



OM
EDITORIAL



*Modelos avanzados de gestión del
cuidado centrado en la persona:*
**HUMANIZACIÓN, CALIDAD Y
SEGURIDAD EN ENFERMERÍA**



- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| González-Naranjo, David Eduardo | • Encalada-Falconi, Jessica Andrea |
| Chapi-Chandi, Mayra Maribel | • Chávez-Molina, Oscar Omar |
| Zurita-Desiderio, Mariuxi Johanna | • Vega-Tandazo, Karina Alexandra |
| Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia | • Díaz-Grefa, Wendy Paulina |
| Miguez-Quincha, María de Lourdes | • Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra |

Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona: Humanización, calidad y seguridad en enfermería.

Autor/es:

González-Naranjo, David Eduardo

Universidad Iberoamericana del Ecuador – UNIB.E.;

Pontificia Universidad; Católica del Ecuador - PUCE;

Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez

Chapi-Chandi, Mayra Maribel

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Zurita-Desiderio, Mariuxi Johanna

Autor independiente

Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia

Universidad Tecnológica Indoamérica;

Hospital Provincial General Docente Ambato.

Miguez-Quincha, María de Lourdes

Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Encalada-Falconi, Jessica Andrea

Universidad Nacional de Chimborazo

Chávez-Molina, Oscar Omar

Autor independiente

Vega-Tandazo, Karina Alexandra

Hospital IESS Quito Sur

Díaz-Grefa, Wendy Paulina

Instituto Superior Tecnológico ITCA

Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra

Hospital Solón Espinosa Ayala

Datos de Catalogación Bibliográfica

González-Naranjo, D. E.
Chapi-Chandi, M. M.
Zurita-Desiderio, M. J.
Chimborazo-Chimborazo, G. A.
Miguez-Quincha, M. L.
Encalada-Falconi, J. A.
Chávez-Molina, O. O.
Vega-Tandazo, K. A.
Díaz-Grefa, W. P.
Lombeida-Lincango, R. A.

**Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona:
Humanización, calidad y seguridad en enfermería.**

Oriente-Manabí Editorial, Ecuador, 2026

ISBN: 978-9907-9567-2-6

Formato: 210 mm X 270 mm

73 págs.



Publicado por Oriente-Manabí Editorial

Ecuador, Manabí, Cod. Post. 130101.

Contacto: +593 959 723 343

Email: info@omeditorial.com

www.books.omeditorial.com

Director General:	<i>Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique</i>
Editor en Jefe:	<i>Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique</i>
Editor Académica:	<i>Lcdo. Oltramonti Roberto, Mg</i>
Supervisor de Producción:	<i>Ing. Barragán Monroy Roberto Johan, Mg.</i>
Diseño:	OM Editorial
Consejo Editorial	<i>OM Editorial</i>

© Agosto, 2026

Libro Digital, Primera Edición, 2026

Editado, Diseñado, Diagramado y Publicado por [Comité OM Editorial](#)

Manabí, Ecuador, 2026

D.R. © 2026 por Autores y OM Editorial Ecuador.

Cámara Ecuatoriana del Libro con Radicación editorial 182865

Disponible para su descarga gratuita en www.books.omeditorial.com

Los contenidos de este libro pueden ser descargados, reproducidos, difundidos e impresos con fines de estudio, investigación y docencia o para su utilización en productos o servicios no comerciales, siempre que se reconozca adecuadamente a los autores como fuente y titulares de los derechos de propiedad intelectual, sin que ello implique en modo alguno que aprueban las opiniones, productos o servicios resultantes. En el caso de contenidos que indiquen expresamente que proceden de terceros, deberán dirigirse a la fuente original indicada para gestionar los permisos.

Título del libro:

Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona: Humanización, calidad y seguridad en enfermería.

© González-Naranjo, David Eduardo; Chapi-Chandi, Mayra Maribel; Zurita-Desiderio, Mariuxi Johanna; Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia; Miguez-Quincha, María de Lourdes; Encalada-Falconi, Jessica Andrea; Chávez-Molina, Oscar Omar; Vega-Tandazo, Karina Alexandra; Díaz-Grefa, Wendy Paulina; Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra.

ISBN: 978-9907-9567-2-6



<https://doi.org/10.63618/omeditorial/I28>

Como citar (APA 7ma Edición):

González-Naranjo, D. E., Chapi-Chandi, M. M., Zurita-Desiderio, M. J., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Miguez-Quincha, M. de L., Encalada-Falconi, J. A., Chávez-Molina, O. O., Vega-Tandazo, K. A., Díaz-Grefa, W. P., & Lombeida-Lincango, R. A. (2026). *Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona: Humanización, calidad y seguridad en enfermería*. Oriente-Manabí Editorial. <https://doi.org/10.63618/omeditorial/I28>

Cada uno de los textos de OM Editorial han sido sometido a un proceso de evaluación por pares doble ciego externos (double-blind paper review) con base en la normativa del editorial.

Revisores:



Lic. Marvi Alexander Viteri Ruiz
Mgs.

Pontificia Universidad Católica
del Ecuador – Ecuador



Lcda. Jessica González Quiroz,
Mgt

Pontificia Universidad Católica
del Ecuador – Ecuador



Aviso Legal:

La información presentada, así como el contenido, fotografías, gráficos, cuadros, tablas y referencias de este manuscrito es de exclusiva responsabilidad del/los autores/es y no necesariamente reflejan el pensamiento de la OM Editorial.

Derechos de autor ©

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).



El "copyright" y todos los derechos de propiedad intelectual y/o industrial sobre el contenido de esta edición son propiedad de la OM Editorial y sus Autores. Se prohíbe rigurosamente, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total y/o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma de ninguna forma o por cualquier medio, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright, salvo cuando se realice con fines académicos o científicos y estrictamente no comerciales y gratuitos, debiendo citar en todo caso a la editorial. Las opiniones expresadas en los capítulos son responsabilidad de los autores

Reseña de Autores



González-Naranjo, David Eduardo



Universidad Iberoamericana del Ecuador – UNIB.E.; Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE; Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez



dgonzalez@unibe.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-9620-8409>



Destacado Profesional en enfermería residente en Quito, Ecuador, con una formación académica sólida que incluye licenciatura en Enfermería, un Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería por la UNIR España, y actualmente doctorando (PhD) en Enfermería por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú. Diplomado en diversas áreas como son: docencia superior, alta gerencia y administración hospitalaria, bioética clínica y normativas para la investigación, manejo de protocolos de enfermería, innovación educativa y alta especialización en salud con mención en urgencias hospitalarias, además de un curso de liderazgo en enfermería orientado a fortalecer la gestión en Latinoamérica.

Amplia experiencia profesional en el ámbito asistencial, administrativo, docente e investigativo en salud, siendo investigador acreditado por SENESCYT (Ecuador), conferencista nacional e internacional, y autor de múltiples publicaciones académicas. Actualmente, líder del servicio de pediatría del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez, Coordinador de las maestrías de enfermería: Cuidados Críticos y Gestión de Servicios en UNIB.E. Además de tutor de internado rotativo en enfermería y docente de posgrado de la PUCE.



Chapi-Chandi, Mayra Maribel



Universidad Politécnica Estatal del Carchi



mayra.chapi@upec.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0001-1622-8718>



Licenciada en Enfermería, con Maestría en Enfermería Quirúrgica, con experiencia profesional en los ámbitos asistencial, administrativo y docente dentro del sector salud. Poseo formación y actualización continua mediante la participación en seminarios, congresos, talleres y cursos especializados en docencia universitaria, innovación educativa, integración de la inteligencia artificial en la educación superior, enfermería quirúrgica, instrumentación quirúrgica, seguridad del paciente, Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

He participado en actividades de investigación y producción científica, siendo autora y coautora de publicaciones académicas relacionadas con la enfermería, la educación en ciencias de la salud y la mejora de la práctica profesional.

Actualmente me desempeño como docente titular de la Carrera de Enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi (UPEC), donde participo en procesos de docencia, gestión académica, coordinación de internado rotativo, contribuyendo al aseguramiento de la calidad y a la formación de profesionales comprometidos con las necesidades del sistema de salud y de la sociedad.



Zurita-Desiderio, Mariuxi Johanna



Investigador independiente



mzuritadesiderioczs5@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-9284-6972>



Profesional ecuatoriana, Licenciada en Enfermería, con amplia experiencia en gestión hospitalaria, administración pública en salud y liderazgo institucional. Ha desarrollado una sólida trayectoria en la dirección de organizaciones sanitarias, destacándose por su capacidad para impulsar la planificación estratégica, optimizar procesos, gestionar el talento humano e implementar modelos de calidad orientados a la seguridad del paciente y la mejora continua.

Su experiencia incluye la coordinación de equipos multidisciplinarios, la administración eficiente de recursos y la formulación y ejecución de proyectos institucionales. Además, ha liderado la organización de congresos científicos, jornadas académicas y programas de capacitación para profesionales de la salud, promoviendo el fortalecimiento del talento humano, la innovación, la ética y la humanización de los servicios sanitarios.

Actualmente se desempeña como Directora Administrativa del Hospital General de Babahoyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), donde lidera procesos de planificación, gestión administrativa y fortalecimiento institucional. Su gestión está orientada a la eficiencia en el uso de los recursos públicos, la sostenibilidad y la excelencia de los servicios hospitalarios, consolidándose como una referente en liderazgo y administración hospitalaria en el Ecuador.



Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia



Universidad Tecnológica Indoamérica; Hospital Provincial General Docente Ambato.



gloriachimborazo@uti.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-0922-556X>



Profesional en enfermería residente en Ambato, Ecuador, con una formación académica sólida que incluye licenciatura en Enfermería, un Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos por la Universidad Autónoma de los Andes UNIANDES, y actualmente cursando un PhD en Enfermería por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú. Diplomado en Catéter PICC y Accesos Vasculares Centrales, Técnica Habitual y Eco guiada para paciente Neonatal y Pediátrico. Actualmente, Enfermera de cuidado directo del servicio de Neonatología del Hospital Provincial General Docente Ambato, además tutora de externado de la carrera de enfermería de la Universidad Tecnológica Indoamerica.



Miguez-Quincha, María de Lourdes.



Hospital Alfredo Noboa Montenegro



alissdami@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-9794-0909>



Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Magíster en Salud Pública y Especialista en Atención Primaria de la Salud. Docente universitaria en la Escuela de Enfermería y Tutora del Internado Rotativo de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, con experiencia en formación académica, y desempeño asistencial en el Servicio de Pediatría del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.



Encalada-Falconi, Jessica Andrea



Universidad Nacional de Chimborazo.



jessica.encalada@unach.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-6151-5679>



Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de Chimborazo, Especialista en Gestión de Proyectos en Salud, Magíster en Salud Pública y Diplomada en Promoción y Prevención de la Salud. Actualmente cursa el Doctorado en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). Cuenta con más de 20 años de experiencia en el primer nivel de atención y más de nueve años de trayectoria docente en educación superior. Su labor académica e investigativa se centra en la salud pública, la atención primaria, la enfermería comunitaria, la interculturalidad y la investigación en enfermería, promoviendo un cuidado humanizado y sustentado en evidencia científica.



Chávez-Molina, Oscar Omar



Investigador independiente



oscarchavezmolin@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0001-8479-9726>



Enfermero con más de diez años de trayectoria clínica en unidades de cuidados críticos especialización en cuidado cardiovascular pediátrico y experiencia consolidada en gestión, docencia e investigación. Inicié mi vocación a los 18 años como socorrista en la Cruz Roja Ecuatoriana; esa práctica prehospitalaria temprana definió mi enfoque técnico y humanista del cuidado.

Formación académica grado de Enfermero Profesional (2014) por la Universidad de Guayaquil. Magíster en Gestión del Cuidado mención Unidades de Emergencia y Cuidados Intensivos y Magíster en Gestión de Educación Superior mención Liderazgo y Planificación por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2021 y 2025), respectivamente. Especialista en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales Universidad Técnica de Ambato (2025).

Doctorando en Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Tumbes (actualidad). Docente de pregrado en la universidad donde me formé y en instituciones como la Universidad Espíritu Santo, Universidad Bolivariana del Ecuador, el Instituto Superior Bolivariano de Tecnología; Docente de posgrado en Universidad Estatal de Milagro, Universidad Iberoamericana del Ecuador, participación como autor de artículos científicos orientados a la mejora del cuidado crítico y la gestión clínica.



Vega-Tandazo, Karina Alexandra



Hospital IESS Quito Sur



kvegatandazo@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0006-0629-3862>



Licenciada en enfermería, Magister en Gerencia de las Instituciones de Salud por la Universidad Técnica Particular de Loja. Diplomados en: Gestión de Enfermería en Terapia Intensiva y Cuidado Críticos, Manejo del Paciente Politraumatizado Crítico, Salud Pública en la era digital, además de un curso de especialización en enfermería crítica.

A lo largo de sus 10 años de trayectoria en el ámbito asistencial tanto hospitalario como comunitario, ha implementado con éxito modelos de atención centrados en la persona y programas de mejora continua. Ha publicado diversos artículos en revistas científicas indexadas. Actualmente reside en la ciudad de Ibarra-Ecuador, se desempeña como licenciada de enfermería en el área de quirófano del Hospital IESS Quito Sur.



Díaz-Grefa, Wendy Paulina



Instituto Superior Tecnológico ITCA



wenpau120596@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0001-2388-2574>



Licenciada en Enfermería y Magíster en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente. Docente del Instituto Superior Tecnológico ITCA, sede Ibarra, Ecuador, y profesional de enfermería con experiencia en la atención integral del adulto mayor. Su trayectoria combina la práctica clínica con la educación superior, promoviendo una atención centrada en la persona, basada en la evidencia científica, la ética y la seguridad del paciente.

Su experiencia profesional integra la docencia, la asistencia clínica, la investigación y la vinculación con la sociedad, participando en el desarrollo de proyectos académicos y estrategias educativas orientadas a la formación de talento humano en salud. En el ámbito asistencial, contribuye al cuidado integral de las personas mayores, fomentando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el seguimiento clínico y la humanización de la atención, con un enfoque de calidad y mejora continua.

Su línea de trabajo se centra en la gestión de la calidad, la seguridad del paciente, la educación en enfermería y la atención integral del adulto mayor, impulsando la aplicación de buenas prácticas clínicas y educativas que contribuyan al fortalecimiento de los servicios de salud y a la formación de profesionales competentes, éticos y comprometidos con las necesidades de la población.



Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra



Hospital Solón Espinosa Ayala



Roswellombeida2014@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0009-1569-0431>



Destacada profesional en enfermería residente en Quito, Ecuador, con sólida formación académica que incluye Licenciatura en Enfermería por la Universidad de Las Américas, Máster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Cuidados Intensivos por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y actualmente cursando la Especialidad en Enfermería Oncológica en la Universidad Tecnológica Indoamérica.

Posee amplia experiencia en el ámbito asistencial, especialmente en oncología clínica, cuidados intensivos y medicina nuclear. Actualmente se desempeña en el servicio de Oncología del Hospital de SOLCA y ha formado parte de instituciones como el Hospital Axxis y el Hospital Baca Ortiz, donde consolidó habilidades en cuidado directo, atención especializada y trabajo interdisciplinario.

Se distingue por su compromiso con la investigación y la actualización basada en evidencia científica. Cuenta con experiencia en gestión integral del cuidado y acompañamiento humanizado al paciente y su familia en entornos hospitalarios de mediana y alta complejidad.

Índice

Reseña de Autores	vi
Índice	xvi
Índice de Tablas.....	xviii
Índice de Figuras	xix
Introducción	xx
Capítulo I: Fundamentos contemporáneos del cuidado centrado en la persona en enfermería.....	1
1.1. El cuidado centrado en la persona como paradigma de enfermería....	2
1.1.1. De la atención biomédica al cuidado relacional, ético y situado.....	4
1.2. Humanización del cuidado: concepto, tensiones y desafíos actuales .	6
1.2.1. Humanización y formación universitaria de enfermería.....	9
1.3. Calidad y seguridad como dimensiones inseparables del cuidado centrado en la persona.....	11
1.3.1. Aporte del enfoque centrado en la persona a la literatura de Educación Superior.....	13
Capítulo II: Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona	16
2.1. Gestión del cuidado: evolución conceptual y pertinencia actual	17
2.1.1. Liderazgo enfermero y toma de decisiones centradas en la persona	20
2.2. Modelos integrados de cuidado: continuidad, coordinación y transición segura	22
2.2.1. Gestión de casos y planes individualizados de cuidado.....	24
2.3. Modelos de práctica profesional y entornos favorables para cuidar ..	27
2.3.1. Implicaciones curriculares para la formación en gestión del cuidado	29

Capítulo III: Calidad asistencial y seguridad del paciente desde el cuidado centrado en la persona	32
3.1. Calidad del cuidado en enfermería: indicadores, experiencia y resultados.....	33
3.1.1. Indicadores sensibles a enfermería y evaluación del cuidado centrado en la persona	35
3.2. Seguridad del paciente: cultura, riesgos y aprendizaje organizacional	38
3.2.1. Eventos adversos, comunicación clínica y participación del paciente	40
3.3. Humanización, calidad y seguridad: integración en protocolos y prácticas clínicas	42
3.3.1. Enseñanza de la calidad y seguridad en la Educación Superior de enfermería	44
Capítulo IV: Implementación, evaluación e innovación de modelos centrados en la persona en enfermería	48
4.1. Diseño e implementación de modelos institucionales de cuidado centrado en la persona.....	49
4.1.1. Gobernanza clínica, participación y corresponsabilidad.....	51
4.2. Evaluación de modelos de cuidado: resultados, experiencia y mejora continua.....	53
4.2.1. Investigación aplicada y producción científica en Educación Superior de enfermería	56
4.3. Innovación, tecnología y humanización del cuidado.....	58
4.3.1. Modelo integrador final para la formación, gestión y evaluación del cuidado	60
Referencias Bibliográficas.....	63

Índice de Tablas

Tabla 1. Tensiones contemporáneas de la humanización del cuidado	8
Tabla 2. Vacíos y aportes del libro a la Educación Superior en enfermería.....	14
Tabla 3. Tipos de liderazgo enfermero y contribución al cuidado centrado en la persona.....	21
Tabla 4. Componentes de un plan individualizado de cuidado	26
Tabla 5. Competencias universitarias para la gestión avanzada del cuidado ..	31
Tabla 6. Indicadores sensibles a enfermería desde un enfoque centrado en la persona.....	37
Tabla 7. Participación del paciente y familia en la seguridad del cuidado.....	42
Tabla 8. Estrategias didácticas para enseñar calidad y seguridad del paciente	46
Tabla 9. Actores y responsabilidades en la gobernanza del cuidado centrado en la persona	53
Tabla 10. Líneas de investigación derivadas del modelo de cuidado centrado en la persona	57

Índice de Figuras

Figura 1. Ecosistema del cuidado centrado en la persona	3
Figura 2. Trayectoria formativa de la humanización en enfermería	10
Figura 3. Triada integradora: persona, calidad y seguridad.....	12
Figura 4. Componentes de la gestión avanzada del cuidado centrado en la persona.....	19
Figura 5. Ruta de continuidad del cuidado centrado en la persona	24
Figura 6. Entorno favorable para el cuidado humanizado y seguro	28
Figura 7. Dimensiones de la calidad del cuidado enfermero	34
Figura 8. Ciclo de seguridad del paciente centrado en la persona	39
Figura 9. Protocolo humanizado de cuidado seguro	44
Figura 10. Ruta institucional de implementación del cuidado centrado en la persona.....	51
Figura 11. Modelo de evaluación integral del cuidado centrado en la persona	55
Figura 12. Innovación tecnológica con sentido humano en enfermería	60
Figura 13. Modelo avanzado de gestión del cuidado centrado en la persona .	62

Introducción

El cuidado centrado en la persona constituye hoy una de las discusiones más necesarias para la enfermería contemporánea, no porque represente una consigna nueva, sino porque obliga a revisar con honestidad la forma en que los sistemas de salud organizan, enseñan, gestionan y evalúan el acto de cuidar. En un escenario atravesado por avances tecnológicos, presión asistencial, demandas de calidad, eventos adversos, inequidades y agotamiento profesional, la enfermería se encuentra frente a una pregunta ética y práctica de enorme profundidad: cómo sostener un cuidado científicamente riguroso sin perder la sensibilidad ante la historia, la dignidad y la vulnerabilidad de cada persona. Este libro nace precisamente desde esa preocupación, con la intención de ofrecer una mirada integradora entre humanización, calidad y seguridad.

Hablar de cuidado centrado en la persona implica superar la idea de que el paciente es únicamente receptor de procedimientos, diagnósticos o indicaciones clínicas. La persona que recibe cuidado llega al sistema de salud con una biografía, una familia, una cultura, una forma de comprender la enfermedad, temores, expectativas, límites y capacidades reales para participar en su proceso de recuperación. Por ello, la gestión avanzada del cuidado no puede reducirse a organizar turnos, protocolos o indicadores; debe crear condiciones para que la escucha, la comunicación, la participación, la continuidad y la seguridad sean posibles en la práctica cotidiana. En este punto, la enfermería ocupa un lugar privilegiado, porque permanece cerca de la persona y puede reconocer aquello que muchas veces no aparece en los registros: el miedo silencioso, la duda no expresada, el dolor contenido o la fragilidad familiar.

La humanización del cuidado no debe entenderse como una actitud amable agregada al final de la atención, sino como una forma de organizar el trabajo clínico desde la dignidad. Humanizar exige mirar de frente las tensiones que atraviesan los servicios: sobrecarga laboral, tecnificación, fragmentación, burocracia, comunicación insuficiente, desigualdad en el acceso y culturas institucionales que a veces piden empatía sin proteger a quienes cuidan. En consecuencia, este libro asume una postura crítica: no basta con pedir a la enfermera que sea cálida, compasiva y cercana si el sistema no garantiza

tiempos razonables, liderazgo clínico, dotación suficiente, formación continua y ambientes laborales seguros. Cuidar a la persona también implica cuidar las condiciones que hacen posible el cuidado.

La calidad asistencial y la seguridad del paciente se abordan aquí como dimensiones inseparables de la humanización. Un cuidado cordial, pero inseguro, no puede considerarse verdaderamente humano; del mismo modo, una atención técnicamente correcta, pero fría, distante o despersonalizada, deja incompleta la promesa ética de la enfermería. La calidad se expresa en indicadores, resultados y procesos, pero también en la experiencia vivida por quien recibe atención. La seguridad se sostiene en protocolos, barreras y cultura justa, pero también en la comunicación clara, la participación de la familia, la educación al alta y la capacidad del equipo para aprender del error sin miedo. Por ello, el libro propone comprender la gestión del cuidado como una integración permanente entre ciencia, sensibilidad, organización y responsabilidad institucional.

La Educación Superior en enfermería ocupa un papel decisivo dentro de esta propuesta. No es posible transformar los modelos de cuidado si la formación universitaria continúa separando técnica, ética, gestión, comunicación, investigación y seguridad como si fueran competencias independientes. La universidad debe formar profesionales capaces de valorar integralmente, decidir con criterio, comunicar con respeto, liderar equipos, interpretar indicadores, analizar eventos adversos, innovar con prudencia y participar en procesos de mejora continua. La humanización, en este sentido, no puede quedar limitada a discursos inspiradores; debe convertirse en competencia enseñada, practicada, evaluada e investigada desde el aula, la simulación, la práctica clínica y la vinculación con los servicios de salud.

El desarrollo del libro se organiza en cuatro capítulos que avanzan desde los fundamentos conceptuales hasta la implementación de modelos institucionales. El primer capítulo analiza los fundamentos contemporáneos del cuidado centrado en la persona en enfermería, destacando su dimensión ética, relacional y formativa. El segundo capítulo profundiza en los modelos avanzados de gestión del cuidado, con énfasis en liderazgo enfermero, continuidad, coordinación,

gestión de casos y entornos favorables para cuidar. El tercer capítulo integra calidad asistencial y seguridad del paciente desde una mirada centrada en la persona, considerando indicadores sensibles a enfermería, cultura de seguridad, comunicación clínica y protocolos humanizados. Finalmente, el cuarto capítulo propone rutas de implementación, evaluación e innovación, articulando gobernanza clínica, investigación aplicada, tecnología y formación universitaria.

Este recorrido no pretende presentar un modelo cerrado ni una receta universal. Al contrario, reconoce que el cuidado se desarrolla en contextos diversos, con limitaciones, recursos desiguales y realidades institucionales que exigen adaptación. Sin embargo, también sostiene que la enfermería necesita marcos claros para no quedar atrapada entre la buena voluntad individual y la presión burocrática. Un modelo avanzado de gestión del cuidado centrado en la persona debe permitir pensar, decidir y actuar con mayor coherencia: escuchar antes de intervenir, medir para mejorar, protocolizar sin deshumanizar, innovar sin sustituir el vínculo y formar profesionales capaces de transformar los escenarios donde cuidan.

En el fondo, este libro es una invitación a recuperar el sentido profundo de la enfermería sin renunciar al rigor científico que exige la práctica actual. Cuidar no es solo cumplir una tarea; es sostener una presencia profesional competente ante la vulnerabilidad humana. Gestionar el cuidado no es únicamente administrar recursos; es construir condiciones para que la persona sea reconocida, protegida y acompañada con seguridad. Formar enfermeras y enfermeros no es solo transmitir conocimientos; es preparar sujetos éticos, críticos y técnicamente solventes para responder a sistemas de salud cada vez más complejos. Desde esa convicción, la obra propone una enfermería capaz de mirar indicadores sin olvidar rostros, usar tecnología sin perder cercanía y defender la calidad como una forma concreta de dignidad.



HUMANIZACIÓN



A EN EL
L CUIDADO

Capítulo I: Fundamentos contemporáneos del cuidado centrado en la persona en enfermería



EMPATÍA Y RESPETO

Fundamentos contemporáneos del cuidado centrado en la persona en enfermería

1.1. El cuidado centrado en la persona como paradigma de enfermería

El cuidado centrado en la persona constituye un paradigma contemporáneo de enfermería porque desplaza el eje de la intervención desde la enfermedad aislada hacia la persona situada, vulnerable, capaz de decidir, vinculada a una familia y atravesada por una biografía. En este sentido, Byrne et al. (2020) advierten que el cuidado centrado en la persona no puede comprenderse como una frase amable o como un ideal abstracto, sino como una práctica que redistribuye el poder dentro de la relación clínica. Su revisión integrativa aporta una idea decisiva para este capítulo: la centralidad de la persona no se logra únicamente mediante buena comunicación, sino mediante estructuras de cuidado donde el paciente, la familia y el equipo profesional puedan participar con sentido, voz y reconocimiento.

Desde esta perspectiva, el cuidado centrado en la persona se diferencia de la atención centrada en la enfermedad porque no organiza la práctica únicamente alrededor del diagnóstico, el procedimiento o la eficiencia biomédica. Grover et al. (2022), en una revisión paraguas sobre atención centrada en el paciente, identifican que sus componentes más consistentes son la comunicación, el respeto por las preferencias, la coordinación, la información comprensible y la participación activa en las decisiones. Este aporte permite sostener que enfermería no solo ejecuta indicaciones clínicas, sino que traduce información, identifica barreras de comprensión, acompaña decisiones y convierte la atención en una experiencia más segura y significativa para la persona cuidada.

El tránsito de paciente pasivo a persona participante exige revisar la forma en que las instituciones sanitarias nombran y gestionan el cuidado. Cuando el sujeto es reducido a cama, diagnóstico, estancia, caso o egreso, la organización gana eficiencia administrativa, pero puede perder comprensión humana. Tomaselli et al. (2020) proponen leer el cuidado centrado en la persona desde la ética relacional, lo que resulta especialmente pertinente para enfermería porque recuerda que la autonomía no ocurre en el vacío, sino dentro de relaciones

marcadas por vulnerabilidad, dependencia, información desigual y necesidad de confianza. Así, la participación del paciente no consiste en trasladarle responsabilidades, sino en acompañarlo para decidir de manera informada y situada.

En enfermería, este paradigma adquiere una densidad particular porque el cuidado se desarrolla en la continuidad del contacto. La enfermera observa signos clínicos, pero también identifica gestos, silencios, angustias, temores familiares y dificultades prácticas que no siempre aparecen en los registros. McCance y McCormack (2025), al actualizar el Person-centred Nursing Framework como teoría de rango medio, aportan una base disciplinar sólida para comprender que el cuidado centrado en la persona requiere prerequisites profesionales, entorno de práctica, procesos relacionales y resultados esperados. Su contribución es valiosa porque no deja la humanización en el plano emocional, sino que la conecta con cultura organizacional, competencia enfermera y evaluación del cuidado.

Figura 1.

Ecosistema del cuidado centrado en la persona



La Figura 1 permite interpretar el cuidado centrado en la persona como un ecosistema y no como una interacción aislada entre enfermera y paciente. La familia puede sostener o dificultar la adherencia; el equipo interdisciplinario amplía la mirada clínica; la institución crea condiciones o barreras para cuidar; la comunidad define continuidad después del alta; y la Educación Superior forma las competencias que luego serán visibles en el servicio. El futuro de la enfermería depende de su capacidad para actuar en sistemas más equitativos, integrados y orientados a la salud de personas y comunidades; este argumento fortalece la idea de que centrar el cuidado en la persona también exige formar profesionales capaces de leer contexto, inequidad y continuidad asistencial (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030, 2021).

Para la Educación Superior en enfermería, este paradigma representa una exigencia curricular. No basta con declarar competencias humanizadas en el perfil de egreso; es necesario enseñar valoración integral, comunicación clínica, juicio ético, seguridad del paciente, continuidad del cuidado, trabajo interprofesional e investigación aplicada. Kim (2023) demuestra que un programa educativo estructurado en cuidado centrado en la persona puede mejorar en estudiantes de enfermería dimensiones como empatía, comunicación y cuidado individualizado. Su aporte es fundamental porque confirma que la humanización no debe dejarse al carácter personal del estudiante, sino incorporarse como competencia pedagógicamente planificada, practicada y evaluada.

1.1.1. De la atención biomédica al cuidado relacional, ético y situado

El modelo biomédico ha sido decisivo para el desarrollo de la salud moderna, pero resulta limitado cuando interpreta a la persona únicamente como portadora de enfermedad. Tomaselli et al. (2020) sostienen que la atención centrada en la persona, vista desde la ética relacional, obliga a comprender la calidad y la seguridad como experiencias construidas dentro de vínculos de confianza, reconocimiento y responsabilidad compartida. Este planteamiento permite afirmar que la enfermería no abandona la precisión clínica al humanizar el

cuidado; por el contrario, amplía su alcance al integrar cuerpo, historia, valores, familia y contexto.

El cuidado relacional no significa informalidad ni pérdida de rigor científico. Al contrario, permite que la evidencia clínica se aplique de manera más pertinente a la vida real de la persona. Grover et al. (2022) identifican que una de las barreras frecuentes para implementar modelos centrados en la persona es la distancia entre los principios declarados y las condiciones reales de los servicios. Esta contribución es clave porque muestra que la enfermería no puede limitarse a promover empatía individual; necesita entornos donde haya tiempo para escuchar, sistemas de información útiles, liderazgo clínico y cultura organizacional que valore la participación del paciente.

La dimensión ética del cuidado situado aparece con fuerza cuando la persona pierde control sobre su cuerpo, su información, su intimidad o sus decisiones. En esos momentos, la enfermería ocupa una posición moralmente delicada: puede proteger dignidad o contribuir, incluso sin intención, a la despersonalización. McCance y McCormack (2025) aportan a esta discusión al señalar que el cuidado centrado en la persona depende tanto de los procesos relacionales como del entorno donde se practica. Dicho de otro modo, no toda práctica técnicamente correcta es éticamente suficiente si se realiza sin privacidad, sin explicación comprensible o sin reconocer la vulnerabilidad de quien recibe el cuidado.

La tecnología y la estandarización clínica deben ubicarse dentro de este tránsito con una lectura crítica. Digitalizar registros, protocolizar procedimientos y automatizar alertas puede mejorar trazabilidad y seguridad, pero también puede aumentar carga documental y reducir presencia directa si se implementa sin sentido clínico. Reyes et al. (2024), al revisar la humanización del cuidado de enfermería, identifican la automatización, la estandarización rígida y las condiciones laborales como factores que pueden obstaculizar un trato humanizado. Este hallazgo ayuda a sostener que la innovación solo fortalece el cuidado cuando libera tiempo, mejora decisiones y no convierte a la persona en un dato más del sistema.

El cuidado situado incorpora territorio, cultura y determinantes sociales. La persona regresa a una casa, a una familia, a una alimentación posible, a una distancia geográfica, a un ingreso económico, a una red de apoyo o a la ausencia de ella. En este punto, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021) ofrecen un aporte relevante al vincular el futuro de la enfermería con equidad en salud, atención comunitaria y transformación de los sistemas. Esta mirada permite ampliar el cuidado centrado en la persona más allá del hospital: no basta con un procedimiento seguro si el alta no considera comprensión, adherencia, acceso, seguimiento y condiciones reales de vida.

1.2. Humanización del cuidado: concepto, tensiones y desafíos actuales

La humanización del cuidado en enfermería puede entenderse como el conjunto de principios, relaciones, condiciones organizacionales y prácticas clínicas orientadas a preservar dignidad, autonomía, respeto, compasión, comunicación y seguridad durante la experiencia de atención. Reyes et al. (2024) aportan una base actual para esta definición al mostrar que la humanización no depende solo del trato individual, sino de factores formativos, institucionales, laborales y culturales. Su revisión permite afirmar que el cuidado humanizado no es una expresión sentimental; es una práctica compleja que requiere competencias profesionales, liderazgo, recursos, compromiso institucional y evaluación.

Una de las tensiones más fuertes de la humanización aparece cuando los servicios exigen calidez sin garantizar condiciones para cuidar con calma, seguridad y presencia. Li et al. (2024), en una revisión sistemática y metaanálisis, relacionan el burnout de enfermería con problemas de seguridad del paciente, satisfacción y calidad del cuidado. Este aporte es especialmente importante porque desplaza el análisis desde la culpa individual hacia las condiciones organizacionales. No se puede pedir una enfermería permanentemente empática si el equipo trabaja agotado, sobrecargado y sin apoyo suficiente. Cuidar a quienes cuidan se vuelve, entonces, una estrategia de humanización y seguridad.

Otra tensión se produce entre calidad documental y calidad vivida. Una institución puede cumplir formatos, auditorías e indicadores, pero aun así ofrecer

una experiencia fría o fragmentada. Byrne et al. (2020) advierten que el cuidado centrado en la persona puede vaciarse de sentido cuando se usa como etiqueta institucional sin transformar relaciones de poder, procesos y cultura de práctica. Este aporte permite sostener que la humanización no debe evaluarse únicamente por existencia de protocolos, sino por la manera en que la persona participa, comprende, confía y se siente reconocida durante el proceso asistencial.

La tecnificación también plantea desafíos importantes. Los dispositivos, sistemas digitales, alarmas, registros electrónicos y protocolos pueden mejorar la seguridad, pero no sustituyen la presencia cuidadora. Grover et al. (2022) muestran que la implementación efectiva de la atención centrada en la persona requiere coordinación, comunicación, apoyo organizacional y participación del paciente. Esta evidencia ayuda a comprender que la tecnología debe estar subordinada al vínculo terapéutico y no al revés. En enfermería, el dato clínico tiene valor cuando permite cuidar mejor, anticipar riesgos y personalizar decisiones, no cuando agrega distancia o carga administrativa.

Tabla 1.

Tensiones contemporáneas de la humanización del cuidado

Tensión	Manifestación clínica	Riesgo para la persona	Respuesta desde enfermería	Implicación educativa
Sobrecarga laboral	Atención apresurada, omisión de escucha, retrasos	Sensación de abandono, eventos omitidos, menor confianza	Priorización clínica, rondas breves humanizadas, comunicación segura	Formación en gestión del tiempo, seguridad y autocuidado profesional
Tecnificación	Interacción mediada por pantallas y equipos	Invisibilización de preferencias, trato impersonal	Uso crítico de tecnología, explicación clara, preservación	Alfabetización digital con ética del cuidado

			de contacto humano	
Fragmentación	Múltiples profesionales sin continuidad narrativa	Repetición de información, ansiedad familiar, errores de transición	Enfermería de enlace, planes de alta, continuidad documental	Competencias interprofesionales y coordinación asistencial
Burocracia	Registros sin retroalimentación ni mejora	Calidad aparente, poca resolución de problemas	Indicadores sensibles al cuidado y auditoría formativa	Evaluación basada en mejora, no solo en cumplimiento
Inequidades	Barreras culturales, económicas o de alfabetización	Baja adherencia, exclusión de decisiones	Educación adaptada, lenguaje claro, lectura del contexto	Currículo con determinantes sociales y equidad en salud
Cultura punitiva	Miedo a reportar errores	Repetición de fallas, silencio institucional	Cultura justa, análisis de causa, aprendizaje del error	Simulación de eventos adversos y reflexión ética

La Tabla 1 muestra que la humanización es inseparable de la organización del trabajo, la cultura institucional y la formación profesional. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, insiste en avanzar hacia una atención segura y respetuosa, libre de daños evitables, este marco institucional fortalece la idea de que humanizar no significa suavizar el discurso sanitario, sino rediseñar procesos para que la persona sea protegida clínica y éticamente (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El desafío actual consiste en convertir la humanización en competencia evaluable y política institucional sostenible. Kim (2023) aporta evidencia de que la formación intencionada en cuidado centrado en la persona puede modificar capacidades relevantes en estudiantes de enfermería. Este hallazgo dialoga con la necesidad de que las universidades no enseñen humanización como valor

abstracto, sino como práctica observable: explicar con claridad, escuchar, proteger intimidad, reconocer preferencias, actuar con seguridad y reflexionar sobre dilemas éticos. Así, la humanización deja de depender únicamente de la sensibilidad personal y se convierte en objeto de enseñanza, evaluación e investigación.

1.2.1. Humanización y formación universitaria de enfermería

La humanización no se improvisa al egreso profesional; se enseña, se modela, se practica y se evalúa durante la formación universitaria. Kim (2023) resulta especialmente útil para este argumento porque demuestra que un programa educativo de cuidado centrado en la persona puede fortalecer empatía, comunicación y cuidado individualizado en estudiantes de enfermería. Este aporte confirma que la competencia humanizadora debe tener diseño pedagógico, actividades prácticas, escenarios de reflexión e instrumentos de evaluación. La universidad, por tanto, no puede esperar que el estudiante “sea humano” de manera espontánea; debe formar esa capacidad con rigor.

La simulación clínica ocupa un lugar estratégico en esta trayectoria formativa porque permite ensayar decisiones técnicas y humanas sin exponer al paciente a riesgos innecesarios. Park y Yeom (2025), en una revisión sistemática y metaanálisis sobre educación en seguridad del paciente, concluyen que los programas educativos mejoran conocimientos, actitudes y competencias de estudiantes de enfermería, especialmente cuando integran metodologías activas. Este aporte es clave para sostener que seguridad y humanización deben enseñarse juntas: el estudiante debe practicar identificación correcta, comunicación segura, manejo del error, respeto por la intimidad y explicación del procedimiento en un mismo escenario clínico.

La formación humanizada también requiere confrontar el currículum oculto. El estudiante aprende no solo de lo que el docente explica, sino de lo que la institución permite, tolera o normaliza. Reyes et al. (2024) identifican que la falta de formación y las condiciones laborales inadecuadas son obstáculos relevantes para la humanización del cuidado. Este hallazgo puede trasladarse al ámbito universitario: si las prácticas clínicas exponen al estudiante a trato

despersonalizado, silencio ante el error o jerarquías rígidas, la humanización queda debilitada por experiencias reales que contradicen el currículo formal.

Figura 2.

Trayectoria formativa de la humanización en enfermería



La Figura 2 interpreta la humanización como trayectoria y no como asignatura aislada, la enfermería del futuro requiere formación orientada a equidad, liderazgo, práctica comunitaria, transformación de sistemas y respuesta a necesidades sociales complejas (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030, 2021). Este aporte amplía el alcance de la figura: aula, simulación y práctica clínica deben preparar al estudiante para cuidar personas reales en sistemas imperfectos, con inequidades, límites institucionales y dilemas éticos. La humanización universitaria, entonces, también es formación para transformar escenarios de cuidado.

La Educación Superior en enfermería tiene, además, responsabilidad investigativa. McCance y McCormack (2025) ofrecen una estructura teórica que permite diseñar estudios sobre procesos, entornos y resultados del cuidado centrado en la persona. Su aporte para la universidad es metodológico y conceptual: facilita convertir la humanización en objeto de investigación, medición y mejora. Las facultades de enfermería pueden desarrollar estudios sobre simulación, comunicación clínica, experiencia del paciente, seguridad, práctica reflexiva y competencias humanizadas. Una universidad comprometida con este enfoque no solo enseña a cuidar; produce evidencia para cuidar mejor.

1.3. Calidad y seguridad como dimensiones inseparables del cuidado centrado en la persona

Calidad y seguridad no son dimensiones administrativas externas al cuidado; constituyen garantías éticas para que la persona reciba atención efectiva, respetuosa, oportuna y libre de daños evitables. La organización Mundial para la Salud (2021) plantea como horizonte mundial eliminar el daño evitable en la atención sanitaria y promover una atención segura y respetuosa. Este marco aporta una idea central para enfermería: la seguridad del paciente no es un componente técnico separado de la humanización, sino una condición básica para que la persona se sienta protegida, escuchada y cuidada con responsabilidad.

Un cuidado cálido pero inseguro no es verdaderamente humanizado; del mismo modo, un cuidado técnicamente correcto pero indiferente tampoco responde al paradigma centrado en la persona. McCance y McCormack (2025) ayudan a comprender esta integración al vincular el cuidado centrado en la persona con procesos relacionales, entorno de práctica y resultados esperados. Su teoría permite sostener que la calidad no debe limitarse a cumplimiento de protocolos, sino incluir la experiencia de la persona, la participación en decisiones, la comunicación, la dignidad y la continuidad. La calidad, vista desde enfermería, se vuelve una garantía ética del cuidado.

La seguridad del paciente depende de sistemas confiables, cultura justa, comunicación efectiva y equipos capaces de aprender del error. Park y Yeom (2025) aportan evidencia educativa relevante al mostrar que la formación en seguridad del paciente mejora competencias en estudiantes de enfermería. Este hallazgo permite conectar gestión clínica y Educación Superior: la seguridad no puede esperarse únicamente en la práctica profesional si no ha sido enseñada de forma sistemática, simulada, evaluada y vinculada a situaciones reales. Una enfermería centrada en la persona necesita aprender a prevenir daños desde la universidad.

Figura 3.

Triada integradora: persona, calidad y seguridad



La Figura 3 permite visualizar que la gestión del cuidado centrado en la persona no puede elegir entre humanidad, calidad y seguridad. Byrne et al. (2020) aportan a esta interpretación al señalar que el cuidado centrado en la persona implica revisar quién define el centro del cuidado y cómo se distribuye el poder en la práctica. Por ello, la triada no debe entenderse como un esquema decorativo: la persona no está en el centro si no participa, si no comprende, si no se siente segura o si la calidad se mide sin considerar su experiencia. Humanización, calidad y seguridad deben operar como dimensiones interdependientes.

La relación entre condiciones del equipo y seguridad del paciente debe ser explícita. Li et al. (2024) muestran que el burnout de enfermería se asocia con afectaciones en seguridad, calidad y satisfacción del paciente. Este aporte tiene alto valor para el capítulo porque impide sostener una visión individualista del error o de la deshumanización. Cuando el equipo trabaja agotado, con sobrecarga y baja moral, aumentan las probabilidades de omisión, comunicación deficiente y fallas de vigilancia. Por tanto, la gestión del cuidado centrado en la persona debe incluir bienestar laboral, liderazgo clínico y dotación razonable.

Para la Educación Superior, integrar calidad y seguridad en el cuidado centrado en la persona significa formar profesionales capaces de pensar en sistemas. En el plano curricular, esto implica enseñar análisis de eventos adversos, cultura justa, comunicación interprofesional, liderazgo, gestión de riesgos, ética aplicada e investigación de mejoras. El estudiante debe comprender que cuidar no es solo actuar correctamente ante una persona, sino contribuir a que el sistema sea menos dañino y más humano.

1.3.1. Aporte del enfoque centrado en la persona a la literatura de Educación Superior

El aporte principal de este libro a la literatura de Educación Superior en enfermería consiste en integrar tres campos que con frecuencia se estudian por separado: humanización, calidad y seguridad. Byrne et al. (2020) muestran que el concepto de cuidado centrado en la persona puede perder fuerza cuando no se operacionaliza en prácticas concretas. Ese aporte justifica la orientación de este capítulo: no basta con afirmar que la persona es el centro; es necesario definir cómo se enseña, cómo se gestiona, cómo se evalúa y cómo se sostiene institucionalmente ese enfoque.

La literatura revisada también evidencia un vacío entre discurso y aplicación. Grover et al. (2022) identifican que la implementación de enfoques centrados en la persona exige comunicación, coordinación, participación y apoyo organizacional. Esta contribución permite ubicar el aporte del libro en una zona necesaria para la Educación Superior: construir modelos formativos que no separen competencia clínica, ética, gestión, investigación y práctica comunitaria. Dicho esto, el enfoque centrado en la persona no debe quedar como una unidad temática, sino convertirse en eje transversal del currículo y de la práctica preprofesional.

Tabla 2.

Vacíos y aportes del libro a la Educación Superior en enfermería

Vacío detectado	Respuesta conceptual del libro	Implicación curricular	Implicación investigativa
Separación entre humanización, calidad y seguridad	Modelo integrador del cuidado centrado en la persona	Competencias articuladas en ética, seguridad, comunicación y gestión	Estudios sobre impacto de modelos integrados en práctica clínica
Uso retórico del enfoque centrado en la persona	Definición operativa vinculada a procesos, cultura e indicadores	Resultados de aprendizaje observables y evaluables	Validación de instrumentos sensibles al cuidado enfermero
Formación centrada en procedimientos	Trayectoria formativa con aula, simulación, clínica y reflexión ética	Simulación de comunicación, error, dignidad y toma de decisiones	Evaluación longitudinal de competencias humanizadas
Débil conexión universidad-servicio	Gestión del cuidado como puente entre currículo y práctica	Prácticas preprofesionales con proyectos de mejora	Investigación aplicada en servicios de salud
Invisibilización del equipo cuidador	Humanización vinculada a bienestar, liderazgo y condiciones laborales	Formación en autocuidado profesional y liderazgo clínico	Estudios sobre burnout, cultura de seguridad y experiencia del paciente

La Tabla 2 sintetiza la contribución académica del capítulo al mostrar que el cuidado centrado en la persona puede funcionar como puente entre teoría, currículo, práctica clínica e investigación aplicada. McCance y McCormack (2025) aportan una base conceptual que permite articular estos niveles, mientras que Kim (2023) con Park y Yeom (2025) ofrecen evidencia educativa sobre la posibilidad de formar competencias humanizadas y de seguridad. Conjuntamente, estas fuentes permiten sostener que el libro no solo discute un

ideal de cuidado, sino una agenda formativa, investigativa y gerencial para enfermería.

El cuidado centrado en la persona aporta a la Educación Superior una pregunta de fondo: ¿qué tipo de profesional se está formando cuando se enseña enfermería? Desde esta perspectiva, formar para el cuidado centrado en la persona significa preparar profesionales capaces de integrar ciencia, sensibilidad ética, seguridad, liderazgo, investigación y compromiso social.



HUMANIZACIÓN



A EN EL
CUIDADO

Capítulo II: Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona



EMPATÍA Y RESPETO

Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona

2.1. Gestión del cuidado: evolución conceptual y pertinencia actual

La gestión del cuidado centrado en la persona puede entenderse como la capacidad profesional e institucional de organizar decisiones, recursos, relaciones, información clínica y procesos asistenciales para que el cuidado responda a la singularidad de cada persona, no solo a la eficiencia operativa del servicio. Desde esta perspectiva, gestionar no equivale a distribuir tareas, llenar registros o controlar turnos; implica crear condiciones para que la enfermería valore integralmente, priorice riesgos, comunique con claridad, acompañe decisiones y evalúe resultados sensibles al cuidado. McCance y McCormack (2025) sostienen que el cuidado centrado en la persona requiere culturas de trabajo que favorezcan relaciones auténticas, seguridad psicológica y prácticas coherentes con valores humanos; por ello, la gestión avanzada debe ser comprendida como una mediación entre evidencia, organización y experiencia vivida del paciente.

Esta comprensión permite diferenciar la gestión del cuidado de la administración tradicional de recursos. La administración se ocupa de disponibilidad, control, productividad y cumplimiento; la gestión del cuidado, en cambio, pregunta qué decisiones hacen posible que una persona sea escuchada, protegida y acompañada durante todo su recorrido asistencial. Grover et al. (2022) identifican que el cuidado centrado en la persona no se sostiene únicamente en actitudes individuales, sino en componentes estructurales como comunicación, formación, empoderamiento, cultura organizacional y diseño del servicio. En la práctica cotidiana, esto significa que un modelo avanzado no debe pedir a la enfermera que “humanice” en soledad, sino que debe organizar tiempos, circuitos, equipos, información y liderazgo para que la humanización sea clínicamente posible.

La evolución conceptual de la gestión del cuidado muestra un desplazamiento desde enfoques centrados en actividades hacia enfoques centrados en trayectorias, resultados y experiencias. Dicho de otro modo, el valor del cuidado

no está solo en ejecutar correctamente una intervención, sino en asegurar que dicha intervención tenga sentido dentro de una historia clínica, familiar, emocional y social concreta. Meneses et al. (2021) plantean que el cuidado humanizado exige superar barreras hospitalarias y fortalecer competencias profesionales respetuosas de costumbres, creencias y necesidades; esta idea obliga a que la gestión enfermera incorpore dimensiones culturales, educativas y relacionales, porque una intervención técnicamente adecuada puede resultar insuficiente si ignora el modo en que la persona comprende su enfermedad, su tratamiento y su propio proyecto de vida.

En enfermería, la gestión del cuidado adquiere especial pertinencia porque la profesión se ubica en un punto estratégico del sistema: observa cambios clínicos, detecta riesgos, educa al paciente, articula a la familia, comunica al equipo y sostiene continuidad cuando otros procesos se fragmentan. Por ello, un modelo avanzado debe reconocer que la enfermera no solo “cumple indicaciones”, sino que interpreta señales, prioriza necesidades, activa barreras de seguridad y defiende la dignidad de la persona. Huh y Shin (2021) muestran una relación entre práctica centrada en la persona, competencia en seguridad del paciente y actividades seguras de enfermería; este aporte permite sostener que la seguridad no se agrega al cuidado como una lista de verificación externa, sino que se expresa en decisiones clínicas sensibles, oportunas y relacionales.

Desde Educación Superior, la gestión del cuidado debe enseñarse como competencia integradora: combina razonamiento clínico, ética, liderazgo, gestión de riesgos, lectura crítica de evidencia, comunicación interprofesional y análisis de contexto. La universidad no puede limitarse a formar profesionales técnicamente hábiles si no los prepara para tomar decisiones en escenarios inciertos, jerárquicos, saturados y moralmente exigentes. Kaldal et al. (2025) evidencian que el marco de fundamentos del cuidado puede apoyar la conexión entre teoría, práctica y reflexión crítica en los currículos de enfermería; así, la gestión avanzada debe ingresar al aula, la simulación y la práctica clínica como una forma de aprender a organizar el cuidado sin perder de vista el rostro de la persona.

Antes de avanzar hacia el liderazgo enfermero, resulta útil sintetizar los componentes centrales de esta gestión avanzada mediante una figura funcional. Su propósito no es decorar el capítulo, sino mostrar que el cuidado centrado en la persona depende de componentes interdependientes y no de acciones aisladas.

Figura 4.

Componentes de la gestión avanzada del cuidado centrado en la persona



La figura 4 permite interpretar que ningún componente, por sí solo, garantiza un cuidado humano, seguro y evaluable. El liderazgo sin evaluación puede convertirse en discurso; la planificación sin continuidad puede terminar en fragmentación; la innovación sin ética puede aumentar carga documental; y la mejora sin experiencia del paciente puede quedar atrapada en indicadores fríos. Muntlin et al. (2023) advierten que los marcos de fundamentos del cuidado son útiles como lenguaje común para reflexión y liderazgo, aunque pueden sentirse idealizados cuando las condiciones reales del trabajo no los sostienen. Esta

advertencia es crucial: gestionar cuidado significa proteger condiciones para cuidar bien, no exigir heroicidad a equipos agotados.

2.1.1. Liderazgo enfermero y toma de decisiones centradas en la persona

El liderazgo enfermero constituye una condición estructural de los modelos avanzados de gestión del cuidado, porque transforma la intención humanizadora en decisiones observables: asignación de personal, priorización clínica, coordinación de turnos, escucha del equipo, respuesta ante riesgos y defensa del paciente vulnerable. Tsapnidou et al. (2024) vinculan el liderazgo transformacional en enfermería con gestión de recursos, calidad, sostenibilidad, satisfacción laboral, innovación y seguridad; sin embargo, el liderazgo centrado en la persona no puede reducirse a motivar al equipo, pues también exige redistribuir poder, abrir espacios de deliberación y sostener condiciones laborales que no lesionen la posibilidad de cuidar.

En este punto, conviene distinguir varios tipos de liderazgo enfermero para evitar una lectura simplista. El liderazgo clínico se expresa en decisiones cercanas al paciente; el transformacional moviliza sentido, compromiso y mejora; el distribuido reconoce saberes del equipo; el ético protege dignidad y justicia; y el liderazgo basado en datos convierte información en aprendizaje. La siguiente tabla organiza estos enfoques y muestra su aporte, riesgo e implicación formativa.

Tabla 3.

Tipos de liderazgo enfermero y contribución al cuidado centrado en la persona

Tipo de liderazgo	Características	Aporte al cuidado centrado en la persona	Riesgo si se aplica mal	Implicación formativa
Clínico	Presencia en el servicio, juicio situado,	Mejora decisiones inmediatas y	Depender solo de experiencia individual	Simulación de toma de decisiones clínicas

	priorización del riesgo	vigilancia sensible		
Transformacional	Motiva, inspira, orienta a mejora y aprendizaje	Fortalece compromiso, innovación y cultura de seguridad	Convertirse en retórica motivacional sin recursos	Formación en liderazgo reflexivo y gestión del cambio
Distribuido	Comparte responsabilidad y reconoce saberes del equipo	Aumenta participación y corresponsabilidad	Diluir responsabilidad si no hay claridad	Aprendizaje interprofesional y trabajo colaborativo
Ético	Delibera sobre dignidad, autonomía, vulnerabilidad y justicia	Protege decisiones centradas en valores de la persona	Moralizar sin resolver condiciones institucionales	Bioética aplicada y análisis de casos
Basado en datos	Usa indicadores, eventos, experiencia del paciente y evidencia	Convierte información en mejora real	Burocratizar la calidad o vigilar al equipo	Alfabetización en datos e indicadores sensibles a enfermería

La tabla 3 muestra que el liderazgo enfermero no es una cualidad única, sino un conjunto de prácticas que deben equilibrarse. Un liderazgo exclusivamente clínico puede resolver urgencias, pero no transformar procesos; uno basado solo en datos puede producir reportes sin tocar la experiencia del paciente; uno transformacional puede inspirar, pero frustrar si la institución no asigna recursos. La toma de decisiones centrada en la persona exige, por tanto, triangular evidencia científica, preferencias del paciente, juicio profesional y contexto organizacional. McCormack, McCance, Bulley, Brown y McMillan (2021) sostienen que la práctica centrada en la persona se sostiene en relaciones, cultura y reflexión, lo cual refuerza la idea de que liderar el cuidado implica crear ambientes donde decidir bien sea posible y no excepcional.

La mirada crítica es necesaria porque muchos servicios confunden liderazgo con supervisión vertical, control documental o presión por cumplimiento. Ese liderazgo burocrático puede producir obediencia, pero difícilmente produce cuidado centrado en la persona, ya que tiende a silenciar al equipo, invisibilizar el cansancio y convertir los eventos adversos en culpa individual. La Organización Mundial de la Salud (2021) orienta la seguridad del paciente hacia sistemas capaces de reducir daño evitable y aprender de sus procesos; desde enfermería, esto implica que el liderazgo debe promover cultura justa, comunicación abierta y análisis de fallas sin persecución, porque el error debe analizarse para aprender, no para castigar.

En Educación Superior, formar liderazgo enfermero centrado en la persona exige pasar de asignaturas fragmentadas a experiencias integradas de decisión. El estudiante debe aprender a leer indicadores, priorizar pacientes, comunicar riesgos, sostener conversaciones difíciles, participar en rondas de seguridad y reconocer dilemas éticos reales. Carvajal et al. (2025) señalan que la educación en seguridad del paciente se fortalece mediante enfoques longitudinales, inmersivos, interprofesionales y apoyados en simulación; esta evidencia invita a diseñar currículos donde liderazgo, calidad y humanización no aparezcan como contenidos separados, sino como competencias que se ejercitan en escenarios clínicos complejos.

2.2. Modelos integrados de cuidado: continuidad, coordinación y transición segura

Los modelos integrados de cuidado buscan responder a un problema persistente de los sistemas sanitarios: la fragmentación. Una persona puede recibir atención técnicamente correcta en cada punto del proceso y, aun así, experimentar abandono, repetición de información, pérdida de seguimiento o contradicciones entre profesionales. Khatri et al. (2023) relacionan continuidad y coordinación con atención centrada en la persona, coherencia entre eventos asistenciales y alineación con necesidades y preferencias; desde enfermería, este enfoque exige mirar la trayectoria completa del paciente, no solo el episodio de hospitalización, consulta o procedimiento.

La transición entre hospital, domicilio, atención primaria y servicios especializados representa uno de los momentos de mayor vulnerabilidad para la persona y la familia. Tyler et al. (2023) revisan ensayos sobre cuidado transicional y muestran que las intervenciones de baja y mediana complejidad pueden reducir reingresos, visitas a emergencia, eventos adversos y problemas de adherencia, aunque también advierten la necesidad de medidas estandarizadas de resultado. Este aporte es relevante porque obliga a la enfermería a gestionar altas seguras no como trámite final, sino como proceso anticipado de educación, coordinación y seguimiento.

En un modelo integrado, la coordinación interprofesional no debe entenderse como simple intercambio de información, sino como construcción compartida de un plan de cuidado comprensible, continuo y evaluable. Karam et al. (2021) sistematizan intervenciones de coordinación realizadas por enfermería para personas con necesidades complejas en atención primaria, destacando acciones dirigidas al paciente, la familia, el equipo y la colaboración entre servicios. Esta evidencia fortalece el papel de enfermería como profesión articuladora: alguien debe mirar el conjunto, anticipar vacíos, ordenar prioridades y evitar que la persona se pierda entre diagnósticos, citas, formularios y niveles de atención.

La continuidad también tiene una dimensión pedagógica que suele pasar desapercibida. La universidad forma estudiantes en escenarios donde el tiempo clínico es fragmentado: rotan por servicios, observan episodios y evalúan procedimientos, pero no siempre siguen trayectorias completas de pacientes. Yang (2022) muestra una relación positiva entre competencias de alfabetización en salud y cuidado centrado en la persona, recomendando su integración curricular. En efecto, formar para la continuidad implica enseñar al estudiante a explicar, verificar comprensión, adaptar el lenguaje, considerar recursos familiares y preguntar si el plan de cuidado puede cumplirse en la vida real del paciente.

Para representar esta lógica integrada, la figura 5 organiza la continuidad como ruta y no como suma de acciones. Su función argumentativa consiste en mostrar que la seguridad se construye antes, durante y después del contacto asistencial,

mediante valoración integral, plan individualizado, intervención, transición, seguimiento y retroalimentación.

Figura 5.

Ruta de continuidad del cuidado centrado en la persona



La figura 5 permite observar que la continuidad no inicia al alta, sino desde la primera valoración. Si la enfermería recoge únicamente datos biomédicos, el plan será incompleto; si educa sin verificar comprensión, la transición será frágil; si entrega indicaciones sin coordinación con atención primaria, el seguimiento dependerá de la suerte. Reyes et al. (2024) advierten que la automatización, la estandarización rígida y condiciones institucionales insuficientes pueden debilitar la humanización; aplicada a la continuidad, esta advertencia significa que una ruta clínica solo será centrada en la persona si permite adaptar el cuidado a necesidades, capacidades, temores y contextos reales.

2.2.1. Gestión de casos y planes individualizados de cuidado

La gestión de casos constituye un modelo avanzado especialmente útil para personas con cronicidad, dependencia, multimorbilidad, vulnerabilidad social o necesidades complejas. Su finalidad no es etiquetar al paciente como “difícil”, sino reconocer que requiere una arquitectura de cuidado más fina: valoración integral, objetivos compartidos, coordinación interprofesional, seguimiento continuo y evaluación de riesgos prevenibles. Karam et al. (2021) muestran que las intervenciones coordinadas por enfermería pueden actuar sobre pacientes,

familias, equipos y servicios; por tanto, la gestión de casos debe entenderse como una práctica relacional y organizativa, no como una carpeta adicional.

Un plan individualizado de cuidado debe integrar necesidades clínicas, emocionales, familiares, sociales, culturales y educativas. En la práctica cotidiana, esto se traduce en preguntar no solo qué diagnóstico tiene la persona, sino qué comprende, qué teme, quién la acompaña, con qué recursos cuenta y qué barreras podrían impedir la adherencia. Grover et al. (2022) identifican la individualidad, el empoderamiento y la perspectiva biopsicosocial como elementos centrales del cuidado centrado en la persona; esta evidencia respalda que la planificación enfermera no puede reducirse a diagnósticos estandarizados si no incorpora preferencias, capacidades y prioridades del paciente.

La gestión de casos también demanda tecnología con sentido humano. Los sistemas de información, tableros de seguimiento y alertas clínicas pueden ayudar a identificar riesgos, recordar controles o mejorar continuidad, pero solo son útiles si liberan tiempo para cuidar mejor y no si duplican registros o desplazan la conversación clínica. Huh y Shin (2021) relacionan práctica centrada en la persona y seguridad, lo que permite sostener que todo dato debe interpretarse desde el juicio enfermero y desde la situación concreta del paciente. El riesgo no está en usar tecnología, sino en usarla sin propósito, sin participación de enfermería o sin considerar privacidad, carga laboral y comprensión del usuario. La tabla 4 propone una estructura mínima para planes individualizados de cuidado. Su utilidad radica en convertir la valoración integral en decisiones trazables, indicadores de seguimiento y riesgos prevenibles, evitando que la personalización quede como una intención general.

Tabla 4.

Componentes de un plan individualizado de cuidado

Dimensión	Pregunta orientadora	Intervención enfermera	Indicador de seguimiento	Riesgo prevenible
Clínica	¿Qué condición requiere vigilancia prioritaria?	Valoración periódica, control de signos,	Cambios clínicos detectados y reportados oportunamente	Deterioro no identificado

educación sobre alarma				
Emocional	¿Qué siente, teme o necesita expresar la persona?	Escucha clínica, contención, derivación si procede	Registro de necesidades emocionales y respuesta brindada	Ansiedad, desconfianza, abandono percibido
Familiar	¿Quién cuida y qué capacidad real tiene?	Educación al cuidador, acuerdos de apoyo, contacto de seguimiento	Cuidador comprende plan y señales de alarma	Sobrecarga familiar y errores en domicilio
Social	¿Qué barreras limitan acceso, adherencia o continuidad?	Coordinación con trabajo social, atención primaria o redes comunitarias	Barreras identificadas y gestionadas	Reingreso por falta de recursos
Cultural	¿Qué creencias o prácticas influyen en el cuidado?	Comunicación respetuosa, negociación terapéutica	Plan adaptado a valores y prácticas seguras	Rechazo del tratamiento o incompreensión
Educativa	¿La persona comprende qué debe hacer y por qué?	Enseñanza con verificación de comprensión	Técnica teach-back aplicada y documentada	Uso incorrecto de medicamentos o indicaciones

La tabla 4 muestra que individualizar no significa improvisar, sino estructurar el cuidado alrededor de la persona. Un plan verdaderamente individualizado permite que la enfermera anticipe riesgos, adapte la educación, dialogue con la familia y evalúe avances sin perder trazabilidad. McCormack y McCance (2021) sostienen que la investigación y práctica centradas en la persona deben ser participativas y transformadoras; llevada a la gestión de casos, esta idea exige que el paciente no sea receptor pasivo del plan, sino interlocutor cuya experiencia ayuda a ajustar decisiones clínicas, educativas y organizacionales.

2.3. Modelos de práctica profesional y entornos favorables para cuidar

Los modelos de práctica profesional en enfermería definen cómo se organiza el trabajo, cómo se toman decisiones, qué autonomía tiene el personal, cómo se distribuyen responsabilidades y qué condiciones permiten sostener calidad y seguridad. Un entorno favorable no es un beneficio accesorio para el equipo; es una condición de cuidado para el paciente. Dall’Ora et al. (2022) revisan evidencia longitudinal que asocia dotación enfermera con resultados del paciente, incluida la posibilidad de prevenir muertes, aunque advierten la necesidad de medir la dotación con mayor precisión. Este hallazgo es incómodo, pero necesario: no se puede pedir cuidado humano a equipos institucionalmente descuidados.

El ambiente de práctica influye en la seguridad porque determina si la enfermera puede comunicar riesgos, participar en mejora, acceder a recursos y sostener vigilancia clínica. Mihdawi et al. (2020) muestran asociaciones entre ambiente laboral, adecuación de personal y recursos, comunicación, participación en mejora de calidad y seguridad del paciente. Por eso, la gestión avanzada debe evaluar no solo indicadores de eventos adversos, sino también condiciones que los preceden: carga laboral, interrupciones, comunicación deficiente, ausencia de retroalimentación y falta de participación del personal operativo en decisiones que afectan el cuidado.

La gobernanza clínica es el puente entre modelo profesional y resultados. Cuando la enfermería participa en comités de calidad, análisis de eventos, diseño de protocolos, gestión de indicadores y evaluación de experiencias del paciente, el cuidado deja de ser una función subordinada y se convierte en eje de mejora institucional. La Organización Mundial de la Salud (2021) propone prioridades para fortalecer enfermería y partería en educación, empleo, liderazgo y prestación de servicios; esta orientación confirma que no habrá cuidado centrado en la persona si la profesión no ocupa espacios reales de decisión, investigación aplicada y conducción de procesos asistenciales.

La crítica principal a los discursos de humanización es que, con frecuencia, se formulan sin revisar condiciones de trabajo. Se pide sonreír, escuchar y

acompañar, pero no siempre se reduce sobrecarga, se mejora dotación, se protege descanso, se actualizan procesos o se atiende el desgaste moral. Reyes et al. (2024) identifican barreras relacionadas con formación, condiciones laborales e insuficiente voluntad institucional; esta evidencia permite afirmar que la humanización no fracasa por falta de sensibilidad individual, sino también por modelos organizacionales que hacen difícil cuidar con presencia, calma y continuidad.

Para ordenar estas condiciones, la figura 6 representa el entorno favorable como sistema de capas. La intención es mostrar que el cuidado humanizado y seguro no nace únicamente en la enfermera individual, sino en la interacción entre profesional, equipo, unidad clínica, institución y sistema formativo.

Figura 6.

Entorno favorable para el cuidado humanizado y seguro



La figura 6 permite interpretar que los entornos favorables deben ser evaluados como parte del modelo de cuidado, no como asunto administrativo separado. Si el centro es la enfermera con juicio clínico, las capas externas deben proteger ese juicio mediante comunicación, recursos, liderazgo, autonomía, cultura justa e investigación aplicada. Muntlin et al. (2023) muestran que los marcos de

fundamentos del cuidado pueden apoyar liderazgo y reflexión, pero también revelan tensiones cuando la realidad laboral no permite practicarlos plenamente. De ahí que la Educación Superior tenga una responsabilidad doble: formar profesionales capaces de transformar la práctica y producir evidencia sobre qué condiciones institucionales permiten cuidar mejor.

2.3.1. Implicaciones curriculares para la formación en gestión del cuidado

Traducir los modelos avanzados de gestión del cuidado al currículo universitario implica formar enfermeras y enfermeros capaces de cuidar, decidir, liderar, investigar y transformar. Esto exige superar el currículo que separa técnica, ética, gestión y comunicación como si fueran competencias independientes. Lu et al. (2026) subrayan que la formación en seguridad del paciente debe integrar conocimientos, habilidades, cultura y actitudes; en consecuencia, la gestión del cuidado debe enseñarse como competencia transversal desde los primeros niveles de formación, no como contenido tardío reservado a administración de servicios.

La formación en cuidado centrado en la persona requiere experiencias educativas que permitan al estudiante comprender la vulnerabilidad del paciente, pero también las restricciones del sistema. Kaldal et al. (2025) evidencian que el marco de fundamentos del cuidado facilita la conexión entre teoría y práctica, promueve reflexión crítica y apoya la comprensión del cuidado centrado en la persona. Esta evidencia sugiere que los planes de estudio deben incorporar análisis de trayectorias de cuidado, simulación de alta segura, revisión de eventos adversos, comunicación con familias, gestión de casos y reflexión narrativa sobre experiencias clínicas reales.

La simulación clínica, la práctica interprofesional y la investigación aplicada deben ocupar un lugar central en esta formación. Carvajal et al. (2025) señalan que los enfoques inmersivos y longitudinales fortalecen la educación en seguridad del paciente; Yang (2022) añade que la alfabetización en salud se relaciona con cuidado centrado en la persona. De forma conjunta, estos aportes permiten diseñar experiencias donde el estudiante no solo demuestre procedimientos, sino que explique, escuche, negocie, priorice, documente,

coordine y evalúe si el cuidado fue realmente comprendido y seguro. La tabla 5 organiza competencias universitarias para la gestión avanzada del cuidado. Su función es orientar diseño curricular, evaluación formativa y articulación entre aula, laboratorio, simulación, práctica clínica e investigación.

Tabla 5.

Competencias universitarias para la gestión avanzada del cuidado

Competencia	Desempeño esperado	Estrategia didáctica	Evidencia evaluativa	Aporte al cuidado
Liderazgo clínico	Prioriza riesgos y coordina acciones seguras	Simulación de turnos y rondas de seguridad	Rúbrica de toma de decisiones	Mejora oportunidad y continuidad
Comunicación terapéutica	Escucha, explica y verifica comprensión	Role play, paciente estandarizado, teach-back	Lista de cotejo comunicacional	Fortalece confianza y adherencia
Gestión de riesgos	Identifica, reporta y analiza eventos	Análisis de caso, causa raíz, cultura justa	Informe reflexivo de evento simulado	Reduce daño evitable
Planificación individualizada	Diseña planes ajustados a contexto	Estudio de caso longitudinal	Plan de cuidado argumentado	Personaliza intervenciones
Coordinación interprofesional	Articula equipo, familia y niveles de atención	Aprendizaje interprofesional	Evaluación 360°	Disminuye fragmentación
Alfabetización digital y datos	Usa indicadores sin deshumanizar el cuidado	Tableros simulados, historia clínica electrónica	Interpretación de indicadores	Convierte datos en mejora
Ética aplicada	Delibera sobre dignidad, autonomía y justicia	Seminarios de dilemas y narrativa clínica	Ensayo deliberativo	Protege decisiones centradas en valores

Investigación aplicada	Evalúa problemas reales del servicio	Proyectos de mejora y práctica basada en evidencia	Informe de mejora con indicadores	Transforma procesos institucionales
---------------------------	---	---	---	---

La tabla 5 confirma que la gestión avanzada del cuidado no puede enseñarse como una asignatura aislada ni evaluarse solo mediante exámenes teóricos. Requiere currículos integrados, docentes clínicamente sensibles, escenarios de práctica seguros y una cultura universitaria que no reproduzca jerarquías deshumanizantes. La Organización Mundial de la Salud (2021) sitúa la educación y el liderazgo de enfermería como prioridades estratégicas, mientras que McCance y McCormack (2025) recuerdan que el cuidado centrado en la persona depende de culturas relacionales y contextos facilitadores. Por ello, el aporte de este capítulo a la Educación Superior en enfermería es claro: formar profesionales capaces de gestionar cuidado no significa prepararlos para controlar procesos, sino para sostener prácticas humanas, seguras, continuas y evaluables en instituciones que también deben aprender a cuidar.



HUMANIZACIÓN



A EN EL
CUIDADO

Capítulo III: Calidad asistencial y seguridad del paciente desde el cuidado centrado en la persona



EMPATÍA Y RESPETO

Calidad asistencial y seguridad del paciente desde el cuidado centrado en la persona

3.1. Calidad del cuidado en enfermería: indicadores, experiencia y resultados

La calidad asistencial, cuando se mira desde el cuidado centrado en la persona, no puede reducirse a una suma de requisitos cumplidos, auditorías cerradas o indicadores en verde. La Organización Mundial de la Salud (2025) define la calidad como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional basado en evidencia; además, vincula la calidad con servicios efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes. Esta definición es relevante para enfermería porque obliga a leer cada procedimiento como un acto clínico, ético y relacional: controlar el dolor, prevenir una caída, comunicar un cambio de estado, acompañar el alta o preservar la intimidad son acciones técnicas, pero también expresiones concretas de respeto.

Desde la práctica enfermera, la calidad del cuidado se expresa en la capacidad de anticipar riesgos, responder oportunamente, sostener continuidad y proteger la dignidad del paciente incluso en servicios tensionados por carga laboral, escasez de recursos o fragmentación institucional. Byrne et al. (2020) advierten que el cuidado centrado en la persona suele presentar una brecha entre el concepto declarado y su operacionalización real, especialmente cuando las instituciones hablan de “centro” sin redistribuir poder, escucha y decisión. El aporte de este estudio es clave para este capítulo: la calidad no solo depende de hacer correctamente lo indicado, sino de revisar quién define lo que cuenta como buen cuidado, cómo se incorpora la voz del paciente y qué margen tiene enfermería para ajustar la atención a la singularidad de cada persona.

La experiencia del paciente no debe tratarse como un indicador blando o secundario, porque comunica dimensiones que la historia clínica no siempre captura: miedo, espera, comprensión de la información, confianza, trato digno, coordinación y percepción de seguridad. Feldthusen et al. (2022) sostienen, en una revisión de revisiones, que las formas de “centrarse” en la persona son diversas, pero comparten una preocupación por integrar necesidades,

preferencias y relaciones en la organización de la atención. Para enfermería, este aporte permite ampliar la lectura de la calidad: un resultado clínico favorable puede quedar incompleto si el paciente sintió abandono, desinformación o pérdida de control durante el proceso asistencial.

La evidencia reciente también obliga a relacionar calidad con condiciones laborales y cultura organizacional. Li et al. (2024), en una revisión sistemática y metaanálisis, encontraron asociación entre burnout de enfermería y menor seguridad del paciente, menor satisfacción y menor calidad percibida. Esta relación no debe interpretarse como culpabilización del personal, sino como advertencia institucional: no se puede pedir cuidado humano a equipos sostenidamente agotados. El dato, aquí, tiene rostro; expresa que la calidad asistencial se deteriora cuando la institución descuida a quienes cuidan, cuando la gestión mide producción, pero no escucha desgaste, dotación, clima emocional ni capacidad real de respuesta.

La siguiente figura sintetiza las dimensiones de la calidad del cuidado enfermero desde un enfoque centrado en la persona. Su función no es decorativa, sino argumentativa: mostrar que la calidad se sostiene en un equilibrio entre efectividad clínica, seguridad, oportunidad, equidad, experiencia y continuidad, de modo que ningún eje sea usado para justificar la ausencia de otro.

Figura 7.

Dimensiones de la calidad del cuidado enfermero



La figura permite interpretar que la calidad enfermera no se alcanza por acumulación de controles aislados, sino por integración de dimensiones. Un servicio puede ser técnicamente efectivo, pero inseguro si no previene eventos; puede ser seguro, pero poco humano si no comunica; puede ser oportuno, pero inequitativo si ciertas personas reciben menos información por edad, condición social, discapacidad o baja alfabetización en salud. En Educación Superior, esta lectura exige formar profesionales capaces de evaluar la calidad como una experiencia integral: saber medir, sí, pero también saber interpretar; saber registrar, pero también deliberar; saber cumplir protocolos, pero sin borrar la historia, la voz y la vulnerabilidad de la persona cuidada.

3.1.1. Indicadores sensibles a enfermería y evaluación del cuidado centrado en la persona

Los indicadores sensibles a enfermería permiten observar aquello que cambia, mejora o se deteriora por efecto directo o indirecto del cuidado enfermero. Oner et al. (2021) aportan una revisión sistemática que identifica indicadores asociados con estructura, proceso y resultado, útiles para estandarizar la evaluación de la calidad del cuidado. Su valor para este capítulo está en mostrar que la enfermería no debe quedar invisible dentro de indicadores generales del hospital: caídas, lesiones por presión, infecciones asociadas, errores de medicación, satisfacción, educación al paciente, continuidad y dotación no son simples cifras administrativas, sino señales de cómo se organiza, ejecuta y sostiene el cuidado.

Sin embargo, medir no equivale automáticamente a mejorar. Gormley et al. (2024) plantean una crítica necesaria: los sistemas actuales de métricas pueden ser insuficientes para evaluar de manera completa el cuidado de enfermería, porque muchas veces capturan eventos visibles, pero no fundamentos, valores ni procesos relacionales de la profesión. Este argumento ayuda a evitar una mirada mecanicista: un indicador sensible a enfermería debe responder a una pregunta de mejora, no a una lógica de castigo. Detrás de una caída no solo hay un número; puede haber dolor, miedo, pérdida de autonomía, falta de acompañamiento, barreras ambientales o una institución que no ajustó sus procesos a la vulnerabilidad real del paciente.

La Tabla 6 organiza indicadores sensibles a enfermería desde una interpretación humanizada. Su propósito es orientar la evaluación del cuidado centrado en la persona sin reducirlo a vigilancia punitiva; cada indicador se vincula con una acción de mejora que puede ser liderada por enfermería, gestión de calidad y equipos académicos.

Tabla 6.

Indicadores sensibles a enfermería desde un enfoque centrado en la persona

Indicador	Dimensión evaluada	Fuente de datos	Interpretación humanizada	Acción de mejora
Caídas	Seguridad y movilidad	Reporte de eventos, historia clínica, rondas de seguridad	Señal de vulnerabilidad funcional, ambiental o comunicacional	Valoración de riesgo, acompañamiento, educación, adecuación del entorno
Lesiones por presión	Continuidad, vigilancia clínica y confort	Registros de enfermería, escalas de riesgo, auditoría clínica	Puede expresar sufrimiento evitable, inmovilidad no atendida o fallas de seguimiento	Reposicionamiento, superficies de apoyo, nutrición, vigilancia documentada
Errores de medicación	Seguridad terapéutica	Notificación de incidentes, farmacia, registros de administración	Riesgo que afecta confianza, tratamiento y daño potencial	Doble verificación, conciliación, educación, cultura justa
Infecciones asociadas a la atención	Seguridad y prevención	Vigilancia epidemiológica, listas de verificación	Daño prevenible que refleja adherencia a prácticas seguras	Higiene de manos, bundles, retroalimentación y disponibilidad de insumos

Satisfacción/experiencia del paciente	Trato digno, comunicación y confianza	Encuestas, entrevistas, quejas, historias narrativas	Expresa cómo se vivió el cuidado, no solo qué se hizo	Rondas humanizadas, escucha activa, mejora de información
Continuidad del cuidado	Integración y transición segura	Plan de alta, llamadas, interconsulta, contrarreferencia	Indica si la persona sale comprendiendo cómo cuidarse	Alta educativa, coordinación con familia y primer nivel
Dolor evaluado y tratado	Confort, alivio y respuesta oportuna	Escalas de dolor, notas clínicas, administración analgésica	El dolor no atendido deteriora dignidad, confianza y recuperación	Valoración sistemática, respuesta terapéutica y reevaluación
Comunicación clínica	Seguridad, autonomía y corresponsabilidad	Observación, auditoría, incidentes, encuestas	La información incompleta aumenta ansiedad y errores	SBAR/ISBAR, consentimiento claro, verificación de comprensión

La tabla debe leerse como una herramienta de gestión del cuidado, no como un tablero para señalar culpables. Hakami et al. (2023) muestran que indicadores como caídas, errores de medicación, satisfacción, dolor, lesiones por presión e infecciones aparecen de forma recurrente como prioridades de investigación y evaluación. Ese aporte permite sostener que la Educación Superior en enfermería debe enseñar a los estudiantes no solo a registrar indicadores, sino a formular preguntas: ¿qué historia hay detrás de este evento?, ¿qué condición institucional lo facilitó?, ¿qué aprendizaje requiere el equipo?, ¿qué barrera puede rediseñarse para que no vuelva a ocurrir?

La evaluación del cuidado centrado en la persona necesita combinar datos cuantitativos, narrativas del paciente, observación clínica y análisis institucional. Marzban et al. (2022) señalan que la participación del paciente puede mejorar resultados, satisfacción, productividad del servicio y experiencia de atención,

aunque su implementación exige estrategias concretas y no solo discursos participativos. En formación universitaria, esto implica entrenar competencias de medición, entrevista, análisis crítico y mejora continua. Un estudiante de enfermería debe aprender que cada indicador es una puerta de entrada a la transformación del cuidado: mide algo, pero también interpela a alguien; muestra una tendencia, pero exige una decisión ética, clínica y organizacional.

3.2. Seguridad del paciente: cultura, riesgos y aprendizaje organizacional

La seguridad del paciente constituye una dimensión esencial de la calidad asistencial y una responsabilidad ética del cuidado. La Organización Mundial de la Salud (2021) plantea, en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, la visión de un mundo donde nadie sea dañado en la atención sanitaria y cada paciente reciba cuidado seguro y respetuoso. Este marco aporta una idea decisiva para enfermería: la seguridad no es una campaña ocasional ni un formulario de incidentes, sino un sistema de culturas, procesos, comportamientos, tecnologías y entornos que buscan reducir daño evitable.

Desde enfermería, la seguridad se concreta en actos cotidianos de vigilancia clínica: identificar correctamente al paciente, administrar medicamentos con prudencia, prevenir infecciones, valorar el riesgo de caída, comunicar deterioros, verificar procedimientos, educar al alta y actuar ante signos tempranos de complicación. Rossiter et al. (2020) encontraron evidencia alentadora, aunque heterogénea, sobre el potencial del cuidado centrado en la persona para mejorar resultados de seguridad, por ejemplo en reducción de caídas en ciertos contextos. Su aporte debe leerse con cautela: no autoriza a afirmar que toda intervención centrada en la persona reduce automáticamente eventos adversos, pero sí permite sostener que la participación, la comunicación y la comprensión de la singularidad pueden funcionar como barreras clínicas frente al daño.

La cultura de seguridad se debilita cuando el error se oculta por miedo, cuando los reportes se usan para sancionar sin aprender o cuando la institución responde con cursos repetitivos sin revisar fallas del sistema. Kumah (2025) sostiene que el reporte de eventos adversos es esencial para identificar

debilidades sistémicas, pero el subregistro continúa asociado al temor a castigos, daño reputacional o consecuencias legales. Este argumento es particularmente sensible para enfermería: los equipos que pasan más tiempo junto al paciente suelen detectar riesgos tempranos, pero pueden callar si la cultura institucional transforma la notificación en amenaza.

La cultura justa no significa ausencia de responsabilidad; significa diferenciar error humano, conducta de riesgo y negligencia deliberada, para responder de manera proporcional, transparente y orientada al aprendizaje. Davis et al. (2025) documentan que estrategias integradas de cultura justa, retroalimentación y liderazgo pueden mejorar la transparencia y el reporte de eventos en contextos hospitalarios. Su aporte práctico es claro: la gestión de calidad no puede limitarse a recibir incidentes; debe devolver aprendizaje al equipo, rediseñar procesos y sostener emocionalmente a los profesionales involucrados.

Para enfermería, esta perspectiva evita dos extremos igualmente peligrosos: culpar al individuo por fallas del sistema o diluir toda responsabilidad en una abstracción organizacional. La siguiente figura propone un ciclo de seguridad del paciente centrado en la persona. Su función es mostrar que el reporte no termina en la notificación, sino que abre una ruta de análisis, intervención, aprendizaje y retroalimentación, donde la persona afectada, la familia y el equipo de enfermería tienen un lugar legítimo.

Figura 8.

Ciclo de seguridad del paciente centrado en la persona



La lectura de la figura permite comprender que una institución segura no es aquella que declara “cero errores” de forma acrítica, sino aquella que aprende antes, durante y después de cada riesgo. Brown et al. (2026) muestran que la cultura justa y la cultura justa restaurativa son campos emergentes para mejorar seguridad mediante respuestas no punitivas, apoyo postincidente y aprendizaje compartido. En Educación Superior, esto exige formar enfermeras y enfermeros que no teman pensar el error, que sepan reportar con responsabilidad, participar en análisis causal, comunicarse con transparencia y convertir la experiencia difícil en conocimiento institucional. La seguridad no se aprende solo memorizando normas; se aprende practicando juicio clínico, deliberación ética y humildad organizacional.

3.2.1. Eventos adversos, comunicación clínica y participación del paciente

Los eventos adversos exigen una respuesta clínica inmediata, pero también una respuesta comunicacional y ética. Cuando ocurre daño, la persona y su familia no solo necesitan corrección técnica; necesitan verdad proporcional, explicación comprensible, acompañamiento emocional, medidas de reparación cuando correspondan y garantías razonables de aprendizaje. Rathnayake et al. (2025) identifican en su revisión sistemática cinco temas relevantes en disclosure abierto: oportunidad de la comunicación, calidad del diálogo, apoyo a pacientes y familias, arreglos organizacionales y conversación orientada al futuro. Este aporte es central para enfermería porque muchas veces el primer sostén emocional del paciente ante un evento es la presencia enfermera.

La comunicación clínica segura debe entenderse como competencia técnica, no como atributo personal opcional. Sattar et al. (2020) muestran que pacientes, familiares y profesionales valoran la apertura, la honestidad y la sensibilidad en la comunicación de eventos adversos, pero también evidencian tensiones entre temor legal, emociones profesionales y expectativas de las personas afectadas. En el cuidado centrado en la persona, comunicar no significa descargar información de forma abrupta, sino construir una conversación prudente, clara y respetuosa.

Para enfermería, esto requiere dominar herramientas como SBAR/ISBAR, escucha activa, verificación de comprensión, registro responsable y coordinación interprofesional antes, durante y después de la información al paciente. La Tabla 7 sintetiza formas de participación del paciente y la familia en la seguridad del cuidado. Su intención es evitar dos reduccionismos: convertir a la familia en vigilante culpabilizante del equipo o excluirla por completo de decisiones que afectan la continuidad y seguridad de la atención.

Tabla 7.

Participación del paciente y familia en la seguridad del cuidado

Ámbito	Acción participativa	Responsabilidad profesional	Beneficio	Precaución ética
Identificación segura	Confirmar nombre, fecha de nacimiento y procedimiento	Explicar por qué se pregunta varias veces	Reduce errores de identificación	No trasladar la responsabilidad al paciente
Medicación	Informar alergias, medicamentos habituales y dudas	Conciliar, educar y verificar comprensión	Disminuye errores y duplicidades	Evitar lenguaje técnico incomprensible
Prevención de caídas	Comunicar mareo, dolor, debilidad o necesidad de ayuda	Valorar riesgo y adecuar entorno	Anticipa eventos evitables	No culpabilizar si ocurre una caída
Transición al alta	Revisar indicaciones, signos de alarma y controles	Entregar plan claro y accesible	Mejora continuidad y autocuidado	Considerar alfabetización y apoyo familiar real
Comunicación de eventos	Participar en disclosure y seguimiento	Informar con honestidad, respeto y apoyo	Reconstruye confianza y orienta aprendizaje	Proteger intimidad, tiempos emocionales y consentimiento

Seguridad emocional	Expresar temores, preferencias y límites	Escuchar, documentar y adaptar el cuidado	Favorece confianza terapéutica	No invalidar experiencias subjetivas
---------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------

La tabla debe interpretarse desde una corresponsabilidad cuidadosamente delimitada. Abdi et al. (2024) muestran que pacientes y familias pueden contribuir a la seguridad, aunque la evidencia sobre implementación aún es desigual y depende de actitudes, contexto y estrategias institucionales. Por ello, la participación no debe convertirse en transferencia de carga: el paciente puede ayudar a advertir un riesgo, pero la responsabilidad profesional e institucional continúa siendo indelegable. Una familia que pregunta por un medicamento no “molesta”; participa en una barrera de seguridad. Pero si el sistema necesita que la familia detecte lo que el equipo no puede garantizar, entonces el problema ya no es participación, sino fragilidad organizacional.

La Educación Superior en enfermería debe incorporar esta discusión mediante simulación de eventos adversos, análisis de casos, comunicación difícil, consentimiento informado, ética del disclosure y gestión emocional del error. Myren et al. (2022) subrayan que la comunicación de eventos adversos requiere comprender perspectivas de pacientes y profesionales, no solo aplicar un guion institucional. En términos curriculares, esto implica evaluar cómo el estudiante informa, escucha, documenta, reconoce incertidumbre y activa apoyo. La seguridad del paciente no se fortalece formando profesionales que nunca se equivocan, sino profesionales capaces de reconocer riesgos, hablar a tiempo, pedir ayuda, aprender del error y cuidar también la confianza dañada.

3.3. Humanización, calidad y seguridad: integración en protocolos y prácticas clínicas

Humanizar los protocolos no significa flexibilizarlos hasta volverlos inseguros, ni estandarizar la atención hasta borrar a la persona. El desafío consiste en distinguir qué debe ser innegociablemente seguro y qué debe adaptarse a la historia, condición, cultura, preferencias y vulnerabilidad del paciente. Vaismoradi et al. (2020) muestran que la adherencia de enfermería a principios de seguridad del paciente está influida por múltiples factores, entre ellos

conocimiento, actitudes, condiciones organizacionales y cultura. Su aporte ayuda a entender que los protocolos fallan cuando son diseñados como documentos externos a la práctica real; para funcionar, deben ser comprensibles, aplicables, acompañados por recursos y asumidos como parte del juicio clínico cotidiano.

La administración segura de medicamentos ilustra con claridad esta integración entre protocolo y humanidad. Park y Han (2023) identifican que la investigación sobre educación en seguridad de la medicación en enfermería ha crecido y se organiza alrededor de errores, cultura de seguridad, educación y participación del paciente. El aporte de este estudio es curricular y clínico: enseñar medicación segura no puede limitarse a los “correctos” tradicionales; debe incluir conciliación, comprensión del paciente, comunicación de efectos adversos, doble verificación, análisis de interrupciones, alfabetización en salud y trabajo interprofesional. Un medicamento administrado correctamente, pero sin explicación ni escucha, puede ser técnicamente seguro y humanamente insuficiente.

La transición del cuidado es otro punto crítico donde calidad, seguridad y humanización se cruzan. Marsall et al. (2024) encontraron que procesos de alta de mayor calidad se asociaron con menos complicaciones relacionadas con medicamentos y mejor estado de salud reportado en el hogar, aunque no necesariamente con readmisiones. Este hallazgo es importante porque invita a mirar el alta como continuidad, no como cierre administrativo. Para enfermería, preparar el egreso implica traducir indicaciones, verificar comprensión, reconocer recursos familiares, coordinar seguimiento y anticipar signos de alarma. La persona no sale del hospital hacia un vacío; regresa a una casa, una economía, una red o, a veces, una soledad que condiciona la seguridad.

Los protocolos humanizados también deben proteger la intimidad, el alivio del dolor, la comunicación, la higiene, la identificación segura y la prevención de infecciones. Oksholm et al. (2023) sugieren que las intervenciones de transición pueden mejorar seguridad y satisfacción, aunque recomiendan mayor claridad en los componentes y resultados evaluados. Este aporte se alinea con la gestión del cuidado: no basta con decir “plan de alta”; hay que especificar quién educa,

cuándo, con qué material, cómo se verifica comprensión, qué contacto queda disponible y cómo se documenta el seguimiento. La humanización se vuelve operativa cuando cada fase del protocolo reduce incertidumbre y sostiene a la persona en los momentos de mayor vulnerabilidad. La siguiente figura propone un protocolo humanizado de cuidado seguro. Su propósito es representar que la seguridad no ocurre solo durante el procedimiento, sino antes, durante, después, en la transición y en el seguimiento.

Figura 9.

Protocolo humanizado de cuidado seguro



La figura permite comprender que un protocolo centrado en la persona no añade humanidad al final, como si fuera una cortesía posterior, sino que la incorpora desde el diseño. Antes del procedimiento, identifica y explica; durante, protege y escucha; después, reevalúa y alivia; en la transición, coordina y educa; en el seguimiento, confirma continuidad. Scerri et al. (2021) defienden que la seguridad farmacológica puede fortalecerse desde un enfoque centrado en la persona, porque la participación informada del paciente mejora la comprensión del tratamiento y puede reducir riesgos. En Educación Superior, esta lógica exige formar estudiantes capaces de ver el protocolo como una promesa de cuidado confiable, no como una rutina vacía.

3.3.1. Enseñanza de la calidad y seguridad en la Educación Superior de enfermería

La calidad y la seguridad del paciente deben ocupar un lugar transversal en la Educación Superior de enfermería, no aparecer como temas aislados al final del currículo. Lee et al. (2022) identifican, en una revisión sistemática, que las

intervenciones educativas en seguridad del paciente emplean diversas estrategias, contenidos y formas de evaluación, pero requieren mayor integración curricular y medición rigurosa de resultados. Su aporte es decisivo: enseñar seguridad no consiste en agregar una clase sobre eventos adversos, sino en diseñar experiencias formativas donde el estudiante practique comunicación, trabajo en equipo, análisis de riesgos, mejora continua, ética y toma de decisiones bajo incertidumbre.

La simulación clínica permite aprender seguridad sin exponer al paciente a daño real, siempre que esté articulada con debriefing, reflexión ética y evaluación de competencias. González et al. (2026) concluyen que la simulación en estudiantes de enfermería se asocia con mejoras en competencias vinculadas con comunicación, trabajo en equipo, seguridad de la medicación, reconocimiento y reporte de incidentes, aunque persisten limitaciones sobre sostenibilidad de los aprendizajes a largo plazo.

Este aporte orienta a las universidades: la simulación no debe ser espectáculo tecnológico, sino escenario de juicio clínico, error seguro, conversación reflexiva y transferencia a la práctica. La Tabla 8 propone estrategias didácticas para enseñar calidad y seguridad del paciente desde el cuidado centrado en la persona. Su función es traducir el capítulo en decisiones curriculares, actividades evaluables y evidencias de aprendizaje.

Tabla 8.

Estrategias didácticas para enseñar calidad y seguridad del paciente

Estrategia	Competencia	Actividad	Evidencia de aprendizaje	Relación con cuidado centrado en la persona
Simulación clínica de evento adverso	Comunicación segura y análisis de riesgo	Escenario con error de medicación o caída	Debriefing, reporte estructurado, plan de mejora	Permite cuidar la confianza, no solo corregir el error
Aprendizaje basado en casos	Juicio clínico y toma de decisiones	Análisis de caso con dilema ético	Matriz causa-raíz y propuesta de barreras	Integra historia del paciente, familia y contexto

		y fallas de proceso		
Rondas de seguridad formativas	Identificación de riesgos reales	Observación guiada en campo clínico	Lista de hallazgos y acciones priorizadas	Enseña a mirar el entorno desde la vulnerabilidad
Auditoría narrativa de indicadores	Evaluación crítica de calidad	Revisar indicadores junto con relatos de pacientes	Informe interpretativo de mejora	Humaniza el dato y evita lectura punitiva
Role-play de disclosure	Comunicación de eventos adversos	Conversación simulada con paciente/familia	Rúbrica de claridad, empatía y responsabilidad	Protege dignidad, verdad y apoyo emocional
Proyecto de mejora continua	Gestión del cuidado	Diseño PDSA o ciclo de mejora sobre indicador sensible	Producto aplicado y medición antes/después	Vincula investigación aplicada, calidad y transformación institucional
Portafolio reflexivo	Profesionalismo y ética	Registro de aprendizajes críticos en práctica clínica	Evidencias, reflexión y plan personal	Reconoce emociones, límites y responsabilidad profesional

La tabla debe interpretarse como una matriz de integración curricular. Ozata et al. (2025) encontraron que la simulación de alta fidelidad y el e-learning pueden mejorar la autoeficacia y competencias de estudiantes de enfermería en seguridad del paciente, aunque advierten limitaciones por tamaño muestral y diseño. Este aporte permite sostener una posición equilibrada: la tecnología educativa ayuda, pero no sustituye la mediación docente, el acompañamiento reflexivo ni la exposición crítica a problemas reales del cuidado. En enfermería, el estudiante aprende seguridad cuando se practica, se equivoca en entornos protegidos, recibe retroalimentación y comprende el impacto humano de sus decisiones.

La formación universitaria también debe enfrentar el currículum oculto de la seguridad. Un estudiante puede escuchar en clase que debe reportar eventos, pero aprender en la práctica que “mejor no decir nada”; puede estudiar trato

digno, pero observar comunicación fría; puede aprender consentimiento informado, pero ver formularios firmados sin comprensión real. Lu et al. (2026) muestran que la educación en seguridad del paciente en pregrado requiere mapear modalidades, efectividad, instrumentos y desafíos de implementación. En consecuencia, las universidades necesitan alianzas con instituciones clínicas que modelen cultura justa, supervisión formativa y aprendizaje organizacional. La seguridad no se enseña de manera creíble si los entornos de práctica normalizan silencio, sobrecarga o indiferencia.

La calidad asistencial y la seguridad del paciente desde el cuidado centrado en la persona exigen una enfermería capaz de medir sin deshumanizar, protocolizar sin rigidizar, reportar sin temer y enseñar sin separar técnica de ética. La Organización Mundial de la Salud (2024) subraya que la seguridad requiere políticas, estrategias, inversión y acciones coordinadas a nivel mundial, institucional y clínico. Este capítulo aporta a la literatura de Educación Superior en enfermería al proponer que la calidad y la seguridad sean competencias profesionales, curriculares e institucionales: se aprenden en el aula, se practican en simulación, se consolidan en clínica, se investigan en proyectos aplicados y se sostienen mediante gobernanza del cuidado. Cuidar mejor no es cuidar con más documentos; es construir sistemas donde cada dato, cada protocolo y cada decisión vuelvan a mirar a la persona.



HUMANIZACIÓN



A EN EL
L CUIDADO

Capítulo IV: Implementación, evaluación e innovación de modelos centrados en la persona en enfermería



EMPATÍA Y RESPETO

Implementación, evaluación e innovación de modelos centrados en la persona en enfermería

4.1. Diseño e implementación de modelos institucionales de cuidado centrado en la persona

Implementar un modelo institucional de cuidado centrado en la persona no significa trasladar una teoría al servicio mediante un protocolo rígido, sino reorganizar la práctica clínica, la gestión y la formación profesional alrededor de una pregunta ética y operativa: ¿qué necesita esta persona para sentirse cuidada, segura, escuchada y reconocida? McCance y McCormack (2025) sostienen que la enfermería centrada en la persona exige culturas laborales saludables, condiciones relacionales y fundamentos morales que permitan convertir la intención humanizadora en práctica cotidiana. Este aporte es relevante porque evita reducir el modelo a una declaración institucional y lo coloca en el terreno donde realmente se juega el cuidado: la interacción entre paciente, familia, equipo, ambiente clínico y organización.

Desde una perspectiva de implementación, el cuidado centrado en la persona debe comprenderse como una intervención compleja, sensible al contexto, dependiente de actores, recursos, liderazgo, cultura y mecanismos de aprendizaje. Damschroder et al. (2022a), al actualizar el CFIR, ofrecen un marco útil para analizar determinantes de implementación, mientras que Skivington et al. (2021) insisten en que las intervenciones complejas deben diseñarse y evaluarse con participación de los grupos implicados. En enfermería, esto implica que el modelo no puede instalarse desde una oficina de calidad sin dialogar con quienes administran medicamentos, reciben quejas, gestionan altas, educan familias y sostienen el cuidado en turnos de alta presión.

El punto de partida debe ser un diagnóstico institucional que combine indicadores de calidad y seguridad, experiencia del paciente, condiciones laborales, carga documental, dotación, cultura de comunicación y nivel de competencia profesional. Li et al. (2024) muestran, mediante revisión sistemática y metaanálisis, que el agotamiento de enfermería se asocia con peores resultados de seguridad, satisfacción y calidad; por ello, una institución que promete humanización, pero no revisa el desgaste de sus equipos, corre el riesgo de

exigir sensibilidad sin ofrecer condiciones para ejercerla. En la práctica, el diagnóstico no debe buscar culpables, sino brechas: dónde se fragmenta la continuidad, dónde se pierde la escucha, dónde el registro sustituye al encuentro y dónde el procedimiento se cumple sin experiencia humana suficiente.

El codiseño constituye la segunda fase estratégica, porque permite que pacientes, familias, enfermeras clínicas, docentes, estudiantes, gestores y personal de apoyo participen en la definición de prioridades. Bergholtz et al. (2024) advierten que la participación de pacientes y público en salud ha crecido, pero necesita diseños rigurosos para no quedarse en consulta simbólica; en la misma línea, Montori et al. (2023) plantean la toma de decisiones compartida como método de cuidado, no como simple autorización informada. Para enfermería, el codiseño permite recuperar una verdad sencilla y a veces olvidada: quien recibe cuidado también sabe algo sobre cómo quiere ser cuidado.

La implementación debe continuar con formación situada, pilotos progresivos y acompañamiento reflexivo, Mani (2025) sintetiza estrategias para transitar hacia educación basada en competencias en enfermería. El aporte de estas fuentes es claro: no se puede pedir un cuidado centrado en la persona si el currículo, la práctica clínica y la evaluación siguen formando profesionales solo para ejecutar tareas. En Educación Superior, la implementación institucional debe traducirse en resultados de aprendizaje, simulación clínica, rúbricas de comunicación, análisis de eventos adversos y prácticas reflexivas que permitan aprender a cuidar con ciencia, juicio y presencia.

La ruta institucional propuesta se organiza en siete fases: diagnóstico, codiseño, formación, pilotaje, evaluación, ajuste y escalamiento. Esta secuencia no debe entenderse como línea recta, sino como ciclo de aprendizaje institucional, porque la implementación real siempre exige volver a escuchar, corregir, redistribuir responsabilidades y sostener decisiones. La Figura 10 sintetiza esta ruta y permite visualizar que el cuidado centrado en la persona no se impone como campaña, sino que se construye como cultura clínica, pedagógica y organizacional.

Figura 10.



4.1.1. Gobernanza clínica, participación y corresponsabilidad

La gobernanza clínica del cuidado centrado en la persona puede definirse como el conjunto de decisiones, responsabilidades, mecanismos de participación e indicadores que orientan cómo una institución cuida, aprende y rinde cuentas. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS (2021) ofrece una base pertinente al proponer dirección estratégica para eliminar el daño evitable y mejorar la seguridad en distintos dominios de práctica. Su aporte al capítulo consiste en recordar que la seguridad no es una tarea aislada de enfermería, sino una responsabilidad institucional que debe aterrizar en el punto de atención, donde cada decisión afecta la vida concreta de una persona.

Una gobernanza humanizada no se limita a crear comités; exige que esos comités tengan voz clínica real, capacidad de decisión, seguimiento y retroalimentación hacia los servicios. Grover et al. (2022) identifican elementos comunes del cuidado centrado en el paciente, como empoderamiento, individualidad, enfoque biopsicosocial, comunicación, formación y estructura organizacional. Esta evidencia permite sostener que la gobernanza debe integrar simultáneamente la dimensión relacional y la dimensión estructural: escuchar al paciente, sí, pero también modificar procesos, horarios, circuitos, cargas de trabajo y criterios de evaluación que pueden impedir esa escucha.

La corresponsabilidad requiere definir quién decide, quién participa, quién evalúa y quién responde cuando el modelo no produce los resultados esperados. La Tabla 9 organiza actores y responsabilidades, no para burocratizar el cuidado, sino para evitar que la humanización se diluya en discursos sin responsables visibles. En esta lógica, pacientes y familias no son invitados decorativos; enfermeras clínicas no son solo ejecutoras; docentes y estudiantes no son observadores externos; y los gestores no pueden delegar la transformación cultural sin asegurar recursos, tiempo, formación y continuidad.

Tabla 9.

Actores y responsabilidades en la gobernanza del cuidado centrado en la persona

Actor	Responsabilidad	Decisión clave	Riesgo	Mecanismo de participación
Paciente	Expresar preferencias, necesidades, valores y experiencia de cuidado	Prioridades de cuidado, información requerida, decisiones compartidas	Participación simbólica o limitada por baja alfabetización en salud	Entrevistas, PREM, rondas de experiencia, consentimiento dialogado
Familia/cuidador	Aportar contexto, continuidad y apoyo al autocuidado	Plan de alta, educación familiar, seguimiento	Sobrecarga familiar o exclusión de decisiones	Reuniones de cuidado, educación estructurada, plan de alta seguro
Enfermería clínica	Ejecutar, coordinar, vigilar y humanizar el cuidado directo	Ajustes de proceso, alertas de seguridad, continuidad del cuidado	Sobrecarga, silenciamiento o baja autonomía	Comités de mejora, pases de guardia seguros, rondas clínicas
Líderes de enfermería	Organizar condiciones para	Dotación, distribución de cargas,	Control punitivo o gestión	Reuniones de seguridad, auditoría formativa,

	cuidar con calidad y seguridad	protocolos, supervisión	centrada solo en cumplimiento	gestión de indicadores
		Resultados		Comités
Docentes universitarios	Vincular modelo con currículo, competencias e investigación	de aprendizaje, simulación, prácticas clínicas	Currículo desconectado de la realidad asistencial	docencia-servicio, proyectos de investigación y vinculación
Estudiantes	Aprender, observar críticamente y aportar innovación formativa	Práctica reflexiva, reporte de brechas, proyectos de mejora	Reproducción del currículum oculto deshumanizante	Portafolios, diarios reflexivos, participación en pilotos
Gestores institucionales	Asegurar sostenibilidad, recursos y rendición de cuentas	Presupuesto, política interna, escalamiento	Modelo declarativo sin implementación real	Plan estratégico, tablero de indicadores, informes de mejora

La lectura de la Tabla 9 permite reconocer que la gobernanza del cuidado centrado en la persona debe equilibrar poder, conocimiento y experiencia. Bergholtz et al. (2024) aportan al señalar que la participación en salud necesita fortalecerse metodológicamente, mientras que el CFIR actualizado de Damschroder et al. (2022b) ayuda a identificar barreras y facilitadores en niveles individuales, organizacionales y externos. En términos prácticos, la tabla evita una confusión frecuente: participación no es preguntar al final si el usuario está satisfecho, sino permitir que su experiencia influya en el diseño, seguimiento y ajuste del modelo. En Educación Superior, la gobernanza debe extenderse al vínculo docencia-servicio, porque los escenarios clínicos enseñan incluso cuando nadie está dictando clase.

4.2. Evaluación de modelos de cuidado: resultados, experiencia y mejora continua

Evaluar un modelo de cuidado centrado en la persona no debe confundirse con vigilar al personal ni con acumular indicadores para informes administrativos. La evaluación, si quiere ser coherente con la humanización, debe funcionar como aprendizaje institucional: permite saber si las decisiones tomadas mejoran la seguridad, la experiencia, la continuidad, la comunicación, el bienestar del equipo y la calidad percibida por quienes reciben cuidado. Skivington et al. (2021) sostienen que las intervenciones complejas requieren evaluar no solo resultados, sino procesos, contexto y mecanismos de cambio; este enfoque resulta especialmente útil para enfermería, donde una misma intervención puede funcionar de modo distinto según liderazgo, dotación, cultura y características del servicio.

La evaluación integral debe combinar indicadores clínicos, indicadores sensibles a enfermería, experiencia del paciente, seguridad, resultados reportados por usuarios y análisis cualitativo de la práctica. McCormack et al. (2024) desarrollan y validan estructuralmente el Person-centred Practice Inventory–Care, instrumento orientado a medir cómo los usuarios perciben la práctica centrada en la persona. Su aporte es metodológico y político: ayuda a desplazar la evaluación desde lo que la institución cree que ofrece hacia lo que la persona experimenta como cuidado.

La experiencia hospitalaria del paciente ofrece información que los indicadores clásicos no siempre captan. Havana et al. (2023), en una revisión sistemática cualitativa, muestran que las experiencias de atención centrada en el paciente se relacionan con ser reconocido, recibir información comprensible, participar en decisiones y sentir coherencia en el cuidado. Este aporte es de alto valor para enfermería porque traduce la humanización en dimensiones observables: presencia, comunicación, respeto, coordinación y continuidad. Dicho de otro modo, una institución puede reducir eventos adversos y, aun así, necesitar mejorar la manera en que la persona vive el cuidado.

La seguridad del paciente debe evaluarse junto con las condiciones de trabajo de enfermería, no como variable separada. Li et al. (2024) encontraron asociación entre burnout de enfermería y menor clima de seguridad, más eventos adversos, menor satisfacción y menor calidad percibida; además,

Labrague et al. (2025) reportan una correlación negativa entre cultura de seguridad y cuidado de enfermería omitido. Estos aportes justifican que la evaluación de modelos centrados en la persona incluya cuidado perdido, carga laboral, agotamiento, clima justo y capacidad del equipo para reportar errores sin temor punitivo. La pregunta crítica no es solo “¿se cumplió el protocolo?”, sino “¿qué condiciones hicieron posible o imposible cuidar bien?”.

La mejora continua permite convertir la evaluación en acción. Endalamaw et al. (2024), en una revisión de alcance sobre mejora continua en sistemas de salud, señalan que estas iniciativas pueden impactar estructura, procesos, bienestar del usuario y mortalidad, aunque dependen de barreras, facilitadores, modelos y herramientas aplicadas. Por ello, el modelo de evaluación propuesto no debe cerrarse en una medición anual, sino en ciclos breves de revisión, retroalimentación, rediseño y nueva medición. La Figura 11 resume esta lógica evaluativa con cuatro cuadrantes que integran resultados clínicos, experiencia, seguridad y aprendizaje institucional.

Figura 11.

Modelo de evaluación integral del cuidado centrado en la persona



La Figura 11 debe interpretarse como una advertencia frente a la evaluación incompleta. Si solo se miden resultados clínicos, se invisibiliza la experiencia; si solo se mide satisfacción, se puede perder seguridad; si solo se audita cumplimiento, se corre el riesgo de castigar sin aprender. Rutherford et al. (2025)

plantean que los resultados reportados por pacientes todavía son poco usados como desenlaces en investigaciones y prácticas centradas en la persona, pese a su valor para comprender si la atención responde a necesidades, metas y valores. Así, evaluar el cuidado centrado en la persona exige mirar con datos, pero también escuchar con humildad.

4.2.1. Investigación aplicada y producción científica en Educación Superior de enfermería

La Educación Superior en enfermería no solo debe enseñar modelos centrados en la persona; también debe producir evidencia situada sobre cómo se implementan, evalúan, corrigen y sostienen en contextos reales. McCance y McCormack (2025) destacan que el desarrollo del marco de enfermería centrada en la persona se ha vinculado a un programa de investigación orientado a implementación, experiencia de pacientes y enfermeras, y desarrollo de culturas de cuidado. Este aporte es decisivo para la universidad, porque transforma el modelo en agenda científica: no basta con afirmar que el cuidado debe ser humano; hay que investigar qué condiciones lo vuelven posible.

La investigación aplicada debe articular tesis, proyectos de vinculación, prácticas clínicas, innovación docente y mejora institucional. Skivington et al. (2021) proponen que las intervenciones complejas se investiguen con diversidad metodológica y participación de actores, mientras que Damschroder et al. (2022) ofrecen categorías para estudiar determinantes de implementación. En enfermería, esto permite formular preguntas concretas: ¿qué barreras enfrentan las enfermeras para aplicar decisiones compartidas?, ¿cómo percibe la familia la educación al alta?, ¿qué indicadores sensibles al cuidado predicen mayor continuidad?, ¿qué condiciones curriculares favorecen competencias relacionales?

La producción científica también debe ampliar el foco más allá del hospital el papel de enfermería en equidad, salud pública y articulación con servicios sociales es un enfoque que permite a la investigación universitaria analizar continuidad del cuidado, alfabetización en salud, autocuidado, determinantes sociales, transición del alta y participación comunitaria. La Tabla 10 propone

líneas de investigación derivadas del modelo, con utilidad curricular, clínica y de vinculación.

Tabla 10.

Líneas de investigación derivadas del modelo de cuidado centrado en la persona

Línea	Problema investigable	Método sugerido	Población	Aporte esperado
Experiencia del paciente	Brechas entre cuidado planificado y cuidado vivido	Estudio cualitativo fenomenológico o PREM	Pacientes hospitalizados y familias	Mejorar comunicación, trato, participación y continuidad
Seguridad y cuidado omitido	Relación entre carga laboral, burnout y omisión de cuidados	Estudio correlacional o mixto	Enfermeras clínicas	Rediseñar dotación, supervisión y cultura justa
Currículo humanizado	Desarrollo de competencias relacionales y éticas	Investigación-acción educativa	Estudiantes y docentes de enfermería	Ajustar resultados de aprendizaje, rúbricas y simulación
Implementación institucional	Barreras y facilitadores del modelo centrado en la persona	Estudio de implementación con CFIR	Equipos de salud y gestores	Diseñar rutas de escalamiento sostenibles
Innovación digital humanizada	Impacto de registros, IA o telesalud en presencia cuidadora	Evaluación mixta de tecnología	Enfermeras, pacientes y usuarios digitales	Evitar despersonalización y carga documental
Continuidad y comunidad	Calidad del alta, autocuidado y seguimiento familiar	Cohorte, estudio de caso o investigación participativa	Pacientes crónicos, cuidadores y comunidad	Reducir fragmentación y fortalecer redes de apoyo

La Tabla 10 muestra que el modelo centrado en la persona puede convertirse en una arquitectura de investigación aplicada, no en un tema aislado de asignatura. Su valor para la Educación Superior está en conectar formación, servicio, evidencia y transformación institucional: cada línea puede alimentar tesis, proyectos de aula, prácticas preprofesionales, artículos científicos y decisiones de gestión. En el fondo, la universidad que investiga el cuidado no se limita a describir problemas; ayuda a construir respuestas contextualizadas, evaluables y éticamente sostenibles.

4.3. Innovación, tecnología y humanización del cuidado

La innovación en enfermería debe entenderse como la capacidad de mejorar el cuidado sin empobrecer la relación humana que lo sostiene. La tecnología puede aportar registros más seguros, monitoreo remoto, telecuidado, simulación, tableros de datos e inteligencia artificial; sin embargo, su valor depende de si reduce errores, libera tiempo clínico, fortalece la continuidad y mejora la experiencia de la persona. Leonardsen et al. (2023) muestran que la centralidad de la persona en servicios digitales de atención primaria sigue siendo un campo en desarrollo, lo cual advierte que digitalizar no equivale automáticamente a humanizar.

La telesalud y la comunicación digital pueden ampliar el acceso, pero también reproducir desigualdades si no consideran alfabetización digital, conectividad, privacidad y necesidades culturales. Khatri et al. (2023) recuerdan que la atención primaria centrada en las personas requiere continuidad, integralidad y orientación comunitaria. Para enfermería, la teleconsulta no debe ser una conversación apresurada por pantalla, sino una oportunidad para educar, acompañar, detectar riesgos y sostener vínculos cuando la distancia física dificulta el seguimiento.

La inteligencia artificial merece una postura crítica y prudente. Schönfelder et al. (2026) discuten la aplicación de IA en el contexto de la enfermería centrada en la persona y subrayan la necesidad de valores, reflexividad y defensa del paciente; por su parte, Dankwa et al. (2024) advierten sobre equidad y ética en el uso de IA en salud pública y medicina. El aporte de estas fuentes es especialmente importante: la IA puede apoyar decisiones, identificar riesgos o

sintetizar información, pero no debe sustituir el juicio clínico, la deliberación ética ni la responsabilidad profesional de enfermería.

Los registros clínicos electrónicos y la analítica de datos pueden fortalecer la trazabilidad del cuidado, pero también aumentar la carga documental si se diseñan sin participación de enfermería. Grover et al. (2022) vinculan la implementación del cuidado centrado en la persona con comunicación, formación y estructura organizacional; esta idea permite evaluar cualquier tecnología con una pregunta práctica: ¿mejora la comunicación y la toma de decisiones, o solo agrega pantallas al turno? En modelos avanzados, el dato debe servir para anticipar necesidades, priorizar riesgos, coordinar continuidad y aprender de la práctica, no para vigilar al equipo ni reducir a la persona a una alerta.

La simulación clínica, incluida la simulación virtual, puede ser una vía pedagógica para integrar seguridad, comunicación, ética y humanización. Alharbi et al. (2024) reportan que el aprendizaje basado en simulación favorece adquisición y retención de conocimientos y habilidades en estudiantes de enfermería, aunque su impacto depende del diseño pedagógico. En Educación Superior, la simulación no debería limitarse a ejecutar técnicas, sino incluir escenarios de error, consentimiento, comunicación difícil, alta segura, cuidado compasivo, discriminación, agotamiento del equipo y toma de decisiones compartida.

El desafío de la innovación es construir tecnología con sentido humano: útil, segura, ética, accesible, evaluable y gobernada por profesionales capaces de comprender sus límites. La Figura 12 organiza los principales nodos de innovación que pueden fortalecer el cuidado centrado en la persona, siempre que estén articulados con ética, formación y evaluación. No se trata de oponer tecnología y humanización, sino de impedir que la primera debilite aquello que la segunda busca proteger.

Figura 12.

Innovación tecnológica con sentido humano en enfermería



4.3.1. Modelo integrador final para la formación, gestión y evaluación del cuidado

El modelo integrador final que propone este libro parte de una convicción: el cuidado centrado en la persona no puede depender solo de la buena voluntad individual, porque necesita teoría, liderazgo, currículo, cultura, indicadores, seguridad, investigación e innovación. McCance y McCormack (2025) aportan la base conceptual al ubicar la enfermería centrada en la persona como teoría de rango medio con dimensiones contextuales, actitudinales y morales; el Plan Mundial de Seguridad del Paciente de la OMS (2021) aporta la exigencia de eliminar daño evitable; y Cook et al. (2022) conecta esta filosofía con educación profesional.

En el centro del modelo se ubica la persona-familia-comunidad, no como destinataria pasiva, sino como sujeto con historia, preferencias, derechos, vulnerabilidades y capacidad de participación. Montori et al. (2022) permiten fundamentar esta posición al presentar la toma de decisiones compartida como método de cuidado, mientras que Havana et al. (2023) muestran que las personas valoran ser reconocidas, informadas y acompañadas. En términos de

enfermería, centrar el modelo en la persona significa que cada plan de cuidado debe responder tanto al problema clínico como a la experiencia vivida de enfermar, depender, temer, decidir y recuperarse.

La primera capa del modelo corresponde al cuidado enfermero: valoración integral, presencia terapéutica, comunicación clínica, educación, continuidad, vigilancia sensible, alivio del sufrimiento y defensa del paciente. Esta capa requiere competencias técnicas y relacionales, porque no toda práctica correcta desde el procedimiento es suficiente desde la dignidad. McCormack et al. (2024) aportan un instrumento para valorar la percepción del usuario sobre la práctica centrada en la persona, lo que permite evaluar si esa primera capa se experimenta realmente como cuidado y no solo como intervención documentada.

La segunda capa integra calidad y seguridad, entendidas como condiciones inseparables de la humanización. Li et al. (2024) y Labrague et al. (2025) permiten sostener que la seguridad del paciente está vinculada con el bienestar del equipo, la cultura de seguridad y la reducción del cuidado omitido. Esta capa exige indicadores sensibles a enfermería, análisis de eventos, cultura justa, dotación segura, procesos confiables y retroalimentación formativa. La humanización, vista así, no es suavizar el trato mientras los sistemas fallan; es diseñar sistemas que permitan cuidar sin dañar.

La tercera capa corresponde a gestión e innovación. Aquí se ubican gobernanza clínica, mejora continua, tecnologías digitales, IA, telesalud, registros, tableros de datos y simulación. Endalamaw et al. (2024) fundamentan la necesidad de ciclos de mejora continua, mientras que Schönfelder et al. (2026) aportan una mirada crítica sobre IA y enfermería centrada en la persona. Esta capa propone que innovar no sea comprar tecnología, sino rediseñar procesos con evidencia, participación, ética y evaluación de impacto humano.

La cuarta capa articula Educación Superior e investigación aplicada. El modelo requiere currículos basados en competencias, prácticas clínicas reflexivas, simulación, líneas de investigación, vinculación con servicios de salud y producción científica situada. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021) y la OMS (2025) aportan una visión estratégica sobre liderazgo, educación y fuerza laboral de enfermería, lo que permite afirmar que la

transformación del cuidado también se decide en las universidades. La Figura 13 sintetiza el modelo final como sistema de capas, no como esquema decorativo, porque cada nivel sostiene al siguiente.

Figura 13.

Modelo avanzado de gestión del cuidado centrado en la persona



El modelo avanzado de gestión del cuidado centrado en la persona propone pasar de una enfermería que responde a demandas fragmentadas hacia una enfermería que diseña, evalúa, investiga e innova formas más humanas y seguras de cuidar. Su aporte no está en prometer una institución perfecta, sino en ofrecer una ruta posible: escuchar antes de intervenir, medir para aprender, formar para transformar, gobernar con corresponsabilidad e innovar sin perder el rostro de la persona. En el fondo, la pregunta que queda abierta para la práctica, la gestión y la universidad es profundamente sencilla y exigente: ¿estamos organizando los servicios y la formación para que cuidar bien sea posible, sostenible y digno?

Referencias Bibliográficas

- Abdi, Z., Ravaghi, H., Sarkhosh, S., Nafar, H., Khani, S., y Letaief, M. (2024). Patient and family engagement in patient safety in the Eastern Mediterranean Region: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 765. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11198-3>
- Alharbi, A., Nurfianti, A., Mullen, R. F., McClure, J. D., y Miller, W. H. (2024). The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: A systematic review. *BMC Medical Education*, 24(1), 1099. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06080-z>
- Bergholtz, J., Wolf, A., Crine, V., Cleeve, H., Santana, M.-J., y Björkman, I. (2024). Patient and public involvement in healthcare: A systematic mapping review of systematic reviews – identification of current research and possible directions for future research. *BMJ Open*, 14(9), e083215. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083215>
- Brown, K., Danby, G., D'Souza, N., Deniz, C., Lewandowska, A., Davidson, J., Oates, A., Lewis, G., Kitchen, S., Bourke, C., Pramas, L., Williamson, R., y Teo, S. (2026). Just culture and restorative just culture in healthcare settings: A scoping review of interventions, activities, factors and outcomes. *BMC Health Services Research*, 26, 285. <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14095-z>
- Byrne, A.-L., Baldwin, A., y Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLOS ONE*, 15(3), e0229923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>

- Carvajal-Villalba, C., Tuay-Sigua, R. N., y Medina Moya, J. L. (2025). Elevating patient safety education in undergraduate nursing: An integrative review beyond trends. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2025.10.009>
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., y Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., y Lowery, J. (2022a). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., y Lowery, J. (2022b). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Dankwa-Mullan, I. (2024). Health Equity and Ethical Considerations in Using Artificial Intelligence in Public Health and Medicine. *Preventing Chronic Disease*, 21. <https://doi.org/10.5888/pcd21.240245>
- Davis, T. R., Straatmann, K., Snyder, N., Shiner, D., Evans, A., Caruso, C., y Alton, M. (2025). Promoting a Culture of Patient Safety: Using the Principles of Just Culture to Improve Transparency and Risk Reporting in the Hospital Setting. *PATIENT SAFETY*, 7(2). <https://doi.org/10.33940/001c.137737>

- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., y Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: Conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Feldthusen, C., Forsgren, E., Wallström, S., Andersson, V., Löfqvist, N., Sawatzky, R., Öhlén, J., y J. Ung, E. (2022). Centredness in health care: A systematic overview of reviews. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 25(3), 885–901. <https://doi.org/10.1111/hex.13461>
- González-Sanz, A., López-García, J. C., Sutil-Rodríguez, E., Juárez-Vela, R., Santos-Sánchez, J. Á., Navas-Echazarreta, N., Martínez-Sabater, A., y Sancho-Sanchez, C. (2026). Simulation-Based Training for Nursing Students to Improve Patient Safety: Systematic Review. *JMIR Nursing*, 9(1), e87898. <https://doi.org/10.2196/87898>
- Gormley, E., Connolly, M., y Ryder, M. (2024). The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100227>
- Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., Ariza-Vega, P., Bellwood, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C. A., Madden, K. M., Price, M., Langford, D., y Ashe, M. C. (2022). Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1679–1688. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>

- Hakami, A., Hussain, F., Bakheet, A., Alghamdi, K., y AlAtrash, K. (2023). *Nursing Research Priorities based on the Nurse-sensitive Indicators: Scoping Review*. <https://doi.org/10.2174/187444346-v17-e230508-2023-29>
- Havana, T., Kuha, S., Laukka, E., y Kanste, O. (2023). Patients' experiences of patient-centred care in hospital setting: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(4), 1001–1015. <https://doi.org/10.1111/scs.13174>
- Huh, A., y Shin, J. H. (2021). Person-Centered Care Practice, Patient Safety Competence, and Patient Safety Nursing Activities of Nurses Working in Geriatric Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105169>
- Kaldal, M. H., Laugesen, B., Conroy, T., Feo, R., y Voldbjerg, S. L. (2025). The fundamentals of care framework in nursing education: A scoping review. *Nurse Education Today*, 154(106835). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106835>
- Karam, M., Chouinard, M.-C., Poitras, M.-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., y Hudon, C. (2021). Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Khatiri, R. B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A., y Assefa, Y. (2023). People-centred primary health care: A scoping review. *BMC Primary Care*, 24(1), 236. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02194-3>
- Khatiri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., y Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: A

scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 750.

<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>

Kim, M. (2023). Effects of a Comprehensive Person-Centered Care Education

Program for Nursing Students. *Medicina*, 59(3).

<https://doi.org/10.3390/medicina59030463>

Kumah, A. (2025). Adverse event reporting and patient safety: The role of a just

culture. *Frontiers in Health Services*, 5.

<https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1581516>

Labrague, L. J., y Cayaban, A. R. (2025). Association Between Patient Safety

Culture and Missed Nursing Care in Healthcare Settings: A Systematic

Review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7992–

8004. <https://doi.org/10.1111/jan.16758>

Lee, S. E., Morse, B. L., y Kim, N. W. (2022). Patient safety educational

interventions: A systematic review with recommendations for nurse

educators. *Nursing Open*, 9(4), 1967–1979.

<https://doi.org/10.1002/nop2.955>

Leonardsen, A.-C. L., Bååth, C., Helgesen, A. K., Grøndahl, V. A., y Hardeland,

C. (2023). Person-Centeredness in Digital Primary Healthcare Services—

A Scoping Review. *Healthcare*, 11(9), 1296.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11091296>

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., y Shanafelt, T. (2024).

Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A

Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(11),

e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

- Lu, X., Xue, Q., Zhang, X., Chen, C., y Zhang, C. (2026). Implementation and challenges of patient safety education for undergraduate nursing students: A scoping review. *BMC Nursing*, 25(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04451-z>
- Mani, Z. A. (2025). Transitioning to competency-based education in nursing: A scoping review of curriculum review and revision strategies. *BMC Nursing*, 24(1), 1111. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03319-y>
- Marsall, M., Hornung, T., Bäuerle, A., y Weigl, M. (2024). Quality of care transition, patient safety incidents, and patients' health status: A structural equation model on the complexity of the discharge process. *BMC Health Services Research*, 24(1), 576. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11047-3>
- Marzban, S., Najafi, M., Agolli, A., y Ashrafi, E. (2022). Impact of Patient Engagement on Healthcare Quality: A Scoping Review. *Journal of Patient Experience*, 9, 23743735221125439. <https://doi.org/10.1177/23743735221125439>
- McCance, T., y McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: A mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*, 30(1), 47–60. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- McCormack, B. G., Slater, P. F., Gilmour, F., Edgar, D., Gschwenter, S., McFadden, S., Hughes, C., Wilson, V., y McCance, T. (2024). The development and structural validity testing of the Person-centred Practice Inventory–Care (PCPI-C). *PLOS ONE*, 19(5), e0303158. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303158>

Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., y Fernández-Bedoya, V. H. (2021).

Humanized Care From the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>

Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., y Afaneh, T. (2020). The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace Health & Safety*, 68(8), 384–390. <https://doi.org/10.1177/2165079920901533>

Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., y Kunneman, M. (2023). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(4), 213–217. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>

Muntlin, Å., Jangland, E., Laugesen, B., Voldbjerg, S. L., Gunningberg, L., Greenway, K., Merriman, C., Grønkjær, M., Heinen, M., y Huisman-de Waal, G. (2023). Bedside nurses' perspective on the Fundamentals of Care framework and its application in clinical practice: A multi-site focus group interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 145, 104526. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104526>

Myren, B. J., de Hullu, J. A., Bastiaans, S., Koksma, J. J., Hermens, R. P. M. G., y Zusterzeel, P. L. M. (2022). Disclosing Adverse Events in Clinical Practice: The Delicate Act of Being Open. *Health Communication*, 37(2), 191–201. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1830550>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030. (2021). *The*

Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity (J.

L. Flaubert, S. Le Menestrel, D. R. Williams, y M. K. Wakefield, Eds.).

National Academies Press (US).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573914/>

Oksholm, T., Gissum, K. R., Hunsb r, I., Augestad, M. T., Kyte, K., Stensletten, K., Drageset, S., Aarstad, A. K. H., y Ellingsen, S. (2023). The effect of transitions intervention to ensure patient safety and satisfaction when transferred from hospital to home health care—A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2098–2118. <https://doi.org/10.1111/jan.15579>

Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A., y Patrician, P. A. (2021). Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). *Nursing Open*, 8(3), 1005–1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021-2030 Hacia la eliminación de los da os evitables en la atención de salud*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Global patient safety report 2024*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Fact sheet: Quality health services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Ozata, K., y Dinc, L. (2025). Effects of high-fidelity simulation and e-learning methods on nursing students' self-efficacy in patient safety: A quasi-

<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03561-4>

Park, H.-Y., y Yeom, I. (2025). Effects of patient safety education programs on nursing students' knowledge, attitude, and competency with patient safety: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Nurse Education Today*, 150, 106675. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106675>

Park, J., y Han, A. Y. (2023). Medication safety education in nursing research: Text network analysis and topic modeling. *Nurse Education Today*, 121, 105674. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105674>

Rathnayake, D., Sasame, A., Radomska, A., Shé, É. N., McAuliffe, E., y De Brún, A. (2025). What can we learn from patient and family experiences of open disclosure and how they have been evaluated? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12388-3>

Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., y García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>

Rossiter, C., Levett-Jones, T., y Pich, J. (2020). The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103658. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103658>

Rutherford, C., Boehnke, J., Greenhalgh, J., Tyagi, V., McCance, T., y McCormack, B. (2025). Time is now to consider how we evaluate person-

centred care—The role of patient-reported outcomes. *Frontiers in Health Services*, 5. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1578037>

Sattar, R., Johnson, J., y Lawton, R. (2020). The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: A systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis. *Health Expectations*, 23(3), 571–583. <https://doi.org/10.1111/hex.13029>

Scerri, J., Churchill, J., Banks, D., y Sultana, J. (2021). Advocating a person-centered care approach to drug safety. *Expert Opinion on Drug Safety*, 20(3), 255–258. <https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1867098>

Schönfelder, B., Cleland, I., McCance, T., y Mayer, H. (2026). The application of artificial intelligence in the context of person-centred care – a discourse on pitfalls and possibilities. *Frontiers in Health Services*, 6. <https://doi.org/10.3389/frhs.2026.1796648>

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., y Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

Tomaselli, G., Buttigieg, S. C., Rosano, A., Cassar, M., y Grima, G. (2020). Person-Centered Care From a Relational Ethics Perspective for the Delivery of High Quality and Safe Healthcare: A Scoping Review. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00044>

Tyler, N., Hodkinson, A., Planner, C., Angelakis, I., Keyworth, C., Hall, A., Jones, P. P., Wright, O. G., Keers, R., Blakeman, T., y Panagioti, M. (2023). Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce

Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 6(11), e2344825. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825>

Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P. A., Khakurel, J., y Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>

World Health Organization. (2025). *State of the world's nursing report 2025*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>

Yang, Y. (2022). Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1172. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08550-w>

Resumen

Este libro analiza los modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona en enfermería, articulando humanización, calidad asistencial y seguridad del paciente como dimensiones inseparables de una práctica profesional ética, científica y socialmente responsable. La obra parte de los fundamentos contemporáneos del cuidado, reconociendo a la persona como sujeto biográfico, familiar, cultural y comunitario, no solo como portadora de una enfermedad. Desde esta perspectiva, se examina la gestión del cuidado como una competencia estratégica que integra liderazgo enfermero, continuidad asistencial, coordinación interprofesional, planes individualizados, entornos favorables y toma de decisiones situada. Asimismo, se profundiza en la calidad y seguridad del paciente mediante indicadores sensibles a enfermería, cultura justa, comunicación clínica, participación familiar y protocolos humanizados. El texto otorga especial relevancia a la Educación Superior, al sostener que la formación en enfermería debe enseñar, practicar, evaluar e investigar competencias humanizadas, seguras e innovadoras desde el aula, la simulación y la práctica clínica. Finalmente, se propone una ruta de implementación, evaluación e innovación tecnológica con sentido humano, orientada a construir instituciones capaces de cuidar mejor, aprender de sus procesos y sostener la dignidad de la persona.

Palabras Clave: cuidado centrado en la persona; enfermería; humanización; calidad asistencial; seguridad del paciente; gestión del cuidado.

Abstract

This book analyzes advanced models of person-centered care management in nursing, articulating humanization, healthcare quality, and patient safety as inseparable dimensions of an ethical, scientific, and socially responsible professional practice. The work begins with the contemporary foundations of care, recognizing the person as a biographical, family, cultural, and community subject, not merely as the carrier of a disease. From this perspective, care management is examined as a strategic competence that integrates nursing leadership, continuity of care, interprofessional coordination, individualized care plans, favorable practice environments, and situated decision-making. The book also explores healthcare quality and patient safety through nursing-sensitive indicators, just culture, clinical communication, family participation, and humanized protocols. Special attention is given to Higher Education, arguing that nursing education must teach, practice, assess, and research humanized, safe, and innovative competencies from the classroom to simulation and clinical practice. Finally, the book proposes a pathway for implementation, evaluation, and technological innovation with a human-centered perspective, aimed at building institutions capable of caring better, learning from their processes, and sustaining the dignity, autonomy, and lived experience of each person receiving care.

Keywords: person-centered care; nursing; humanization; healthcare quality; patient safety; care management.

ISBN: 978-9907-9567-2-6



EMPATÍA Y RESPETO

El cuidado centrado en la persona es el corazón de la enfermería moderna. Este artículo presenta modelos avanzados de gestión que integran humanización, calidad y seguridad para transformar la experiencia del paciente y potenciar el bienestar del profesional.



Poner a la persona en el centro

Enfoques y estrategias que promueven el respeto, la empatía y la dignidad en cada interacción.



Calidad que genera confianza

Herramientas y procesos para mejorar resultados, optimizar recursos y asegurar la continuidad del cuidado.



Seguridad como prioridad

Modelos y prácticas que reducen riesgos y fortalecen una cultura de seguridad en todos los niveles.



Equipos que transforman

Liderazgo, comunicación y colaboración para construir entornos de trabajo saludables y sostenibles.

“ Cuidar con ciencia, gestionar con corazón
y liderar con propósito. **”**

Una obra imprescindible para profesionales de enfermería, líderes de salud y gestores comprometidos con la excelencia del cuidado y la mejora continua.



OM
EDITORIAL

Conocimiento que
inspira. Cuidado que
transforma.