplicarse sin dificultad.
- Fortalecer vínculo entre la academia y los centros de salud de atención Primaria y hospitalarios.

A continuación, se presenta la expresión gráfica con el paso a paso del modelo propuesto de acuerdo con los diferentes ámbitos de implementación de EBE.Fig.9

Fig. 9: Esquema gráfico del modelo propuesto. Elaboración propia.



CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos presentados, se comprueba la hipótesis alternativa general que establece que existen diferencias en las competencias de los Enfermeros/as del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile para la utilización de la EBE al realizar los cuidados de salud a la población.

Los resultados encontrados indican que los factores que influyen en las competencias en EBE se relacionan con la Edad, la Formación en EBE recibida en los dos últimos años, Tipo de Contrato, Modo de Uso Internet y Unidades, por lo tanto, como primera medida ante cualquier posible intervención sería necesario considerar estos elementos para su eficaz planificación.

En Chile no existe información a la fecha en relación con las competencias que deben contar los enfermeros para aplicar los cuidados basados en la evidencia científica, por lo que este trabajo nos permitirá tener un acercamiento real sobre las variables que influyen en los profesionales de Enfermería para el uso de EBE, facilitando de esta forma la visualización de nuevas estrategias que apunten a dar respuesta a un modelo de implementación de acuerdo con el contexto del Servicio Metropolitano Norte de Santiago. Si bien la muestra es de 251 enfermeros, dada las características de las instituciones en donde se desempeñan los encuestados, correspondientes a Centro de Atención de Salud Familiar en Atención Primaria y a hospitales de alta complejidad tanto de adulto como pediátricos, instituciones de referencia nacional; los resultados podrían ser extrapolables y permitirá conocer la realidad del servicio de salud público del país.

Contrastando los resultados con otros autores, y en relación con el género de los encuestados, resulta similar a los datos presentados en los diferentes estudios⁵⁹⁻⁶¹ donde predomina el género femenino, dato que resulta lógico puesto que la mayoría de las enfermeras de Chile, como en otros países, son mujeres, y además en coincidencia con el informe Ministerial del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, donde se reporta que el 91 % de los profesionales de Enfermería corresponden a mujeres.

Los profesionales de Enfermería que participaron en este estudio cuentan con una media de edad diferentes respecto a otros estudios revisados⁶⁰⁻⁶² siendo una muestra más joven; con una media de experiencia laboral y antigüedad en las instituciones de aproximadamente dos veces menos del tiempo como el caso de la investigación efectuada por Solís⁵⁸. Un alto porcentaje de los profesionales del presente estudio fueron menores de 30 años, valor por debajo de lo informado por el Ministerio de Salud¹²⁵ donde el 49% de los enfermeros corresponden a menores de 35 años. En cuanto al grado de competencia profesional percibido por los enfermeros encuestados, para desarrollar la EBE de acuerdo con cuestionario EBPQ presentan diferencias significativas en la puntuación global, con mayores puntuaciones los profesionales con mayor experiencia, diferente a los encontrado en los otros estudios^{60,61} en donde la puntuación más alta lo presentan aquellos profesionales con menos experiencia y en el estudio de Martínez⁶⁰ donde la edad no tuvo una significancia estadística para la EBE.

Contar con una población de profesionales más jóvenes puede ser más esperanzador para el proceso de implementación de la EBE, dado su corta experiencia laboral puede ofrecer una disposición positiva al cambio. Por otro lado, puede convertirse en una amenaza para la implementación de la EBE, puesto que; de acuerdo con lo que mencionan algunos autores⁵⁸; dentro de los cuatro pilares considerados para éxito de esta práctica, se encuentra el juicio profesional que se alcanza con la experiencia laboral.

Lo anterior puede tomarse como una oportunidad para el trabajo intergeneracional de Enfermería utilizando como metodología las mentorías, en donde el profesional con más años de experiencia guía al novato en un proceso crítico y reflexivo frente a los cuidados, fundamental para efectuar la EBE y este a su vez aportaría los conocimientos más actualizados generacionalmente como el uso de las tecnologías.

Al igual que los estudios anteriormente efectuados⁵⁹⁻⁶¹ la muestra estuvo mayoritariamente compuesta por profesionales que trabajaban en servicios hospitalarios, quedando el resto en atención primaria, porcentajes muy cercanos a los del estudio de P. Gómez⁵⁶. Además, en ambos coincide la inexistencia de diferencia significativa frente al grado de competencia percibido. Esto de alguna manera podría ser positivo para levantar un modelo de

implementación similar en todos los servicios en el país, reforzando fuertemente las actividades de promoción y prevención de la salud basados en la evidencia propias de atención primaria, puerta de entrada a los sistemas de salud para la población.

Las unidades de hospitalizaciones presentaron participaciones similares a la de otro estudio⁶⁰ donde el mayor número de respuesta se obtuvo de los servicios de hospitalización superando los servicios de cuidados críticos y de emergencia.

El grupo de enfermeros que realizaban actividades clínicas fueron los más representados, y con una participación de enfermeros que cumplían labor de gestión en un porcentaje menor (14,5%) al presentado en el trabajo de Solis⁵⁸(29%). A diferencia de los otros estudios, se consideró a aquellos profesionales que en sus actividades diarias cumplen tanto funciones clínicas como de gestión, que es una realidad en Chile en donde dada la baja contratación de profesionales las actividades a desarrollar por los profesionales de Enfermería no son exclusivas, las enfermeras coordinadoras de los servicios realizan actividades asistenciales como también las enfermeras asistenciales dependiendo del horario asumen actividades de coordinación y gestión.

En este estudio los profesionales de Enfermería frente a la variable Tipo de Actividad no presentaron diferencia significativa entre sus categorías frente a la variable respuesta, lo que es diferente a los estudios internacionales revisados ⁵⁹⁻⁶², en donde la actividad gestión presentaba un mayor grado de competencia. Esto permite visualizar un escenario transversal para iniciar el modelo de implementación en su primera fase de capacitación.

Otra realidad que se observa en Chile y que se refleja en el estudio son los diferentes tipos de contratos con los que las instituciones públicas emplean a los profesionales, los denominados “contrata”, “honorarios” y “de planta o contratado” se puede observar que la mayoría de los enfermeros están bajo el régimen de renovación anual y de presentación de factura contra servicios realizado. Sólo un porcentaje menor se encuentran en esta última clasificación. Esto puede presentar una amenaza para el programa de implementación de EBE

por la posibilidad de desvinculación de la institución por parte de los profesionales de enfermería frente a una oferta de contratación más segura.

Sin embargo, los trabajos internacionales revisados^{57,60} muestran que la vinculación laboral no afecta la EBE, en el caso del estudio chileno se ha encontrado que la categoría de planta ha presentado significancia estadística frente a factor Práctica y Puntaje Total, que luego de efectuar la regresión lineal demostró que estos profesionales presentan menor puntuación hacia el total de las competencias para EBE.

En Chile la formación de los profesionales de Enfermería es de cinco años, momento en que egresan con el grado académico de licenciados en Enfermería lo que le permite continuar hacia una mayor formación de postgrado, la dificultad presentada es que la oferta en formación disciplinar es escasa. En el estudio los profesionales de Enfermería cuentan con su grado de licenciatura, formación de postítulo de Diplomado en áreas diferentes a las disciplinares y con el grado de Magister, no hubo ningún profesional con el grado académico de doctor. Esta realidad es diferente en los trabajos realizados internacionalmente^{59,60}, en donde a pesar de no contar con doctoradas, si cuentan con un porcentaje mayor de Magister (17%)⁶⁰.

La falta de enfermeras con grado académicos más alto puede estar relacionado con que la muestra presenta una edad promedio de 32,9 años, llevando pocos años de ejercicio laboral, con la escasa oferta en formación en el tema en Chile, poco interés por formarse en un tema que no visualizan como de aplicación práctico. En el presente trabajo el nivel académico de Diplomado presentó resultados más bajo hacia la EBE que las otras categorías.

El estudio presenta que los profesionales de Enfermería en su totalidad respondieron que utilizaba internet en su casa y en el trabajo, dedicando esta herramienta a ver temas personales y profesionales en un porcentaje bajo, al ser consultado por su uso para búsqueda específica de artículos científicos no se obtuvo respuesta positiva, esto es similar con lo encontrado en investigaciones internacionales⁶⁰ donde frente a esta pregunta casi en su totalidad (81%) reconocen tener internet en el trabajo en el cual era consultado varias veces al día (72,1%).

Una de las competencias que debe desarrollar el profesional de enfermería frente a la EBE es saber realizar Búsqueda Bibliográfica, tener acceso a las plataformas internacionales con las bases de datos, si bien en el presente estudio el nivel de respuesta afirmativa es alto (81%) asegurando que saben realizar búsqueda esta no es practicada de acuerdo con las respuestas anteriores para revisar artículos científicos. Esto es similar a lo revelado en el estudio en investigaciones internacionales⁶⁰, donde se asegura que un porcentaje elevado de profesionales (89%) buscan evidencia científica, la frecuencia con lo que la realizan es escasa y otro porcentaje nunca han usado las bases de datos porque no las conocen.

Los resultados del estudio chileno tienen coherencia con lo mencionado, el nivel de competencia de esta variable presenta diferencias estadísticamente significativas para el factor Puntaje Total como para factor Actitud.

La capacitación en EBE y mantenerse actualizado por medio de la asistencia a Congresos temáticos pueden ser factores que contribuyan al proceso de establecer la herramienta entre los profesionales para la resolución de problemas, la sociedad del conocimiento cambia rápidamente siendo necesario que los profesionales se mantengan actualizados con relación a los resultados de la investigación⁴².

Uno de los hallazgos preocupantes encontrados en el estudio fue alto porcentaje de profesionales que no habían recibido formación en EBE y no habían asistido a Congresos en los últimos dos años, siendo diferente a lo encontrado en otros estudios^{57,60}. En el caso del trabajo de Solis⁵⁸ el 60% de las enfermeras han recibido formación en EBE en los últimos dos años. Observando los resultados de ambas variables con el instrumento de competencia EBPQ-Q9 presenta concordancia, reflejando diferencias estadísticamente significativas en las medias de ambas variables frente al factor Puntaje Total de las competencias, los factores de Conocimiento y Habilidades como también factor Práctica, los resultados del trabajo señalan a ambas variables con una incidencia positivamente determinantes para la EBE.

Es indispensable pensar en crear estrategias para modificar esta falta de formación, desde diferentes ámbitos como se ha mencionado en el capítulo de implementación, abarcando el

pregrado como también mejorar la oferta a nivel de postítulo y posgrado. En Chile recientemente han surgido nuevas iniciativas como el primer diploma en EBE e Investigación disciplinar en enfermería que pretende acercar la temática a los profesionales de Enfermería en donde han formado enfermeras tanto del ámbito clínico, de atención primaria como académico y además ha sido pensado en la modalidad online para descentralizar el conocimiento de la capital del país.

Los resultados aportados por el presente estudio revelan que los profesionales de enfermería del Servicio Metropolitano Norte de Santiago de Chile obtuvieron una puntuación media total de 5,0, que se podría calificar de aceptable; el factor Actitud mostró la puntuación más alta seguido por el factor Conocimientos y Habilidades y el factor Práctica. Lo que coincide con lo presentado en los diferentes estudios internacionales⁵⁹⁻⁶² que destacan entre los tres factores del instrumento al factor Actitud con la mayor ponderación, es lo mejor valorado por los profesionales de Enfermería. Los valores que se obtuvieron se asemejan a la investigación de Solis⁵⁸, presentando el estudio chileno puntuaciones de medias más altas, reflejando que los encuestados presentan competencias más altas para la EBE.

En relación con el trabajo de Martínez⁶⁰ que mide las competencias en la aplicación de EBE en el ámbito de los cuidados críticos existe semejanza sólo en el factor Actitud, pero existe una diferencia de casi un punto en factor Conocimiento y Habilidades y en el factor Práctica. Es interesante esta comparación entendiendo que son servicios de especialización y mayor complejidad cuyo ambiente es indispensable la entrega de cuidados de alta calidad, sin embargo los valores reflejados en los factores de competencias cognitivas y de práctica nos indican que puede ser necesario realizar en futuros estudios análisis por servicios como el realizado en el presente trabajo, que reflejo que aquellos profesionales de Enfermería que se encontraban en los servicios mas especializados, presentaron puntajes más altos para desarrollar la EBE.

Asimismo, el estudio permite identificar el valor que los profesionales de Enfermería participantes otorgaron a la EBE, brindando una alta puntuación al factor Actitud lo que se puede considerar como un importante facilitador para implementarla, esto queda aún más

reflejado al revisar las puntuaciones presentada en los ítems de cada factor del instrumento. El valor más alto presentado fue para el ítem “la práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional”, seguido por los otros dos ítems. Esto refleja que los profesionales de enfermería del estudio creen en el valor de esta herramienta para apoyar su práctica, con lo cual el promover su utilización podría ser menos complejo y las estrategias para implementarla deberán reforzar aquellos factores que recibieron menos ponderación media como Conocimientos y Habilidades y Práctica.

El análisis de los ítems de los factores menos valorados por los profesionales de Enfermería encuestados, ofrece una orientación inicial para el proceso de implementación, en este caso coinciden absolutamente con dos del estudio de Martínez⁶⁰, en donde en el factor Práctica menos valorado fue “evalúe críticamente, estableciendo criterios, cualquiera referencia bibliográfica hallada” y en el factor Actitud con “recibo de buen agrado que cuestionen mis intervenciones en el curso de mi práctica clínica”. El primero se podría asumir que falta formación en lectura crítica de artículos científico por lo cuál se debería reforzar esta competencia y en el segundo pensar en actividades que refuercen la autonomía profesional y liderazgo.

Se evidenció la existencia de una relación directamente proporcional entre el aumento de uno de los factores en relación con algunos de ellos. La correlación en relación con el factor Práctica y los Conocimientos y Habilidades fue positiva, en la medida que aumenta la Práctica hay una tendencia a mejorar este factor en un 63%. Similar a lo presentado en el estudio de Martínez⁵⁰. Las enfermeras que desarrollan más actividades relacionadas con la EBE presentan mayores valores en los factores Actitud y Conocimientos y Habilidades hacia la EBE. Con lo cual podemos deducir la necesidad de formación en EBE, para lograr una actitud positiva hacia esta práctica del cuidado como también alcanzar los conocimientos y habilidades para utilizarla.

En los resultados obtenidos también se revisó la relación proporcional entre el factor Actitud y los dos factores restantes, encontrándose que la correlación es dispersa; no mejora el factor Conocimientos y Habilidades. Las enfermeras refieren mayor valor en el factor Actitud hacia

la práctica, pero esto no implica que la tendencia del factor Conocimiento y Habilidades como el factor de Práctica también lo haga. Lo que nuevamente induce a plantear la necesidad de reforzar la formación de PBE, una actitud positiva hacia la PBE por sí sola no garantiza que exista el conocimiento y habilidades para su aplicación práctica.

Por lo anterior el estudio presenta al igual que las investigaciones internacionales a profesionales con una actitud positiva para la EBE, evaluando con puntuaciones más bajas los conocimientos y habilidades sobre EBE y sobre su implementación en la práctica clínica.

No se encontró asociación significativa con las variables Años de Egreso, Años de Experiencia Laboral” pero si, para Años de Experiencia en la Institución” y la dimensión Práctica, tampoco se encontró diferencia entre los hospitales. Esto dado probablemente por ser una muestra con profesionales mayoritariamente joven. Si se observó una significancia estadística entre el factor Práctica y Atención Primaria de Salud similar a lo encontrado en un estudio internacional⁵⁹.

Dentro de las limitaciones que podríamos mencionar de nuestro estudio se identifica con el uso de un cuestionario autoadministrado con el sesgo que esto puede implicar al evaluar conocimientos y habilidades. También la escasa representación de enfermeros con formación de magister y doctorado que no permitió concluir si existe diferencia en aquellos que reciben la formación de posgrado y su grado de influencia para la utilización de EBE.

Se sugiere continuar estudiando esta línea de investigación desde diferentes paradigmas. Como una de las primeras fases en las instituciones se sugiere en el modelo chileno la investigación acción participación que permitiría levantar información diagnóstica de la realidad del entorno, realizar actividades de mejoras involucrando a todos los interesados desde el comienzo del proceso y cumplir todo el ciclo de este diseño metodológico en conjunto, favoreciendo de esta forma la apropiación y el sentido de pertenencia del cambio en los cuidados institucionales.

Relevancia para la práctica clínica

Se deberá investigar el impacto de los modelos implementados para la EBE tanto a nivel hospitalario como de Atención Primaria, observando barreras y elementos facilitadores para continuar perfeccionando el uso de esta herramienta, intencionando la adquisición de mejores competencias por los profesionales de enfermería en Chile en EBE.

Conformar en las instituciones grupos tutores de investigación de Enfermería en cuidados dedicados a resolver situaciones de salud que requieran tomar decisiones basadas en la mejor evidencia, que se encarguen de buscar los nuevos conocimientos y llevarlos a la práctica.

Fortalecer el vínculo entre la academia y las instituciones de salud para intercambiar conocimiento tanto desde la academia a la práctica como de la práctica a la academia.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

En relación con la hipótesis y los objetivos definidos, las conclusiones de este estudio son las siguientes:

- 1.- El nivel de competencias en EBE de los profesionales de Enfermería estudiados, ha resultado ser medio-alto con mayores ponderaciones en el factor Actitud, seguido de los factores Conocimientos y Habilidades y factor Práctica.
- 2.- El menor nivel de competencia en EBE, fueron la falta de formación en EBE en los últimos dos años, el no uso de internet, no realizar búsqueda bibliográfica para revisar artículos científicos, ser profesional de planta, pertenecer al grupo de edad entre 30 y 39 años y trabajar en unidades menos especializadas.
- 3.- Los profesionales de Enfermería, en relación con el grado de competencia profesional percibido, presentan una actitud positiva frente a la EBE, pero con falta de formación.
- 4.- Los factores sociodemográficos que predicen el grado de competencia profesional en EBE identificado en este estudio son: trabajar en unidades especializadas como unidades críticas, pertenecer al grupo de edad bajo 30 años y sobre 39 años, contar con contrato tipo Contrata u Honorario, formación en EBE últimos dos años, uso de internet.
- 5.-Lo anterior permite aceptar la hipótesis planteada ya las características sociodemográficas de este grupo de estudio influyen en el grado de competencias en EBE.
- 6.-Resulta posible hacer una propuesta inicial de modelo para la implementación de la EBE considerando las teorías de implementación y sostenibilidad de P. Benner y Carper; además de los diferentes perfiles siguiendo la Teoría de Difusión de las Innovaciones de Roger, como también el Modelo ARCC, el Modelo Académico Clínico con la formación de tutores en el ámbito académico, práctico de atención primaria y hospitalario.
- 6.- El modelo de implementación, debe, asimismo, fortalecer el vínculo entre la academia y las instituciones de salud para intercambiar conocimiento desde la academia a la práctica como de la práctica a la academia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso P, Ezquerro O; Fargues I, García J; Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia del cuidado. [Internet] 1a ed. Madrid. Ediciones DAE (Grupo Paradigma).2004 [Consultado 20 de septiembre 2018] Disponible en: <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>
2. Beneitone P, Esquetini C, González J, Marty M, Siufi G, Wagenaar R. “Reflexiones y Perspectivas de la Educación Superior en América Latina”. [Internet] Informe Final –Proyecto Tuning –América Latina 2004 -2007. [Consultado 20 de septiembre 2018]. Disponible en: http://tuning.unideusto.org/tuningal/index.php?option=com_docman&Itemid=191
3. Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 8ª ed. Barcelona España. Elsevier.2015.
4. Gobierno de Chile, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. ¿Qué es CONICYT? [Internet]. 2021 [consultado 02 de septiembre 2021] <http://www.conicyt.cl/sobre-conicyt/que-es-conicyt/>
5. Registered Nurses Association of Ontario. COVID-19 Portal [Internet]. 2021 [citado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://rnao.ca/>
6. Instituto Nacional de Estadística. Compendio Estadístico 2017. [Internet] [Consultado 20 septiembre 2018] Disponible en: https://m.nearbyme.io/search/?search_term=nstituto%20Nacional%20de%20Estad%EF%BF%BDstica.%20Compendio%20Estad%EF%BF%BDstico%202017.&brand=gc1
7. Indicadores Básicos de Salud Chile 2011. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile [Internet] [Consultado marzo 2017] Disponible en: http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/INDICADORES_2011.pdf
8. Becerril V, Reyes J. “Sistema de salud de Chile”. Salud pública [Internet] 2011 [Consultado febrero 2017] 53(2) Supl 2:S132-S143. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5035/4861>
9. Ministerio de Salud. Hitos de la Salud Chilena. [Internet] [Consultado febrero 2017] Disponible en: <http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
10. Ministerio de Salud. Código Sanitario: Decreto con Fuerza de Ley No 725 Rectificación. Bibl del Congr Nac Chile [Internet]. 2011; 43. Documento disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=81502>

11. Subsecretaría de Redes Asistenciales (Minsal). Norma Nro 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. 2007; 1-6. Documento disponible en: <https://enfermeriachl.files.wordpress.com/2018/11/resolucion-nc2b0-1127-norma-nc2b0-19.pdf>
12. Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs K. Modelos de Enfermería, aplicación a la práctica. 1ª ed. México. El Manual Moderno: 2011
13. Newman, M. A.; Sime, A. M., y Corcoran-Perry, S. A. “The focus of the discipline of nursing”, ANS Adv Nurs Sci, 1991 14(1):1-6.
14. Sancho Cantus, D; Prieto Contreras, L. Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible? Enfermería Global [Internet] 2012 [consultado: 24 de junio 2018]; 11(27):299-305. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015
15. Durán de Villalobos, MM. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencia. Av Enferm [Internet] 2012 [Consultado febrero 2017] 30(1):9-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-450020120001000011
16. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Internet]. 28 de mayo de 2009 [consultado 13 de agosto 2021]; 2(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17>
17. López Gómez E. “En torno al concepto de competencia: un análisis de fuentes”. Profesorado. Revista de curriculum y formación del profesorado [Internet] 2016 [consultado 13 de agosto 2021]; 20(1):311-322. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/567/56745576016.pdf>.
18. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Definición de Enfermería [Internet] [Consultado 22 de febrero 2017] Disponible en: www.icn.ch/es.
19. Alexander MF, Runciman PJ. Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista: informe del proceso de elaboración y de las consultas [Internet] Ginebra (Suiza) Consejo Internacional de Enfermeras CIE. 2013 [Consultado enero 2017] Disponible en: www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf.
20. Comisión Nacional de Acreditación CNA Chile. Misión y Visión [Internet]. 2021 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cnachile.cl/Paginas/misionvision.aspx>

21. Caballero C, Calvo M, Herrera S, Illesca M, Ladman C, Mendoza S, et al. Criterios de evaluación para la acreditación de carreras de enfermería. Com Nac Acreditación. [Internet] 2007 [consultado 15 de agosto 2021];7(1):1–24. Disponible en:
https://www.qualitas.cl/wp-content/uploads/2016/12/Criterios_de_Evaluacion_Enfermeria_CNA-Qualitas.pdf
22. Universitas. Grupo de Estudios Avanzados en Educación Superior. Enfermería Ranking Universidades [Consultado enero 2021]. Disponible en:
<http://rankinguniversidades.emol.com/indicadores-enfermeria-2016/>
23. Clavijo M; Romero F, Panigua M. “Evolución de la formación en enfermería” Medwave [Internet] Jul 2016 [Consultado 21 de Sep. de 2018]; 16(6): e6505 doi: 10.5867/medwave.2016.06.6505. Disponible en
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6505.act>
24. Muñoz Mendoza, Carmen Luz; Alarcon Sanhueza S. Evolución Histórica y Desarrollo Nursing in Chile. Cult los Cuid [Internet]. 1999 [Consultado febrero 2017];3(5):45–51. Disponible en:
http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Historia-Enfermeria_05_08.pdf
25. Silva A, Planet P, González F. “La Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile y la evolución de la profesión en nuestro país. Un relato cronológico”. Revista de Enfermería. Edición Especial 110 Años. Departamento de Enfermería. Universidad de Chile. Artículo disponible en:
<https://www.uchile.cl/publicaciones/171823/revista-chilena-de-enfermeria-vol-1>
26. Chile BN de. Enfermeras: profesionalización y cuidado sanitario (1906-1950) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [Internet]. 2018 [Consultado en febrero 2017]. Disponible en:
<http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-100622.html>
27. Reglamento y Plan de Estudios del Programa Complementario de Licenciatura para Profesionales de la Salud. Decreto Universitario N°0014277, [Internet] de 4 de agosto de 2003. [consultado 2 de septiembre de 2021] Disponible en:
<http://www.medicina.uchile.cl/informacion-estudiantes/asuntos-estudiantiles/reglamento-general-de-los-planos-de-formacion>
28. Aguirre F. Ley de exclusividad universitaria: una deuda pendiente. elDesconcierto.cl. [Internet] 2016 [Consultado 22 de septiembre de 2018]. Disponible en:
<http://www.eldesconcierto.cl/2016/09/30/ley-de-exclusividad-universitaria-una-deuda-pendiente/>
29. Cicardini D, Espinoza F, Fernández M, Gahona S, Girardi C, Monsalve M. Proyecto de ley “Modifica el decreto con fuerza de ley N° 2, de 2010, del Ministerio de Educación, con el objeto de establecer la exclusividad universitaria de la carrera de

- Enfermería. En: Boletín N° 10678-04 Periodo Legislativo 2014-2018 Legislatura 364 [Internet]. Cámara de Diputados. Gobierno de Chile; p. 8. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=14399>
30. Instituto Nacional de Normalización. ¿Qué diferencia existe entre la acreditación y la certificación? [Internet]. 2016 [consultado 22 de septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.inn.cl/que-diferencia-existe-entre-la-acreditacion-y-la-certificacion>.
 31. Simonetti M, Soto P, Galiano A, et al. “Dotación, skillmix e indicadores laborales de enfermería en Hospitales Públicos chilenos”. Rev. Méd. Chile [Internet] 2020 [Consultado 13 abril de 2021]. Disponible en : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001444&lng=es&nrm=iso
 32. OCDE. Panorama de la salud 2017: Indicadores de la OCDE [Internet]. 2018 [consultado agosto 2021] Disponible en : https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-2017_9789264306035-es#page1
 33. Aiken LH, Simonetti M, Sloane DM, Cerón C, Soto P, Bravo D, et al. Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2021[Consultado 3 de Agosto 2021] Aug 1;9(8):e1145–53. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00209-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00209-6/fulltext)
 34. Colegio de Enfermeras de Chile A.G. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl>
 35. ACHIEEN. Asociación Chilena de Educación en Enfermería. Disponible en: <https://www.achieen.org/nosotros>
 36. ACHIEEN. Examen Nacional Estado actual. Boletín ACHIEEN [Internet]. 2015 [consultado 2 de agosto 2020];1:1–13. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/5598e0_a6d0ba44a9774c6481bb95c2cf9a7f28.pdf
 37. CHILE F. Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (FENASENF) [Internet]. FENASENF. [cited 2021 Aug 2]. Disponible en: <https://fenasenf.cl/quienes-somos/>
 38. Federación Nacional de Estudiantes de Enfermería de Chile. FENECH http://www.fenech.cl/quienes/quienes_somos.
 39. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ªed. España. Elsevier. 2016. 5-18- 418p

40. Nacional CB. Higiene y salud pública en Chile (1870-1910) - Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [Internet]. [Consultado en 02 de agosto de 2021]. Available from: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-614.html>
41. Comisión Nacional de Investigación Científica Y Tecnológica. <http://www.conicyt.cl/sobre-conicyt/que-es-conicyt/>
42. Espinoza M, Cabiese B, Paraje G. La investigación en salud y la evaluación de tecnologías sanitarias en Chile. Rev. Med Chile 2014; 142 (S1): S 39-44.
43. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Chile. “Informe del Consejo de CONICYT 2015-2018” [Internet]. [Consultado 10 de noviembre de 18]. Disponible en: http://www.conicyt.cl/wp-content/uploads/2018/03/Interior_Conicyt.pdf.
44. Programa Información Científica CONICYT. “Principales Indicadores Cientiográficos de la Actividad Científica Chilena 2012”. Informe 2014; Una mirada a 10 años [Internet]. [Consultado 4 de marzo 2017]. Disponible en <http://www.conicyt.cl/informacioncientifica/files/2014/08/Informe-de-Chile-2012.pdf>
45. Gibbons L. La investigación en enfermería: un campo interdisciplinario. Educ Méd Salud [Internet] 1980 [consultado marzo 2017];14(1):76-94. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(14\),%201%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20(14),%201%20(1).pdf)
46. Salud OP de la. Formación doctoral en enfermería en América Latina y el Caribe. OPS Washington, DC; [Internet] 2017. [Consultado octubre 2018] Disponible en : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13685:formacion-doctoral-en-enfermeria-en-america-latina-y-el-caribe-2017&Itemid=3562&lang=en
47. Scimago Journal & Country Rank. World Report [Internet]. 2021 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.scimagojr.com/countryrank.php?area=2900&year=2019>
48. Mendoza S, Klijin TP. Organización y tendencias del conocimiento de enfermería en Chile. Rev Bras Enferm. [Internet] 2004 [consultado 31 de agosto 2021];57:143–51. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200003>>. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200003>. <https://www.scielo.br/j/reben/a/ByFxntcMgBjWrNZfp9BJxc/?lang=es#>
49. Campos M. Situación de la investigación en enfermería en Chile. rhe [Internet]. 3 de junio de 2020 [consultado 31 de agosto de 2021];8(1):4-11. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/14842>
50. López G, Araya M, Infante A, Demandes I. Factores facilitadores y obstaculizadores para la investigación de enfermeras clínicas en Santiago de Chile. Educ

- Médica.[Internet] 2019 [consultado 02 de septiembre 2021];20(5):284–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302158>
51. Rogers, E M. Difusion of Innovations. 3rd ed. New York. The Free Press, 1983. [Consultado 2 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>
 52. Fuentes R. Everett Rogers (1931-2004) y la investigación Latinoamericana de la comunicación. Comun y Soc [Internet] 2015 [Consultado julio 2020];(4):93–125. Gale Academic OneFile. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47248238.pdf>
 53. Singhal A. Everett Rogers, an intercultural life: From Iowa farm boy to global intellectual. Int J Intercult Relations. [Internet] 2012 [consultado mayo 2020]1;36(6):848–56. Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com/272065/1-s2.0-S0147176712X00075/1-s2.0-S0147176712001113/main.pdf?X-Amz-Security-Token=>
 54. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. ANS Adv.Nurs Sci 1978;1(1):13-23.
 55. Dalheim A. Harthug, S. Nilsen R, W Nortvedt M. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. BMC Health Serv Res.[Internet] 2012 [consultado 2 de septiembre 2021] Oct 24;12:367. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1472-6963-12-367.pdf>
 56. Pedro-Gómez J, Morales-Asencio J M, Sesé A, Bennasar M, Artigues G, Perelló C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. Gac Sanit [Internet]. 2011 Jun [consultado 03 de septiembre 2021] ; 25(3): 191-197. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300004&lng=es.
 57. Pedro-Gómez J, Morales-Asencio J M, Sesé A, Bennasar M, Ruiz M J, Muñoz F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2009 Ago [consultado 03 de septiembre 2021] ; 83(4): 577-586. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es.
 58. Solís M. Competencias en práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras en España.[tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015 [Consultado 2 de septiembre de 2021]. Disponible desde: <https://eprints.ucm.es/34374/>

59. Pérez M; Sánchez I; Pancorbo P. Conocimientos, actitudes y uso de la Práctica Basada en la Evidencia entre enfermeras activas en la Internet. Invest Educ. enferm [Internet] 2014 [Consultado 2 de septiembre de 2021]; 32(3): 451-460. Disponible: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/20706/17374>
60. Martínez D, Jiménez D, Muñoz J, Aguilera G, López A, Rodríguez M. Competencia de las enfermeras de cuidados críticos para integrar y aplicar la práctica basada en la evidencia. Metas Enferm [Internet] 2014; [Consultado 2 de septiembre de 2021]; 17(3): 20-26. Disponible en <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80568/>
61. González S. Factores que influyen en la incorporación de la Evidencia Científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria. [Internet] Tesis Doctoral Universidad Islas Baleares 2014: [Consultada 2 de septiembre 2021] Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284437/tsgt1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
62. Rumbo P, Martínez Q, Sobrido P, Raña L, Vázquez C, Braña M. Implementar evidencias e investigar en implementación: Dos realidades diferentes y prioritarias. Enferm Clín [Internet] 2016 [consultado 2 de septiembre 2021], 26(6), 381-386. Disponible en : https://www-clinicalkey-es.uchile.idm.oclc.org/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130862116301486.pdf?locale=es_ES&searchIndex=https://www-clinicalkey-es.uchile.idm.oclc.org/#!/content/journal/1-s2.0-S11308621163
63. Bauer, M. Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne A. An introduction to implementation science for the non-specialist. BMC Psychol [Internet] 2015 [consultada 2 de septiembre 2021] 3,32 . Disponible en : <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40359-015-0089-9.pdf>
64. Steelman.M. The Iowa Model. AORN J [Internet] 2016 [consultado mayo 2020], 103(1):5. Disponible en : <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84952837804&doi=10.1016%2fj.aorn.2015.11.020&origin=inward&txGid=51baf36b549d6e742fae6169e08479ff>. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.11.020>
65. Stetler B. Refinement of the Stetler/Marram Model for Application of Research Finding to Practice. Nurs Outlook [Internet].1994 [consultado mayo 2020]. 42(1):15-25. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8202393/?from_term=Stetler+CB&from_cauthor_id=1048468&from_pos=3
66. Stetler B. Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice.Nurs Outlook [Internet] 2001 [consultado 2 de septiembre 2021] Nov-Dec,49(6):272-9. Disponible en:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11753294/?from_term=Stetler+CB&from_filter=simsearch3.fft&from_pos=1

67. Fuentes R. "Everett M. Rogers (1931-2004) y la investigación Latinoamericana de la comunicación." *Comunicación y Sociedad [Internet]* 2005 [consultado julio 2020];4:93-125. Gale Academic OneFile. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47248238.pdf>
68. Department of Communication, The University of Texas at El Paso. Everett M. Rogers, an intercultural life: From Iowa farm boy to global intelectual. *Int J Intercult Relat [Internet]* 2012 [consultado mayo 2020];36(6):848-856. Disponible: <https://pdf.sciencedirectassets.com/272065/1-s2.0-S0147176712X00075/1-s2.0-S0147176712001113/main.pdf?X-Amz-Security-Token=>
69. Stevens R. (2004). *ACE star model of knowledge transformation*. Academic Center for Evidence-based Practice. San Antonio: University of Texas Health Science Center San Antonio; [Internet] 2004 [Consultado 2 de septiembre de 2021] Academic Center for Evidence-based Practice. Disponible en: <https://www.uthscsa.edu/academics/nursing/star-model>
70. Mazurek B, Fineout-Overholt E. *Práctica Basada en la Evidencia para Ciencias de la Salud*. Barcelona España. 3ª ed. Wolters Kluwer. 2016
71. Rosswurm M, Larrabee J. (1999). A model for change to Evidence-Based Practice. [Internet]. *The Journal of Nursing Scholarship*,31:317-322. [consultado 11 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
72. Fineout-Overholt E, Melnyk B, Schultz A. Transforming Health Care from the Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. *Journal of Professional Nursing*. [Internet] 2005 [consultado 12 de septiembre de 2021];21: 335-344. Disponible en: <https://health.ucdavis.edu/cnr/download/1-s2.0-S8755722305001456-main.pdf>
73. Kitson A, Harvey G, Mc Cormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality In Health Care*. [Internet] 1998 [consultado 14 de Agosto de 2021];7:149-158. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/7/3/149.full.pdf>
74. Johns Hopkins Medicine. Center for Evidence-Based Practice [Internet]. 2021 [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.hopkinsmedicine.org/evidence-based-practice/ijhn_2017_ebp.html
75. RNAO. Herramienta de implementación de las guías de práctica clínica [Internet]. Registered Nurses' Association of Ontario; 2012. [consultado 2 de septiembre de 2021] Disponible en: https://nao.ca/sites/nao-ca/files/Toolkit_en15.pdf

76. Silva A. Implementación de guías de buenas prácticas clínicas elaboradas por Registered Nurses Association of Ontario en curriculum de enfermería Universidad de Chile.[Internet].2015 MedUNAB [consultado 2 de septiembre de 2021]. 17(3),182-189.Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.2386>
77. Ministerio de Salud de Chile. [Internet]. Chile y Canadá celebran convenio de acuerdo para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia-Firma convenio RNAO. [consultado 2 de septiembre de 2021].Disponible en: <https://www.minsal.cl/minsal-firma-convenio-de-cooperacion-internacional-para-implementar-mejores-practicas-medicas-en-hospitales-publicos/>
78. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Firma convenio Hospital Clínico y RNAO. Disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/noticias/enfermerias-de-facultad-de-medicina-y-hcuch-firman-convenio-con-rnao>
79. Stevens, K."The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [Internet] 2013 [Consultado mayo 2020] 18, No. 2, Manuscript 4 Disponible en: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/>
80. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS.[Internet]. “Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud” . [consultado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf
81. Beyea C, Slattery J. Historical Perspectives on Evidence-Based Nursing. *Nurs Sci Q*. [Internet] 2013 [consultado: 9 de abril 2019];26(2):152-5. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318413477140?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=nsqa
82. Peters J, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco C, Khalil, H. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. [consultado: 5 de enero 2021]. Disponible en: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
83. Pearcey A. Achieving Research-Based Nursing Practice. [Internet] *Journal of Advanced Nursing* 22(1), pp.33-39. Julio 1995[citado: 13 de Agosto 2021] Disponible en:

<https://onlinelibrary-wiley-com.uchile.idm.oclc.org/doi/10.1046/j.1365-2648.1995.22010033.x>

84. CASPE. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. España [citado 25 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
85. Martí A. “La medicina basada en evidencia en 1948: visión desde 2005”. Gaceta Médica de Caracas [Internet] 2006 [consultado: 10 de diciembre 2020];114(3):208-213. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262496279_La_medicina_basada_en_evidencia_en_1948_vision_desde_2005.
86. Mackey A, Bassendowski S. “The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice”. J Prof Nurs. [Internet] 2017 [consultado: 9 de abril 2019] ;33(1):51-55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S875572231630028X?via%3Dihub>
87. Sánchez K, Sosa R, Green D, Motola D. “Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana”. Médica Sur, México [Internet] 2007 [consultado: 5 de mayo. 2020]; 14(1):9-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2007/ms071b.pdf>.
88. Scott K, McSherry R. “Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice”. J Clin Nurs.[Internet] 2009 [consultado: 9 de abril 2019];18(8):1085-95. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x>
89. Brower E J, Nemec R, “Origins of Evidence-Based Practice and what it Means for Nurses”. Int. J Childbirth Educ. [internet] 2017 [consultado: 5 de mayo 2020]; 32(2): 14-18. (5p). Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=423057de-d952-45dc-a1b4-f3e7bbf34fdd%40sessionmgr101>
90. Mazurek B; Fineout-Overholt E; Stone P; Ackerman M. “Evidence -based practice. Evidence -based practice: the past, the present and recommendations for the millennium”. Pediatric Nursing [Internet] 2000 [consultado:5 de mayo 2020]; 26(1):77-80. (4p). Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=ad65f05e-eb24-4c1f-8269-d34cb87bbcd4%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107109018&db=ccm>
91. Roy L. Simpson. “Evidence-based nursing offers certainty in the uncertain world of healthcare” Nursing Management [Internet] 2004 [citado: 7 junio 2020]; 35(10):10-12. 2p. (Journal Article). Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=6230edf5-ec28-4bb8-b87e-60b359d332f2%40sessionmgr4007>

92. Alcolea M, Oter C, García A. “Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia”. Nure Investigación [Internet] 2011 [consultado: 7 de junio 2020]; 52 Mayo – Junio:1-7. Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/538/527/>
93. Noe E. “Enfermería Basada en la Evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional”. Enfermería en Costa Rica [Internet] 2011[consultado: 10 de junio 2020]; 32(2). Disponible:
https://www.researchgate.net/publication/305681200_RESUMEN_ABSTRACT_Evidence-Based_Nursing_A_Route_To_Its_Application_Into_Practice
94. Donald Mc. “Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. Evid Based Nurs. [Internet] 2001 [consultado: 20 de julio2020]; 4(7): 68-69. (2p). Disponible en: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/4/3/68.full.pdf>
95. Estabrooks CA. “Thoughts on Evidence-based nursing and its science-A Canada perspective” Worldviews on Evidence-Based Nursing [Internet] 2004 [consultado: 20 de julio2020]; 1(2): 88-91. 4p. (Journal Article). Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e0ec760c-f2eb-41fe-9370-9aad38b8d147%40sessionmgr104>
96. Urrea M, Retamal C, Tapia C, Rodríguez M. “Enfermería Basada en la Evidencia : qué es, sus características y dilemas”. Invest. Educ. Enferm.[Internet] 2010 [consultado: 20 de mayo 2020]; 28(1):108-18. Web. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100013
97. Letelier L, Moore P. “La medicina basada en evidencia. Visión después de una década”. Rev. Méd. Chile [Internet] 2003[consultado: 20 de junio 2020]; 131(8):939-946. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800016.
98. Alcolea M, Oter C, Martín G A. “Fases de la Práctica Basada en la Evidencia”. NURE Investigación [Internet] 2011 [consultado: 14 de agosto 2019] ; 8(53):1-5. Disponible en:
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/545>
99. Icart M. “La Evidencia Científica: Estrategia para la práctica enfermera”. ROL. Revista Española de Enfermería [Internet] 1999 [consultado: 20 de agosto 2019] ; 22(3):185-190. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/2445/102730>

100. Flemming K. "Asking answerable questions-Evidence-Based Nursing". Evid Based Nurs [Internet] 2001 [consultado: 20 de agosto 2019] ; 1(2): 68-69. (2p). Disponible en: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/1/2/36.full.pdf>
101. Orellana A, Paravic T, "Enfermería Basada en la Evidencia. Barreras y estrategias de implementación". Cienc. enferm. [Internet] 2007 [consultado: 10 de febrero 2020]13(1):17-24. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art03.pdf>.
101. Parahoo K. "Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland". J Adv Nurs.[Internet] 2000 .[consultado: 12 de febrero 2019];31(1):89-98. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01256.x?sid=nlm%3Apubmed>.
102. Sanchez I, López I, Pancorbo P. "Obstáculos percibidos por las enfermeras para la práctica basada en evidencias: Un estudio cualitativo". Enfermería Clínica [Internet] 2013 [consultado: 20 marzo 2020];23(6):279-83. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.uchile.idm.oclc.org/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130862113001332.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
103. Yoo I J, Kim J, Kim J, Kim H, Ki J. "Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture". PLoS One. [Internet] 2019 [consultado: 3 de abril 2020] ;14(12): e0226742. doi: 10.1371/journal.pone.0226742. eCollection 2019. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0226742>
104. Alqahtani N, Kyeung M, Kitsantas P. "Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study". J Clin Nurs. [Internet] 2020 [consultado: 15 de abril 2019] ; 29(1-2):274-283. doi: 10.1111/jocn.15097. Epub 2019 Nov 26. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15097>
105. Li S, Cao M, Zhu X. "Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review". Medicine (Baltimore) [Internet] 2019 [consultado: 20 de mayo 2020] ; 98(39): e17209. doi: 10.1097/MD.00000000000017209 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6775415/pdf/medi-98-e17209.pdf>
106. Hasanpoor E, S, Janati A, Hajebrahimi S, Haghgoshayie E. "Nursing Managers' Perspectives on the Facilitators and Barriers to Implementation of Evidence-Based Management". Worldviews Evid Based Nurs. [Internet] 2019 [consultado: 14 de septiembre 2020] ; 16(4):255-262. doi: 10.1111/wvn.12372. Epub 2019 Jun 3. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/wvn.12372>.

107. Camargo F, Iwamoto H, Galvão C, Pereira A, Andrade B, Masso C. “Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review”. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2018 [consultado: 25 de septiembre 2020]; 71(4):2030-2038. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0617. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/0034-7167-reben-71-04-2030.pdf>
108. Gifford W, Zhang Q, Chen S, Davies B, Xie R, Wen S-W, Harvey G. “When east meets west: a qualitative study of barriers and facilitators to evidence-based practice in Hunan China”. *BMC Nurs.* [Internet] 2018 [consultado 1 de octubre 2020]; 20 17:26. doi: 10.1186/s12912-018-0295-x. eCollection 2018. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-018-0295-x>
109. Duncombe D. “A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice”. *J Clin Nurs.* [Internet] 2018 [consultado: 10 de octubre 2020]; 27(5-6):1216-1226. doi: 10.1111/jocn.14168. Epub 2018 Jan 15. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.14168>
110. Oh E, Yang Y, Yoo J, Lim J, Sung J. “Mixed Method Research Investigating Evidence-Based Practice Self-efficacy, Course Needs, Barriers, and Facilitators: From the Academic Faculty and Clinical Nurse Preceptors”. *J Korean Acad Nurs.* [Internet] 2016 [consultado: 15 de octubre 2020]; 46(4):501-13. doi: 10.4040/jkan.2016.46.4.501. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27615040>
111. Majid S; Foo S; Luyt B; Zhang X; Theng Y; Chang Y; Mokhtar I. “Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers”. *J Med Libr Assoc.* [Internet] 2011 [consultado: 20 de octubre 2020]; 99(3):229-36. doi: 10.3163/1536-5050.99.3.010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133901/pdf/mlab-99-03-229.pdf>
112. Ubbink D, Vermeulen A, Knops D, Legemate K, Oude M, Heineman Y, Roos C, Fijnvandraat H, Heymans R, Simons L. “Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital”. *Neth J Med.* [Internet] 2011 [consultado: 25 de octubre 2020]; 69(2):87-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21411849/>
113. Koehn L, Lehman K. “Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice”. *J Adv Nurs.* [Internet] 2008 [consultado: 15 de agosto 2020]; 62(2):209-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18394033/>
114. Hajbagheri A. “Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran”. *J Adv Nurs.* [Internet] 2007 [consultado: 20 de agosto 2020]; 58(6):566-75. Epub 2007 Apr 17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17442028/>

115. Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon T, Raynor P. "Barriers to evidence-based practice in primary care nursing--why viewing decision-making as context is helpful". *J Adv Nurs*. [Internet] 2005 [consultado 4 de noviembre 2020];52(4):432-44. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03609.x>
116. DeBruyn R, Ochoa-Marín S, Semenik S. "Barriers and facilitators to evidence based nursing in Colombia: perspectives of nurse educators, nurse researchers and graduate students". *Invest Educ Enferm*. [Internet] 2014 [consultado 9 de noviembre 2020];32(1):9-21. doi: 10.17533/udea.iee.v32n1a02. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229899>
117. Martínez J. "Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia". *Enfermería Clínica* [Internet] 2003 [consultado 18 de octubre 2020]13(5):303-08. Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com/277721/1-s2.0-S1130862103X7018871>
118. SA S, Sim H, Ahn E, Kim J. "Mediating role of critical thinking disposition in the relationship between perceived barriers to research use and evidence-based practice". *Contemp Nurse*. [Internet] 2015[consultado 25 de octubre 2020];51(1):16-26. doi: 10.1080/10376178.2015.1095053. Epub 2015 Oct 12. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2015.1095053>
119. Khammarnia M, Mohammadi M, Amani Z, Rezaeian S, Setoodehzadeh F. "Barriers to Implementation of Evidence Based Practice in Zahedan Teaching Hospitals, Iran, 2014". *Nurs Res Pract*. [Internet] 2015 [citado 8 de octubre 2020]; 2015:357140. doi: 10.1155/2015/357140. Epub 2015 Mar 18. Disponible en <http://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2015/357140.pdf>
120. Gea-Sánchez M. "Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario". *Enfermería Clínica* [Internet] (2010) [consultado 13 de diciembre 2020]; 20 (5):313-14. Web. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.uchile.idm.oclc.org/science/article/pii/S1130862110001336>
121. Labrague L, McEnroe-Petitte D, D'Souza C, Fronda D, Edet O, Ibebuikwe J, Venkatesan L, Almazan J, Al A, Mirafuentes E, Cayaban A, Al Yahyaie. "A Multicountry Study on Nursing Students' Self-Perceived Competence and Barriers to Evidence-Based Practice". *Worldviews Evid Based Nurs*. [Internet] 2019 [consultado: 6 de febrero 2021] Jun;16(3):236-246. doi: 10.1111/wvn.12364. Epub 2019 Apr 25. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wvn.12364>
122. Ali A. Ammouri A, Raddaha P, Renu J, Noronha A, Obeidat L. "Evidence-Based Practice: Knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman". *Sultan Qaboos Univ Med J*. [Internet] 2014 [consultado 18 de febrero 2021]

Nov;14(4);e537-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25364558/>

123. Brown E, Wickline A, Ecoff L, Glaser D. "Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center". J Adv Nurs.[Internet] 2009 [consultado 8 de enero 2021] Feb;65(2):371-81. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x. Disponible en: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1026>
124. Sharplin G, Adelson P, Kennedy K, Williams N, Hewlett R, Wood J, Bonner R, Dabars E, Eckert M. "Establishing and Sustaining a Culture of Evidence-Based Practice: An Evaluation of Barriers and Facilitators to Implementing the Best Practice Spotlight Organization Program in the Australian Healthcare Context". Healthcare (Basel) [internet]. 2019 [consultado 10 de octubre 2020] Nov 12;7(4). pii: E142. doi: 10.3390/healthcare7040142. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/7/4/142/html>
125. Melnyk B, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. "El estado de la práctica basada en la evidencia en las enfermeras de Estados Unidos: implicaciones críticas para las enfermeras dirigentes y educadores". J Nurs Adm. [Internet] 2012 [consultado 10 de diciembre 2020] Sep;42(9):410-7. Disponible en: https://www.epistemonikos.org/es/documents/2b72a389edace8c7548677cb0c7fb7abe85a37d3?doc_lang=es
126. Mathieson A, Grande G, Luker K. "Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis". Prim Health Care Res Dev.[Internet] 2019 [consultado 10 de enero 2021] Jan;20:e6. doi: 10.1017/S1463423618000488. Epub 2018 Aug 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6476399/pdf/S1463423618000488a.pdf>
127. OCHISAP. Observatorio Chileno de Salud Pública. "Desarrollo histórico del sistema de Salud". Universidad de Chile. <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud>.

ANEXOS

Anexo 1: Lista de verificación CASPe.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
 - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
 - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas “de eliminación”. Sólo si la respuesta es “sí” en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *italica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III, p.3-8.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? <i>PISTA: Considera</i> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? <i>PISTA: Considera</i> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

¿Merece la pena continuar?

Preguntas “de detalle”

4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado? <i>PISTA: Considera si</i> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado? <i>PISTA: Considera si</i> - El ámbito de estudio está justificado. - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).	☐ ☐ ☐ SÍ NO SÉ NO
7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.	☐ ☐ ☐ SÍ NO SÉ NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso? <i>PISTA: Considera</i> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
9 ¿Es clara la exposición de los resultados? <i>PISTA: Considera si</i> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación? <i>PISTA: Considera si</i> -El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. -El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
--	--

Anexo 2: Lista de verificación STROBE

von Elm E et al. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales

Tabla 1. Declaración STROBE: lista de puntos esenciales que deben describirse en la publicación de estudios observacionales

Título y resumen	Punto	Recomendación
	1	(a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual (b) Proporcione en el resumen una síntesis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado
Introducción		
Contexto/fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada
Métodos		
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los periodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos
Participantes	6	(a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes (b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos
Fuentes de datos/medidas	8*	Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué
Métodos estadísticos	12	(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión (b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones (c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (<i>missing data</i>) (d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo (e) Describa los análisis de sensibilidad
Resultados		
Participantes	13*	(a) Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados (b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase (c) Considere el uso de un diagrama de flujo (a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión
Datos descriptivos	14*	(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés (c) Estudios de cohortes: resuma el período de seguimiento (p. ej., promedio y total) Estudios de cohortes: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición
Datos de las variables de resultado	15*	Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen
Resultados principales	16	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos (b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos (c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante
Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)
Discusión		
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validad externa)
Otra información		
Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo

Nota: Se ha publicado un artículo que explica y detalla la elaboración de cada punto de la lista, y se ofrece el contexto metodológico y ejemplos reales de comunicación transparente^(1,2). La lista de puntos STROBE se debe utilizar preferiblemente junto con ese artículo (gratuito en las páginas web de las revistas *PLoS Medicine* (<http://www.plosmedicine.org/>), *Annals of Internal Medicine* (<http://www.annals.org/>) y *Epidemiology* (<http://www.epidem.com/>)). En la página web de STROBE (<http://www.strobe-statement.org>) aparecen las diferentes versiones de la lista correspondiente a los estudios de cohortes, a los estudios de casos y controles y a los estudios transversales.

*Proporcione esta información por separado para casos y controles en los estudios con diseño de casos y controles. Si procede, también de los grupos con y sin exposición en los estudios de cohortes y en los transversales.

Anexo 3: Instrumento EBPQ-19

Características Sociodemográficas de las Enfermeras y Enfermeros

Institución _____

Unidad _____

Edad _____ años

Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Años de Egresado _____

Años de Experiencia Laboral total _____

Años de Experiencia Laboral en esta institución _____

Tipo de contrato: Planta _____ Contrata _____ Honorarios _____

Tipo Actividad : Gestión _____ Clínica _____

Uso de internet en casa o en el trabajo: SI _____ NO _____

Motivo del uso de internet (puede elegir más de uno);

Personales _____ Profesionales _____ para búsqueda de artículos científicos _____

Máximo nivel académico:

Licenciada/o _____ Diplomado _____ Especialista _____ Magister _____

Doctorado _____

En los últimos dos años ¿ha recibido formación en Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)? : Si _____ No _____

¿Sabe realizar una búsqueda bibliográfica? : Si _____ No _____

En el último año ¿ha asistido a algún congreso de actualización en Investigación? Si _____ No _____

08 JUL 2015

Cuestionario de Efectividad Clínica y Práctica Basada en la Evidencia (CPBE-19)

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opiniones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre profesionales sanitarios. No hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en sus opiniones y el uso que usted hace de la evidencia en su práctica.

1. CON RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA A ALGÚN PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA HECHO LAS SIGUIENTES CUESTIONES PARA RESPONDER A ALGUNA POSIBLE LAGUNA SURGIDA EN SU CONOCIMIENTO? (SEÑALE V O X):

Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida, como el principio del proceso para cubrir esta laguna:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente
Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente
Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente
Integré la evidencia encontrada con mi experiencia:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente
Evalué los resultados de mi práctica:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente
Compartí esta información con mis colegas	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

2. POR FAVOR, INDIQUE (V O X) EN QUÉ LUGAR DE LA ESCALA SE SITUARÍA USTED PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PARES DE ENUNCIADOS:

7. Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica sobre mi práctica
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional
9. Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.

3. EN UNA ESCALA DE 1 A 7 (SIENDO 7 LA MEJOR Puntuación) ¿CÓMO SE PuntuARÍA A SÍ MISMO/A? (Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado):

	Pobre ← → Excelente						
10. Habilidades para la investigación	1	2	3	4	5	6	7
10. Habilidades con las tecnologías de la información	1	2	3	4	5	6	7
12. Monitorización y revisión de habilidades prácticas	1	2	3	4	5	6	7
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación	1	2	3	4	5	6	7
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes	1	2	3	4	5	6	7
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes	1	2	3	4	5	6	7
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	1	2	3	4	5	6	7
17. Capacidad de determinar la validez del material encontrado	1	2	3	4	5	6	7
18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1	2	3	4	5	6	7
19. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos	1	2	3	4	5	6	7

Joan de Pedro Gómez et al.
Rev Esp Salud Pública 2009, Vol. 83, N.º 4



Anexo 4. Carta de aprobación del Comité de Ética.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES



28 JUN. 2016

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

FECHA: 28 de junio de 2016.

PROYECTO: "IMPACTO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA".

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. AMALIA GALLEGUILLOS SILVA.

INSTITUCIÓN: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Con fecha 28 de junio de 2016, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada de fecha 22 de junio del 2016.

Se extiende este documento por el periodo de un año a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:

- DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteci@med.uchile.cl

